

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

325^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 19 GIUGNO 1985

(Notturna)

Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE,
indi del vice presidente TEDESCO TATÒ

INDICE

CALENDARIO DEI LAVORI DELL'ASSEMBLEA

Variazioni Pag. 51

CONGEDI E MISSIONI 3

DISEGNI DI LEGGE

**Deliberazioni sulle conclusioni adottate dalla
1^a Commissione permanente, ai sensi dell'
articolo 78, terzo comma, del Regolamento,
in ordine al disegno di legge:**

« Conversione in legge, con modificazioni,
del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144,
recante norme per la erogazione di con-
tributi finalizzati al sostegno delle attività
di prevenzione e reinserimento dei tossi-
codipendenti nonchè per la distruzione di
sostanze stupefacenti e psicotrope seque-

strate e confiscate » (1390) (*Approvato dalla
Camera dei deputati*):

PRESIDENTE Pag. 3
GARIBALDI (PSI), relatore 3

Seguito della discussione:

« Determinazione delle priorità del piano
sanitario nazionale per il triennio 1984-1986
e altre disposizioni in materia sanitaria »
(195-quater) (*Stralcio degli articoli 22, 24,
27, 30 e 31 del testo del Governo, e del-
l'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)

Approvazione, con modificazioni, in un testo unificato con il seguente titolo: « Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 »:

PRESIDENTE	Pag. 4 e passim
* ALBERTI (Sin. Ind.)	19, 27
BOMPIANI (DC), relatore	8 e passim
BOTTI (PCI)	7
* CALI (PCI)	13, 31
* CAVAZZUTI (Sin. Ind.)	36, 37
DEGAN, ministro della sanità	9 e passim
GUALTIERI (PRI)	22, 39, 45

* IMBRIACO (PCI)	Pag. 26 e passim
JERVOLINO RUSSO (DC)	43
MELOTTO (DC)	24
PIERALLI (PCI)	47
ROSSANDA (PCI)	18, 34, 39
SCLAVI (PSDI)	50
SELLITTI (PSI)	40
SIGNORELLI (MSI-DN)	49

ORDINE DEL GIORNO PER LE SEDUTE DI GIOVEDÌ 20 GIUGNO 1985 51

N. B. — L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore.

Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 21).

Si dia lettura del processo verbale.

ROSSI, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta notturna del 13 giugno.

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

Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i senatori: Argan, Boggio, Carli, Cengarle, Colella, Crollanza, Damagio, Fallucchi, Fontanari, Grannelli, Loprieno, Miana, Mondo, Novellini, Palumbo, Patriarca, Pingitore, Scevarolli, Stefani, Tomelleri, Valiani, Vernaschi, Vettori, Zito.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Cavaliere e Masciadri, a Washington, per attività della Commissione affari generali dell'UEO; Mitterdorfer, in Finlandia, per attività della Commissione poteri locali del Consiglio d'Europa.

Deliberazione sulle conclusioni adottate dalla 1ª Commissione permanente, ai sensi dell'articolo 78, terzo comma, del Regolamento, in ordine al disegno di legge:

« Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, recante norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonchè per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate » (1390) (Approvato dalla Camera dei deputati.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la deliberazione sulle conclusioni adottate dalla 1ª Commissione permanente, ai sensi dell'articolo 78, terzo comma, del Regolamento,

in ordine al disegno di legge: « Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, recante norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonchè per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate », già approvato dalla Camera dei deputati.

Ha facoltà di parlare il relatore.

GARIBALDI, relatore. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la Commissione affari costituzionali ha esaminato il disegno di legge n. 1390, recante la conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, che attiene a materia di drammatica attualità. Questa drammatica attualità, riconosciuta unanimemente e della quale più volte si è discusso in sede parlamentare, non ha ancora trovato uno sbocco normativo di adeguamento alla nuova realtà nonostante tutti i Gruppi politici abbiano presentato alla Camera provvedimenti in materia e il Governo stesso il 24 ottobre scorso abbia presentato un disegno di legge finalizzato a normare in modo più adeguato questa delicata materia. Fatta questa premessa, la Commissione mi incarica di raccomandare all'Aula il riconoscimento dei presupposti di straordinaria necessità ed urgenza del decreto-legge n. 1390, che in buona sostanza recupera i capisaldi su cui si basa il disegno di legge governativo in esame all'altro ramo del Parlamento. Tali presupposti, ripeto, sono stati ritenuti sussistenti dalla 1ª Commissione in sede di esame.

PRESIDENTE. Metto ai voti le conclusioni della 1ª Commissione permanente in ordine alla sussistenza dei presupposti di necessità e di urgenza, richiesti dall'articolo 77, secondo comma, della Costituzione, per il disegno di legge n. 1390.

Sono approvate.

Seguito della discussione dei disegni di legge:

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

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

Approvazione, con modificazioni, in un testo unificato con il seguente titolo: « Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88 ».

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni di legge nn. 195-quater e 256-bis.

Passiamo all'esame dell'articolo 7:

Art. 7.

(Disposizioni particolari in materia di organizzazione degli ospedali)

1. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome, nel definire le misure di cui al precedente articolo 5, comma 1, lettera f), devono contenere indicazioni vincolanti finalizzate alla utilizzazione ottimale dei servizi e dei posti letto in conformità ai seguenti parametri tendenziali:

a) dotazione media dei posti letto nell'ambito della Regione o Provincia autonoma del 6,5 per mille abitanti, di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione, considerando i posti letto in ospedali pubblici, quelli convenzionati obbligatoriamente e quelli dei presidi delle unità sanitarie locali di cui all'articolo 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché i posti letto di strutture private convenzionate, valutati, limitatamente ai fini del computo

di cui sopra, al 50 per cento. Tale *standard* è riferito al tasso di spedalizzazione della popolazione residente nella Regione e potrà essere variato in misura proporzionale ai flussi di ricovero da altre Regioni. L'anzidetto *standard*, nelle Regioni dove la dotazione dei posti letto è superiore all'8 per mille, può essere raggiunto entro il 1990;

b) tasso medio di spedalizzazione: 160 per mille;

c) tasso minimo di utilizzazione dei posti letto compreso tra il 70 e 75 per cento;

d) durata media della degenza: undici giorni.

2. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome devono altresì prevedere:

a) la ristrutturazione, nel triennio 1985-1987, in deroga a quanto previsto dagli articoli 36 e seguenti della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dai decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 e n. 129, delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee afferenti alle attività di medicina, di chirurgia e di specialità, che, pur articolate in divisioni, sezioni e servizi speciali di diagnosi e cura, anche a carattere pluridisciplinare, siano dimensionate in rapporto alle esigenze assistenziali e rappresentino misure di avvio all'applicazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) la soppressione, l'accorpamento e la trasformazione in servizi speciali di diagnosi e cura, previsti dall'articolo 36, sesto comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, delle divisioni o sezioni autonome con tasso di utilizzazione dei posti letto, con esclusione di quelli adibiti a ricoveri diurni, mediamente inferiore al 50 per cento nel triennio 1982-84, escludendo dal calcolo in ciascun anno il mese con maggiore ed il mese con minore utilizzazione, fatti salvi i periodi di chiusura per ragioni oggettive di forza maggiore. Nella realizzazione di tali interventi nonchè di quelli di cui alla precedente lettera a), sono fatte salve le esigenze della didattica e della ricerca nell'ambito delle strutture universitarie convenzionate ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

c) le scelte volte a promuovere una migliore e più umana qualità della vita dei

degenti negli ospedali, avendo anche riguardo alla possibilità di realizzare, soprattutto per i bambini, soddisfacenti rapporti con i familiari e con l'ambiente esterno nella piena salvaguardia delle esigenze igieniche e terapeutiche dei presidi ospedalieri.

3. È fatto divieto, nelle Regioni e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano con dotazione complessiva di posti letto superiore a quella indicata alla lettera *a*) del comma 1, di procedere alla costruzione di nuovi ospedali ed all'ampliamento di quelli esistenti.

4. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono consentire deroghe al divieto di cui al precedente comma 3 solamente per esigenze connesse al potenziamento dei servizi di pronto soccorso, ovvero al riequilibrio territoriale dei servizi di diagnosi e cura, ovvero all'ammodernamento o sostituzione di strutture vetuste, con contestuale disattivazione di un numero non inferiore di posti letto nel territorio della stessa o di altra unità sanitaria locale.

5. Nel caso di soppressione di divisioni o sezioni autonome non è consentito procedere a convenzionamenti con istituzioni private in sostituzione delle divisioni o sezioni soppresse.

6. Gli spazi ospedalieri risultanti liberi per effetto delle misure indicate nei commi precedenti sono destinati con priorità:

a) alla strutturazione di specifiche sezioni di degenza per la riabilitazione di malati lungo degenti e ad alto rischio invalidante;

b) ad attività di spedalizzazione a ciclo diurno;

c) all'esercizio dell'attività libero-professionale in sede ospedaliera dei medici a tempo pieno, ai sensi dell'articolo 35, commi sesto e settimo, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761;

d) a migliorare la ricettività alberghiera dell'ospedale, anche per servizi da rendere a pagamento quale forma di autofinanzia-

mento delle unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 25, secondo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

7. I posti di organico anche se riferiti alle piante organiche provvisorie, eccedenti a seguito delle soppressioni e delle trasformazioni, sono portati in detrazione dalle piante organiche stesse ovvero trasformati per le esigenze dei nuovi servizi o dei progetti-obiettivo indicati al precedente articolo 1.

8. Il personale non utilizzato è trasferito ad altro posto di corrispondente profilo e posizione funzionale vacante presso la propria o altra unità sanitaria locale della Regione o della Provincia autonoma con l'osservanza dei criteri previsti dagli articoli 39, primo, secondo e terzo comma, 40 e 41 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, in quanto compatibile, o in mancanza è utilizzato in soprannumero riassorbibile.

9. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome devono inoltre contenere disposizioni riguardanti la riorganizzazione dei turni di lavoro pomeridiano dei medici dei servizi di diagnosi e cura e del personale dei servizi di diagnostica strumentale, l'utilizzazione intensiva delle camere operatorie e delle apparecchiature di tecnologia avanzata e di maggior costo, i criteri per l'organizzazione dei posti di pronto intervento ospedaliero con servizio di reperibilità, nonché la utilizzazione degli incentivi ad incremento della produttività degli ospedali nel loro insieme e nelle singole componenti di degenza, tecniche ed economiche.

10. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome, fermo restando l'obiettivo della piena utilizzazione e del riequilibrio territoriale dei presidi pubblici, indicano il fabbisogno di convenzioni con istituzioni private di ricovero e cura, stabilendo ambiti programmati di collaborazione in relazione alla funzione complementare ad esse affidata.

11. L'ambito programmato di collaborazione va definito tenendo conto del rapporto costi-benefici, in riferimento anche ai costi di attivazione di nuove strutture pubbliche, della dislocazione territoriale delle istituzioni da convenzionare in relazione al fabbisogno assistenziale da soddisfare, e della presenza di presidi convenzionati obbligatoriamente ai sensi degli articoli 39, 41, 42 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

12. È abrogato l'articolo 16 della legge 22 dicembre 1984, n. 887.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

All'emendamento 7.7 aggiungere, in fine, i seguenti commi:

« ... In deroga al disposto del precedente comma 1, a partire dal 30 giugno 1985 è soppressa ogni forma di partecipazione alla spesa per gli esami diagnostici e di laboratorio, per le prestazioni farmaceutiche e per l'acquisto di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale.

... Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è istituito con decreto del Ministro della sanità il prontuario terapeutico nazionale sentiti il Comitato previsto dall'articolo 30 della legge n. 833 del 1978 ed il Consiglio sanitario nazionale, sulla base dei criteri dell'efficacia e dell'economicità del farmaco, in accordo alle seguenti direttive:

1) sono inclusi nel prontuario tutti i principi attivi elencati nella più recente lista di farmaci essenziali compilata dalla OMS;

2) in aggiunta a questi, sono inclusi altri farmaci monocomposti per i quali la Commissione certifichi la utilità sociale per la inclusione, purchè presentino chiari vantaggi di azione sintomatica o terapeutica rilevanti per la popolazione;

3) identificati i principi attivi selezionati, sono inclusi nel prontuario terapeutico nazionale quei prodotti farmaceutici che

a parità di dosaggio utile siano offerti al minor prezzo ».

7.7/1 BOTTI, RANALLI, ROSSANDA, TEDESCO TATÒ, IMBRIACO, CALÌ, BELLAFFIORE

Sostituire l'articolo con il seguente:

« TITOLO II

DETERMINAZIONE DELLE PRIORITA' PER IL TRIENNIO 1986-1988.

(Diritto alle prestazioni)

Per il triennio 1986-88 sono confermate le prestazioni sanitarie ed integrative attualmente erogate dal servizio sanitario nazionale; annualmente vengono verificati i livelli e le modalità di erogazione di tali prestazioni, previa relazione del Ministro della sanità al Parlamento; eventuali modifiche possono essere apportate in sede di approvazione o modifica della legge di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge ».

7.7 IL RELATORE

Al comma 1, lettera a), sostituire le parole: « di cui almeno l'1 per mille riservato con le seguenti: « inclusi quelli destinati ».

7.1 ROSSANDA, TEDESCO TATÒ, SALVATO, IMBRIACO, CALÌ, RANALLI, ONGARO BASAGLIA, BELLAFFIORE

Al comma 1, lettera a), sostituire le parole: « valutati limitatamente ai fini del computo di cui sopra, al 50 per cento » con le seguenti: « delle quali sia confermata dal Piano sanitario regionale la necessità della convenzione, la funzione complementare o integrativa rispetto alla rete ospedaliera pubblica ».

7.2 ALBERTI, BOTTI, ROSSANDA, CALÌ, RANALLI, BELLAFFIORE, ONGARO BASAGLIA, IMBRIACO

Al comma 2, sostituire le lettere a) e b) con le seguenti:

« a) norme di attuazione del disposto dell'articolo 17 della legge n. 833 del 1978, con la specificazione del fabbisogno di posti letto e dei criteri della loro aggregazione in dipartimenti che consentano il collegamento tra attività ospedaliera e assistenza sanitaria nel territorio;

b) indirizzi per la promozione di processi di verifica e di valutazione qualitativa delle scelte e della efficacia degli interventi ».

7.3 ROSSANDA, RANALLI, ALBERTI, CALÌ,
 BOTTI, IMBRIACO, ONGARO BASA-
 GLIA, BELLAFFIORE

Al comma 4, dopo le parole: « strutture vetuste » inserire le seguenti: « ovvero all'attivazione di presidi pubblici in sostituzione di convenzioni con strutture private ».

7.4 ALBERTI, BOTTI, ROSSANDA, CALÌ,
 IMBRIACO, RANALLI, ONGARO BASA-
 GLIA, BELLAFFIORE

Sopprimere il comma 9.

7.5 ROSSANDA, RANALLI, CALÌ, BOTTI,
 IMBRIACO, BELLAFFIORE, ALBERTI,
 ONGARO BASAGLIA

Sostituire i commi 10 e 11 con i seguenti:

« ...L'assistenza ospedaliera può essere prestata presso istituzioni private aventi i requisiti di legge con le quali le unità sanitarie locali stipulano convenzioni nei limiti indicati dal piano sanitario regionale.

...A norma dell'articolo 44, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, la Regione accerta, nell'ambito della sua attività di programmazione, il numero e la tipologia dei ricoveri effettuati nei presidi propri, in quelli pubblici di cui agli articoli 39, 40, 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e nelle istituzioni private di ricovero con le quali sono vigenti convenzioni.

...La stipula di nuove convenzioni è consentita limitatamente alle prestazioni per le quali gli indici di attività ospedaliera nelle unità di degenza competenti dei pre-

sidi pubblici segnalino il pieno utilizzo e le richieste della popolazione non ne risultino soddisfatti. Gli indici di attività a tal fine sono calcolati in tutti i presidi pubblici esistenti nei bacini di utenza identificati dal piano sanitario regionale.

...Qualora i presidi pubblici esistenti o dei quali è prevista l'attivazione nel periodo di validità del piano risultino incompletamente utilizzati per prestazioni per le quali sono in vigore convenzioni con istituzione a privati di ricovero, queste ultime convenzioni sono progressivamente ricondotte nel corso del triennio alla misura corrispondente alle necessità che residuano dopo il pieno utilizzo dei presidi pubblici ».

7.6 ROSSANDA, RANALLI, IMBRIACO, AL-
 BERTI, CALÌ, ONGARO BASAGLIA,
 BOTTI, BELLAFFIORE

Avverto che gli emendamenti 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5 e 7.6 si intendono ritirati e saranno ripresentati in sede di esame dell'articolo 10.

Invito il senatore Botti a illustrare l'emendamento 7.7/1.

BOTTI. Signor Presidente, colleghi, l'emendamento 7.7/1 che noi proponiamo in sostanza riguarda la soppressione di ogni forma di partecipazione dei cittadini alle spese per gli esami diagnostici, per quelli di laboratorio, per le prescrizioni farmaceutiche e per l'acquisto di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico ed inoltre impegna il Governo ad emanare finalmente il prontuario stesso.

Non intendo soffermarmi molto su tutto quanto il nostro emendamento propone, perchè ciò è stato ampiamente dibattuto in altre occasioni, ma desidero semplicemente sottolineare alcuni aspetti.

Da un punto di vista generale vorrei ricordare innanzitutto come l'introduzione dei vari *tickets*, oltre che iniqua e fuorviante rispetto allo spirito della riforma, sia stata irrilevante ed ininfluyente ai fini del contenimento della spesa sanitaria e veicolo, invece, di una pericolosa tendenza alla riprivatizzazione della sanità. Il problema dell'aumento della spesa sanitaria, signor Presi-

dente, onorevoli colleghi, che interessa ormai tutti i paesi industrializzati, che è in rapporto ad una continua e direi giusta espansione della domanda di salute (che riconosce molteplici fattori che non sto a ricordare), non si affronta con limitate ancorchè inefficaci operazioni di rastrellamento di risorse economiche, ma semmai elevando l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari e socio-sanitari per renderli maggiormente rispondenti ai bisogni della popolazione, giungendo magari anche a penalizzare gli sprechi e a premiare le gestioni oculate.

Più in particolare poi desidero ripetere anche in questa occasione che il problema della spesa farmaceutica, cioè dell'iperconsumo dei farmaci, non si affronta a colpi di *tickets*, ma con una seria revisione del prontuario terapeutico che deve essere congiunta a una razionale riorganizzazione del settore dell'industria farmaceutica. Così come è indispensabile che vengano contestualmente avviati adeguati programmi di informazione e di educazione sanitaria volti a un uso corretto dei farmaci.

Questa importante azione educativa è stata ed è tuttora assente sia a livello dei cittadini che sono i consumatori dei farmaci, sia a livello dei medici che ne sono i prescrittori.

PRESIDENTE. Invito il relatore ad illustrare l'emendamento 7.7 e, altresì, a pronunciarsi sull'emendamento 7.7/1.

BOMPIANI, relatore. Signor Presidente, illustro anzitutto l'emendamento 7.7 che va sotto il titolo « diritto alle prestazioni ». È un articolo che recupera le norme dell'ex articolo 2 del primitivo disegno di legge ed è composto in pratica di tre frasi che si riferiscono a tre concetti tra loro strettamente concatenati. In primo luogo vi è un dato che ritengo molto rilevante e cioè la conferma del livello delle prestazioni sanitarie attualmente erogate per il triennio di piano. Ci troviamo nel titolo secondo che riguarda la determinazione delle priorità per il triennio 1986-1988, quindi siamo usciti dalla parte normativa generale.

Con il secondo punto si stabilisce che vengono verificati annualmente i livelli e

le modalità di erogazione, ma non per una iniziativa isolata del Ministro, bensì attraverso una relazione del Ministro al Parlamento, quindi prevedendo un dibattito parlamentare che darà le necessarie indicazioni politiche. Si stabilisce inoltre che eventuali modifiche possono essere apportate in sede di approvazione o modifica della legge di cui all'articolo 53 della legge n. 833 del 1978 come modificata dall'articolo 1 della presente legge, cioè edlla specifica legge di finanziamento della sanità. Quindi la sede propria è riconfermata anche a questo livello.

Per quanto riguarda l'emendamento 7.7/1, devo dichiarare di non poterlo accogliere. La motivazione del non accoglimento avrebbe bisogno di una lunga illustrazione. D'altra parte si tratta di un tema che è stato discusso non solo in Commissione, ma più volte anche in questa Assemblea. Mi limiterò pertanto a qualche considerazione del tutto essenziale.

Anzitutto il sistema del *ticket*, sia per quanto riguarda la partecipazione agli esami diagnostici di laboratorio, sia per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche, è stato già adottato da tempo dal nostro servizio sanitario nazionale. Quello del *ticket* sui farmaci è stato adottato addirittura nel 1978 in data quasi coincidente con quella dell'istituzione del servizio sanitario nazionale. La norma quindi non è recente, ma risale a molti anni fa: ha subito variazioni nel tempo sulla quantificazione e sulla estensione, anche in rapporto alle modifiche del prontuario terapeutico. Il *ticket* riguardante le prestazioni diagnostiche di laboratorio è di data più recente, ma è stato soprattutto sollecitato dall'inflazione delle prestazioni senza alcun controllo. Ora, mentre ci sono norme di legge che tendono a stabilire controlli sulla ricettazione delle prestazioni farmaceutiche, e queste a mio parere sono giustificate, anche se bisognerà vedere come sono applicate (ci sono delle commissioni speciali di tipo regionale e professionale che dovrebbero verificare le ragioni della ricettazione in eccesso), bisogna poi agire anche direttamente a livello delle singole prestazioni di laboratorio esorbitanti. La filosofia del *ticket* moderator non è solamente italiana e non è recente: è di tutti i paesi europei, dell'Est co-

me dell'Ovest. Per quanto riguarda i farmaci è alla proporzione più bassa d'Europa. Ci sono paesi come la Spagna che stanno intorno al 30 per cento, mentre noi applichiamo solamente il 15 per cento. Si determina quindi un meccanismo di partecipazione, anche alla responsabilità per la spesa farmaceutica da parte di tutti i cittadini.

Ritengo che l'effetto, se tradotto in termini di quantificazione del vantaggio, porti questo 15 per cento a cifre più basse, anche perchè il nostro paese si caratterizza per il numero più elevato di esenzioni (raggiungono circa il 50 per cento della popolazione, almeno secondo stime correnti). C'è dunque una larga disponibilità a considerare le fasce più povere, le fasce di bisogno — questo è stato fatto con le nostre leggi — ma c'è anche la necessità di mantenere integro un meccanismo che in qualche modo serva da dissuasore della spesa immotivata.

I risultati in questo senso si stanno osservando: se aumenterà la spesa farmaceutica non sarà per un aumento del consumo ma per un aumento del costo delle singole confezioni terapeutiche. Evidentemente il *ticket* sta già agendo in senso favorevole.

Infine voglio rilevare che, in un momento in cui questa materia ha subito un assestamento, è opportuno verificare, a distanza di qualche mese, l'effetto delle modifiche del prontuario apportate nel corso anche dell'ultimo anno, anche perchè in parallelo stanno decollando — come si dice con brutta espressione — il piano di settore dei farmaci e quello per la ricerca innovativa sui farmaci. Sono due strumenti di cui bisogna vedere anche le potenzialità reali per darci migliori prodotti.

Solo alla fine di un anno di esperienza, con le modifiche apportate al *ticket* e con la verifica di cosa saranno riusciti a fare questi due piani di settore sia nella ricerca che nel rilancio dell'industria, potremo tirare conclusioni più attendibili.

Per tutti questi motivi sono contrario all'accoglimento dell'emendamento 7.7/1.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti in esame.

DEGAN, *ministro della sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento proposto dal relatore e conferma la volontà di mettere in essere ogni iniziativa sul piano operativo e funzionale per far sì che la statuizione di cui all'articolo 7 sia corrispondente, in maniera continuativa, nel corso del triennio. Poichè le condizioni sia da un punto di vista generale che da un punto di vista specifico sono ben note a tutti i colleghi, questo richiede il mantenimento anche di una serie di altri riferimenti, ivi comprese quelle partecipazioni del cittadino che sono viceversa denegate dal subemendamento proposto e illustrato dal senatore Botti.

Il problema è complesso: mi pare sia anche un po' fuori tema, certamente non strettamente coerente al tema. Desidero anche affermare che, essendo complesso, richiede certamente ulteriori momenti di approfondimento, sia sulla base delle notizie che possono essere raccolte sull'evoluzione del sistema, sia per assumere particolari iniziative. Questo è stato deciso nella riunione del Consiglio sanitario nazionale che ha dato il parere per la revisione del prontuario terapeutico e quindi il Consiglio sanitario nazionale stesso ha avviato un'indagine complessiva sulla politica farmaceutica per un'ulteriore fase di approfondimento e di verifica.

Devo peraltro, conclusivamente, confermare che, anche a seguito delle iniziative intervenute in questi ultimi tempi, il sistema della politica farmaceutica in Italia non si differenzia gran che dal sistema della politica farmaceutica in atto in altri paesi.

Se passasse l'emendamento proposto dal senatore Botti, ci metteremmo in uno stato isolato rispetto al resto dell'Europa, con consistenti possibilità di contraccolpi negativi sul sistema sanitario del nostro paese.

Per questa serie di considerazioni, aderendo a quelle prospettate dal relatore, confermo il parere favorevole all'emendamento 7.7 e contrario all'emendamento 7.7/1.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 7.7/1, presentato dal senatore Botti e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 7.7, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 7.

E approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 8:

Art. 8.

(Interventi in casi di inadempienza)

1. A partire dal centovesimo giorno successivo all'entrata in vigore della presente legge l'erogazione alle Regioni e alle Province autonome dei fondi vincolati per le azioni programmate e per i progetti-obiettivo e dei fondi in conto capitale, con esclusione dei soli fondi destinati alle spese di manutenzione, è subordinata all'approvazione da parte delle Regioni e delle Province autonome della legge di piano sanitario.

2. In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni in materia sanitaria, qualora si tratti di adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti da leggi o risultanti dalla natura degli interventi da realizzare, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

3. In caso di omissione da parte delle unità sanitarie locali di adempimenti amministrativi concernenti la pianificazione sanitaria regionale, previsti entro termini tassativi, si applicano le misure sostitutive stabilite dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, come modificato dall'articolo 11, comma 10, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Sopprimere l'articolo.

8.3

GUALTIERI, ROSSI, COVI

Sostituire l'articolo con il seguente:

« (Azioni programmate e progetti-obiettivo) »

1. Per il triennio 1986-88 sono indicate le seguenti azioni programmate:

a) la sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro ai sensi degli articoli 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con particolare riferimento all'individuazione, all'accertamento e al controllo dei fattori di rischio, fissando i relativi limiti di tolleranza alla esposizione agli agenti inquinanti e nocivi e riducendone progressivamente la presenza al di sotto dei limiti anzidetti;

b) la lotta alle malattie neoplastiche;

c) la lotta alle malattie cardiovascolari;

d) la tutela dei nefropatici cronici, attraverso l'elaborazione di una strategia complessiva della pratica terapeutica dialitica e dei trapianti di organo diretta all'attivazione o al potenziamento della organizzazione dei servizi e allo sviluppo della educazione sanitaria;

e) la sanità pubblica veterinaria.

2. Per lo stesso triennio sono indicati i seguenti progetti-obiettivo, da realizzare mediante la integrazione funzionale operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuzione degli oneri relativi:

a) la tutela della salute della donna, delle scelte consapevoli e responsabili di procreazione, della maternità; la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute nella età evolutiva; la prevenzione e la cura delle malattie congenite ed ereditarie;

b) la tutela della salute degli anziani;

c) la tutela della salute mentale e la risocializzazione dei disabili psichici;

d) la prevenzione degli handicap, la riabilitazione e la socializzazione dei disabili fisici, psichici e sensoriali;

e) la prevenzione delle tossicomanie e la riabilitazione e il reinserimento dei tossicodipendenti.

3. Ai fini del coordinamento delle attività di cui ai commi 1 e 2 per garantirne un efficace svolgimento, il Governo può emanare specifici atti di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, previo parere del Consiglio superiore di sanità.

4. Le attività di formazione e di aggiornamento professionale e le iniziative di ricerca finalizzate del triennio devono privilegiare le esigenze connesse con gli interventi di cui ai commi precedenti.

5. Per i fini indicati nei precedenti commi, le unità sanitarie locali, nel quadro della azione di coordinamento svolta dalla Regione, conformemente agli indirizzi espressi nel piano sanitario regionale, possono avvalersi delle competenze istituzionali dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti zooprofilattici sperimentali, nonché degli istituti e dipartimenti universitari mediante rapporti convenzionali in base alla normativa vigente in materia ».

8.4

IL RELATORE

Al comma 1, sostituire la parola: « subordinata » con le seguenti: « sospesa fino a ».

8.1 ROSSANDA, BELLAFFIORE, IMBRIACO,
RANALLI, CALÌ, BOTTI, ALBERTI,
ONGARO BASAGLIA

Sopprimere i commi 2 e 3.

8.2 ROSSANDA, IMBRIACO, RANALLI,
BELLAFFIORE, CALÌ, BOTTI, ONGARO
BASAGLIA, ALBERTI

Avverto che l'emendamento 8.3 è stato ritirato, l'emendamento 8.1 deve intendersi assorbito nell'emendamento 6.7 e l'emendamento 8.2, posto ai voti come subemendamento 6.7/1, è stato respinto.

Invito il relatore ad illustrare l'emendamento 8.4.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, siccome il testo dell'articolo 8 corrisponde alla porzione del vecchio articolo 1 a partire dal settimo comma in poi, che tutti i colleghi hanno avuto la possibilità già da tempo di studiare, penso che l'emendamento 8.4 si possa dare per illustrato.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sull'emendamento in esame.

DEGAN, *ministro della sanità*. Il Governo è favorevole.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 8.4, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 8.

E approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 9:

Art. 9.

1. Il Ministro della sanità, su proposta dell'Istituto superiore di sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, emana con proprio decreto le linee direttive per il programma di sviluppo della ricerca epidemiologica per il triennio 1985-87.

2. Per la elaborazione della proposta di programma e per la realizzazione degli obiettivi, ai sensi dell'articolo 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, l'Istituto superiore di sanità si avvale della collaborazione degli osservatori epidemiologici regionali e di altre istituzioni pubbliche e private che abbiano svolto ricerca di attività epidemiologica d'interesse nazionale, anche mediante convenzioni pluriennali che possono prevedere la mobilità, anche per comando, del personale impegnato nei programmi.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Sopprimere l'articolo.

9.1 GUALTIERI, ROSSI, COVI

All'emendamento 9.2, al comma 1, lettera d) numero 1, sopprimere le parole: « per le attività di igiene e sanità pubblica ».

9.2/1 ROSSANDA, IMBRIACO, RANALLI ed altri

Sostituire l'articolo con il seguente:

« (Piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome)

1. Nel quadro degli interventi diretti in via proritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 1, tenuti presenti le direttive ed i parametri tendenziali di organizzazione generale definiti nel Piano sanitario nazionale, i piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome per il triennio 1986-88 devono comunque prevedere:

a) gli impegni operativi per la realizzazione delle azioni programmate e dei progetti-obiettivo;

b) gli obiettivi e le modalità di attivazione dei distretti sanitari di base;

c) la stima del fabbisogno quantitativo e qualitativo del personale in relazione alla domanda sanitaria da soddisfare, ai connessi servizi da attivare, alle politiche di intervento definite ai sensi dell'articolo 1, nonché le misure anche poliennali di adeguamento degli organici;

d) la definizione e la localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionate:

1) per le attività di igiene e sanità pubblica, per la medicina di base, per la pediatria di libera scelta, per la guardia medica territoriale, con indicazioni espresse per le zone disagiate e carenti;

2) per i servizi specialistici nei poliambulatori intra ed extraospedalieri, prevedendone il necessario coordinamento;

3) per le attività specialistiche presso strutture private convenzionate, il cui apporto va programmato avendo riguardo al pieno utilizzo delle strutture pubbliche ed al raccordo con queste ultime al fine di soddisfare comunque il diritto di accesso alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino entro il termine massimo di tre giorni dalla richiesta all'unità sanitaria locale competente, tenuto conto anche dell'esigenza della continuità diagnostico-terapeutica. Le indicazioni di cui sopra sono attuate in sede di rinnovo delle convenzioni;

e) le modalità di partecipazione del volontariato e il coordinamento delle attività che lo stesso è ammesso a svolgere nei presidi e nei servizi territoriali;

f) la distribuzione nel territorio dei presidi fissi esistenti o da istituire nel quadro del riequilibrio delle dotazioni sanitarie e la riorganizzazione delle attività interne dei presidi stessi.

g) la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radio-assistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica territoriale e ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e di trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva ed ai servizi di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano ed emoderivati a lunga conservazione;

h) la indicazione del fabbisogno triennale di attrezzature per il potenziamento e l'ammodernamento dei presidi pubblici;

i) le priorità di ricerca finalizzata agli obiettivi indicati al precedente articolo 1, nonché ad eventuali altri aspetti di tutela della salute di preminente rilievo locale, da finanziare a carico della quota di Fondo sanitario nazionale;

l) l'organizzazione delle attività di rilevazione dei dati epidemiologici, statistici e finanziari necessari sia alle esigenze gestionali delle unità sanitarie locali sia alle esigenze conoscitive, di valutazione e di controllo delle Regioni, delle Province auto-

me e dell'Amministrazione centrale, secondo gli indirizzi metodologici forniti dal Ministero della sanità, sentita la Commissione interistituzionale per il sistema informativo sanitario di cui al decreto del Ministro della sanità del 16 novembre 1981;

m) la specificazione delle risorse finanziarie aventi un vincolo di destinazione in base ai criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale e degli interventi programmati dalla Regione o dalla Provincia autonoma, nonché i programmi delle attività da svolgere con tali fondi a destinazione vincolata ».

9.2

IL RELATORE

Avverto che l'emendamento 9.1 è stato ritirato e che l'emendamento 9.2/1 è, nella nuova numerazione, l'emendamento 5.4 precedentemente accantonato.

Invito i presentatori ad illustrare gli emendamenti.

* CALI'. Signor Presidente, per quanto riguarda l'emendamento 9.2/1, l'abbiamo presentato perchè riteniamo che molto probabilmente sia sfuggito anche ai membri della 12^a Commissione il senso di alcune delle parole contenute nel comma indicato. Precisamente, l'articolo attiene ai piani sanitari nazionali e regionali e a quanto devono prevedere. Tra le iniziative e gli obiettivi che sono indicati, alla lettera *d)* è detto: « la definizione e la localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionate »; e si aggiunge, subito dopo: « per le attività di igiene e sanità pubblica, per la medicina di base, per la pediatria di libera scelta, per la guardia medica territoriale ».

Condividiamo perfettamente che queste attività professionali convenzionate debbano essere intese per la medicina di base ma non per le attività di igiene e sanità pubblica, perchè riteniamo che per questo tipo di attività sul territorio debbano essere previste delle figure che sono dipendenti dal servizio sanitario nazionale e non convenzionate, anche perchè l'articolo 48 della legge n. 833 prevede, trattando specificatamente convenzioni con medici, la conven-

zione per la medicina di base, per la guardia medica, per la pediatria, ma non certamente per questi servizi di igiene pubblica e di sanità.

Pertanto noi proponiamo un emendamento soppressivo di queste poche parole al comma 1, lettera *d)*, numero 1 dell'emendamento 9.2.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, il testo del mio emendamento 9.2 corrisponde ad un articolo già previsto nel testo originale e che viene qui recepito in maniera sostanzialmente invariata. Vorrei far presente che il riferimento all'articolo 1, che si trova al terzo rigo del primo comma, alla lettera *c)* e alla lettera *i)*, deve intendersi sostituito con il riferimento all'articolo 2. Si tratta, infatti, di finalizzazioni di attività rispetto alla pianificazione sanitaria non generale, come nell'articolo 1, ma alla vera e propria programmazione sanitaria di piano.

Circa i contenuti, sono elencati tutti quegli adempimenti cui per legge sono tenute le regioni nel procedere alla propria pianificazione; si tratta di contenuti che tendono a rendere omogeneo il quadro di programmazione su tutto il territorio nazionale. Abbiamo già dovuto constatare in questi anni che esistono regioni più attive e regioni forse meno attive, che hanno una filosofia diversa della pianificazione: alcune hanno già realizzato dei piani, altre no; alcune hanno incluso nei piani certi dispositivi, altre non lo hanno fatto. Quindi ritengo necessario un minimo di coordinamento a livello nazionale ed esso non viene ad invadere il campo proprio della legislazione regionale. Tutto quello che è elencato nel mio emendamento in forma analitica può essere rinviato al testo originario.

Se mi consente, signor Presidente, vorrei pronunziarmi sull'emendamento 9.2/1, molto opportunamente presentato dal senatore Cali: sono favorevole al suo accoglimento. Forse abbiamo inteso indicare dei casi eccezionali con quelle attività di igiene e sanità pubblica citate nel testo, e viste come attività professionali convenzionate, ma i casi eccezionali (ad esempio un geologo convenzionato da un'unità sanitaria loca-

le) non rappresentano la regola ed è certo che le attività correnti fondamentali di igiene e sanità pubblica devono essere garantite da personale del servizio sanitario nazionale. Anche coloro che credono nella possibilità di ridurre i compiti del servizio sanitario nazionale proprio alle prestazioni di base e di verifica territoriale dell'igiene e sanità pubblica — non siamo certamente noi tra questi — non possono rinunciare ad includere nella struttura del servizio anche operatori professionali nel campo dell'igiene e sanità pubblica. Sono queste argomentazioni convincenti e do quindi parere favorevole sull'emendamento in questione.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti in esame.

DEGAN, ministro della sanità. Mi dichiaro d'accordo con il relatore.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 9.2/1, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 9.2, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 9, nel testo emendato e con le modifiche indicate dal relatore.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 10:

Art. 10.

(Norme finali e transitorie)

1. Il piano sanitario nazionale, redatto ai sensi dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 20 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, è sottoposto dal Governo, sentito il Consiglio sani-

tario nazionale, al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo. Il Governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale il cui parere si intende positivo se non espresso entro sessanta giorni dalla richiesta.

2. Le Regioni e le Province autonome che nelle more dell'emanazione del Piano sanitario nazionale hanno approvato piani sanitari regionali o provinciali, sono tenute ad adeguare i piani stessi ai principi della presente legge entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, nonchè, entro centoventi giorni dalla medesima data, ad adeguare le leggi regionali e provinciali che contengono la clausola di attesa del piano sanitario stesso.

3. Sono abrogate le norme in contrasto o incompatibili con la presente legge.

4. La definizione delle piante organiche provvisorie è pregiudiziale all'approvazione del piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma. Le piante organiche definitive delle unità sanitarie locali sono approvate entro un anno dall'entrata in vigore del piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma, in conformità alle indicazioni del piano medesimo.

5. Nella prima applicazione della presente legge il personale di ruolo delle unità sanitarie locali che non trovi collocazione nelle piante organiche delle unità sanitarie locali della Regione o della Provincia autonoma è provvisoriamente utilizzato in soprannumero riassorbibile nell'ambito della unità sanitaria locale di appartenenza, con carico di assorbimento nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 39, 40 e 41 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

All'emendamento 10.6:

Al comma 1, lettera a), sostituire le parole: « di cui almeno l'1 per mille riservato » con le seguenti: « inclusi quelli destinati ».

10.6/1 ROSSANDA, TEDESCO TATÒ, SALVATO, IMBRIACO, CALÌ, RANALLI, ONGARO BASAGLIA, BELLAFFIORE

Al comma 1, lettera a), sostituire le parole: « valutati limitatamente ai fini del computo di cui sopra, al 50 per cento » con le seguenti: « delle quali sia confermata dal Piano sanitario regionale la necessità della convenzione, la funzione complementare o integrativa rispetto alla rete ospedaliera pubblica ».

10.6/2 ALBERTI, BOTTI, ROSSANDA, CALÌ, RANALLI, BELLAFFIORE, ONGARO BASAGLIA, IMBRIACO

Al comma 2, sostituire le lettere a) e b) con le seguenti:

« a) norme di attuazione del disposto dell'articolo 17 della legge n. 833 del 1978, con la specificazione del fabbisogno di posti letto e dei criteri della loro aggregazione in dipartimenti che consentano il collegamento tra attività ospedaliera e assistenza sanitaria nel territorio;

b) indirizzi per la promozione di processi di verifica e di valutazione qualitativa delle scelte e della efficacia degli interventi ».

10.6/3 ROSSANDA, RANALLI, ALBERTI, CALÌ, BOTTI, IMBRIACO, ONGARO BASAGLIA, BELLAFFIORE

Al comma 4, dopo le parole: « strutture vetuste » inserire le seguenti: « ovvero all'attivazione di presidi pubblici in sostituzione di convenzioni con strutture private ».

10.6/4 ALBERTI, BOTTI, ROSSANDA, CALÌ, IMBRIACO, RANALLI, ONGARO BASAGLIA, BELLAFFIORE

Sopprimere il comma 9.

10.6/5 ROSSANDA, RANALLI, CALÌ, BOTTI, IMBRIACO, BELLAFFIORE, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Sostituire i commi 10 e 11 con i seguenti:

« ... L'assistenza ospedaliera può essere prestata presso istituzioni private aventi i requisiti di legge con le quali le unità sanitarie locali stipulano convenzioni nei limiti indicati dal piano sanitario regionale.

... A norma dell'articolo 44, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, la Regione accerta, nell'ambito della sua attività di programmazione, il numero e la tipologia dei ricoveri effettuati nei presidi propri, in quelli pubblici di cui agli articoli 39, 40, 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e nelle istituzioni private di ricovero con le quali sono vigenti convenzioni.

... La stipula di nuove convenzioni è consentita limitatamente alle prestazioni per le quali gli indici di attività ospedaliera nelle unità di degenza competenti dei presidi pubblici segnalino il pieno utilizzo e le richieste della popolazione non ne risultino soddisfatte. Gli indici di attività a tal fine sono calcolati in tutti i presidi pubblici esistenti nei bacini di utenza identificati dal Piano sanitario regionale.

... Qualora i presidi pubblici esistenti o dei quali è prevista l'attivazione nel periodo di validità del piano risultino incompletamente utilizzati per prestazioni per le quali sono in vigore convenzioni con istituzione a privati di ricovero, queste ultime convenzioni sono progressivamente ricondotte nel corso del triennio alla misura corrispondente alle necessità che residuano dopo il pieno utilizzo dei presidi pubblici ».

10.6/6 ROSSANDA, RANALLI, IMBRIACO, ALBERTI, CALÌ, ONGARO BASAGLIA, BOTTI, BELLAFFIORE

Sostituire l'articolo con il seguente:

(Disposizioni particolari in materia di organizzazione degli ospedali)

1. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome, nel definire le misure di cui al precedente articolo 9, lettera f), devono contenere indicazioni vincolanti fina-

lizzate alla utilizzazione ottimale dei servizi e dei posti letto in conformità ai seguenti parametri tendenziali:

a) dotazione media dei posti letto nell'ambito della Regione o Provincia autonoma del 6,5 per mille abitanti, di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione, considerando i posti letto in ospedali pubblici, quelli convenzionati obbligatoriamente e quelli dei presidi delle unità sanitarie locali di cui all'articolo 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonchè i posti letto di strutture private convenzionate, valutati, questi ultimi, limitatamente ai fini del computo di cui sopra, al 50 per cento. Tale *standard* è riferito al tasso di spedalizzazione della popolazione residente nella Regione e potrà essere variato in misura proporzionale ai flussi di ricovero da altre Regioni. L'anzidetto *standard*, nelle regioni dove la dotazione dei posti letto è superiore all'8 per mille, può essere raggiunto entro il 1990;

b) tasso medio di spedalizzazione: 160 per mille;

c) tasso minimo di utilizzazione dei posti letto compreso tra il 70 e il 75 per cento;

d) durata media della degenza: undici giorni.

2. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome devono altresì prevedere:

a) la ristrutturazione, nel triennio 1986-1988, in deroga a quanto previsto dagli articoli 36 e seguenti della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dai decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 e n. 129, delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee afferenti alle attività di medicina, di chirurgia e di specialità, che, pur articolate in divisioni, sezioni e servizi speciali di diagnosi e cura, anche a carattere pluridisciplinare, siano dimensionate in rapporto alle esigenze assistenziali e rappresentino misure di avvio all'applicazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) la soppressione, l'accorpamento e la trasformazione in servizi speciali di diagnosi e cura, previsti dall'articolo 36, sesto comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, delle divisioni o sezioni autonome con tasso di utilizzazione dei posti letto, con esclusione di quelli adibiti a ricoveri diurni, mediamente inferiore al 50 per cento nel triennio 1982-84, escludendo dal calcolo in ciascun anno il mese con maggiore ed il mese con minore utilizzazione, fatti salvi i periodi di chiusura per ragioni oggettive di forza maggiore. Nella realizzazione di tali interventi nonchè di quelli di cui alla precedente lettera a), sono fatte salve le esigenze della didattica e della ricerca nell'ambito delle strutture universitarie convenzionate ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

c) le scelte volte a promuovere una migliore e più umana qualità della vita dei degenti negli ospedali, avendo anche riguardo alla possibilità di realizzare, soprattutto per i bambini, soddisfacenti rapporti con i familiari e con l'ambiente esterno nella piena salvaguardia delle esigenze igieniche e terapeutiche dei presidi ospedalieri.

3. È fatto divieto, nelle Regioni e nelle Province autonome con dotazione complessiva di posti letto superiore a quella indicata alla lettera a) del comma 1, di procedere alla costruzione di nuovi ospedali ed all'ampliamento di quelli esistenti.

4. Le Regioni e le Province autonome possono consentire deroghe al divieto di cui al precedente comma 3 solamente per esigenze connesse al potenziamento dei servizi di pronto soccorso, ovvero al riequilibrio territoriale dei servizi di diagnosi e cura, ovvero all'ammodernamento o sostituzione di strutture vetuste, con contestuale disattivazione di un numero non inferiore di posti letto nel territorio della stessa o di altra unità sanitaria locale.

5. Nel caso di soppressione di divisioni o sezioni autonome non è consentito procedere a convenzionamenti con istituzioni pri-

vate in sostituzione delle divisioni o sezioni sopresse.

6. Gli spazi ospedalieri risultanti liberi per effetto delle misure indicate nei commi precedenti sono destinati con priorità:

a) alla strutturazione di specifiche sezioni di degenza per la riabilitazione di malati lungo degenti e ad alto rischio invalidante;

b) ad attività di spedalizzazione a ciclo diurno;

c) all'esercizio dell'attività libero-professionale in sede ospedaliera dei medici a tempo pieno, ai sensi dell'articolo 35, commi sesto e settimo, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761;

d) a migliorare la ricettività alberghiera dell'ospedale, anche per servizi da rendere a pagamento quale forma di autofinanziamento delle unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 25, secondo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

7. I posti di organico anche se riferiti alle piante organiche provvisorie, eccedenti a seguito delle soppressioni e delle trasformazioni, sono portati in detrazione dalle piante organiche stesse ovvero trasformati per le esigenze dei nuovi servizi o dei progetti-obiettivo indicati al precedente articolo 2.

8. Il personale non utilizzato è trasferito ad altro posto di corrispondente profilo e posizione funzionale vacante presso la propria o altra unità sanitaria locale della Regione o della Provincia autonoma con l'osservanza dei criteri previsti dagli articoli 39, primo, secondo e terzo comma, 40 e 41 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, in quanto compatibile, o in mancanza è utilizzato in soprannumero riassorbibile.

9. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome devono inoltre contenere disposizioni riguardanti la riorganizzazione dei turni di lavoro pomeridiano dei medici dei servizi di diagnosi e cura e del personale

dei servizi di diagnostica strumentale, l'utilizzazione intensiva delle camere operatorie e delle apparecchiature di tecnologia avanzata e di maggior costo, i criteri per l'organizzazione dei posti di pronto intervento ospedaliero con servizio di reperibilità, nonché la utilizzazione degli incentivi ad incremento della produttività degli ospedali nel loro insieme e nelle singole componenti di degenza, tecniche ed economiche.

10. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome, fermo restando l'obiettivo della piena utilizzazione e del riequilibrio territoriale dei presidi pubblici, indicano il fabbisogno di convenzioni con istituzioni private di ricovero e cura, stabilendo ambiti programmati di collaborazione in relazione alla funzione complementare ad esse affidata.

11. L'ambito programmato di collaborazione va definito tenendo conto della dislocazione territoriale delle istituzioni da convenzionare in relazione al fabbisogno assistenziale da soddisfare, e della presenza di presidi convenzionati obbligatoriamente ai sensi degli articoli 39, 41, 42 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

12. È abrogato l'articolo 16 della legge 22 dicembre 1984, n. 887 ».

10.6

IL RELATORE

Al comma 1, dopo la parola: « sentito » inserire le altre: « le Regioni ed ».

10.1

RANALLI, IMBRIACO, ROSSANDA, BELLAFIORE, CALÌ, BOTTI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Al comma 1, dopo la parola: « legislativo » inserire le altre: « entro 90 giorni dalla data dell'entrata in vigore della presente legge ».

10.2

RANALLI, IMBRIACO, ROSSANDA, CALÌ, BOTTI, BELLAFIORE, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI

Al comma 1, sopprimere l'ultimo periodo.

10.3 ROSSANDA, IMBRIACO, CALÌ, BOTTI,
RANALLI, BELLAFFIORE, ALBERTI,
ONGARO BASAGLIA

Al comma 5, sopprimere la parola: « provvisoriamente ».

10.4 ROSSANDA, IMBRIACO, CALÌ, BOTTI,
RANALLI, BELLAFFIORE, GROSSI,
ALBERTI

Al comma 5, dopo la parola: « utilizzato » inserire le altre: « per la copertura di posti vacanti in altre USL della Regione o in mancanza utilizzato in sovrannumero ».

10.5 ROSSANDA, RANALLI, CALÌ, IMBRIACO, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, BELLAFFIORE, BOTTI

Avverto che gli emendamenti 10.1, 10.2, 10.3, 10.4 e 10.5 sono stati ritirati.

Invito i presentatori ad illustrare i restanti emendamenti.

ROSSANDA. L'emendamento 10.6/1 propone di rendere meno rigida l'indicazione secondo la quale, all'interno di un parametro di posti letto del 6,5 per mille, l'1 per mille sia riservato ad attività riabilitative. Certamente riteniamo utile che una quota di posti-letto sia destinata a queste attività, anche se in gran parte esse dovrebbero svolgersi in sede di servizi territoriali e domiciliari; tuttavia pensiamo che l'indicazione dell'1 per mille sia eccessivamente rigida perchè, a seconda delle situazioni regionali, potrebbe essere utile una maggiore autonomia di scelte.

Per quanto concerne l'emendamento 10.6/3, esso propone di sostituire le lettere a) e b) del secondo comma dell'emendamento 10.6 nelle quali si danno indicazioni dettagliate sulla riorganizzazione dei servizi ospedalieri con una dizione che, sostanzialmente, richiama il contenuto dell'articolo 17 della legge di riforma sanitaria. Tale articolo affida alle regioni il compito di riorganizzare con proprie leggi i servizi ospedalieri e nel contempo afferma la necessità che in questa riorganizzazione si dia

impulso alla organizzazione per dipartimenti, incentivando cioè il lavoro pluridisciplinare e di *équipe*, cioè una metodica di lavoro ospedaliero basata sulla collegialità delle decisioni.

Così come questi propositi sono stati sviluppati nel testo della maggioranza a noi pare che il risultato non sia soddisfacente. Ci sembra che la formulazione della Commissione riaffermi criteri contenuti nella vecchia legge ospedaliera che consideriamo superati dalla legge di riforma. Perciò pensiamo che sia più corretto recuperare la formulazione dei principi essenziali contenuti nella legge di riforma, lasciando alle regioni la facoltà di operare nei propri piani in conseguenza. Del resto, ricordo che alcune regioni, come ad esempio la regione Toscana, hanno già operato, nel proprio piano regionale, in questa direzione e la loro proposta è stata approvata dal commissario del Governo perchè coerente con gli indirizzi della legge di riforma.

Con l'emendamento 10.6/5 proponiamo di sopprimere il comma 9 dell'emendamento 10.6 per motivi abbastanza simili a quelli che ho appena illustrato. Infatti in questo comma si danno indicazioni molto dettagliate, come quelle della riorganizzazione del lavoro pomeridiano dei medici, che ci sembrano francamente fuori posto in una legge generale di programmazione. Al limite potrebbero essere piuttosto contenute nel documento descrittivo non legislativo di piano sanitario.

Su questo vorrei aprire una parentesi. Ci sono suggerimenti in questo punto, come in altri della legge di piano, che invitano a un pieno utilizzo delle strutture pubbliche. Non è coerente con questo indirizzo la scelta che è stata fatta di blocco delle assunzioni, che ha messo in seria difficoltà le strutture pubbliche. Quindi una utilizzazione a pieni turni delle attrezzature sarà difficile farla fino a che questo regime di blocco delle assunzioni non verrà superato.

Per ultimo, signor Presidente, illustrerei l'emendamento 10.6/6, al quale attribuiamo un grande significato. Infatti vuole dettare norme precise per le convenzioni con il sistema ospedaliero privato. Noi siamo con-

vinti che il sistema ospedaliero privato ha una funzione nel nostro paese, specialmente nelle regioni del centro e del meridione nelle quali le strutture pubbliche di ricovero sono ancora poco sviluppate.

Sappiamo però — e la cosa è stata commentata largamente nella discussione generale — che vi è un utilizzo anomalo di convenzioni con il privato anche in molte sedi dove le strutture pubbliche non sono affatto utilizzate a fondo e che questa pratica viene favorita da un certo lassismo legislativo. Noi proponiamo, invece, di stabilire una metodica di lavoro, secondo la quale i piani regionali accertino con precisione la quantità di posti letto privati da convenzionare in rapporto al bisogno da ricoprire, una volta che l'utilizzo delle strutture pubbliche sia fatto correttamente fino in fondo.

Questo è il senso del nostro lungo emendamento, che peraltro credo sia ben comprensibile ai colleghi che lo vogliono leggere nel suo dettaglio.

* ALBERTI. Signor Presidente, illustrerò gli emendamenti 10.6/2 e 10.6/4. A proposito del comma 1, lettera a) dell'articolo 10, devo dire che è stato oggetto di notevole discussione nell'ambito della Commissione. Intanto perchè la norma, malgrado adesso sia stata in qualche modo modificata in quest'ultima edizione, è poco chiara: non si capisce da dove sia venuto fuori questo parametro del 50 per cento per i posti letto convenzionati da inserire nel parametro più generale del 6,5 per cento dei posti letto per 1.000 abitanti.

Intanto nella norma non è detto che fine farà il restante 50 per cento dei posti letto convenzionati, se cioè saranno esclusi dalla convenzione e quindi resi inattivi almeno ai fini del piano sanitario nazionale. Ma, prescindendo da questo, resta il fatto che tale norma del 50 per cento dei posti-letto privati non è praticamente attuabile in tutte le regioni d'Italia.

Il tasso dei posti-letto privati nelle varie regioni d'Italia è fortemente disomogeneo, perchè passiamo dal 7 per cento dei posti-letto privati, sull'intero parco letti nel Veneto, al 20 per cento dei posti letto convenzionati nella regione Calabria e nella re-

gione Campania, addirittura al 30 per cento dei posti-letto convenzionati nella regione Lazio. Questo peraltro — a mio avviso — irrigidisce la possibilità della pianificazione ospedaliera regionale per tre ordini di motivi. Primo, è necessario che la struttura pubblica venga modellata, cioè che il parametro venga modellato sul numero dei posti-letto privati già presenti nel territorio, che quindi evidentemente appaiono come un numero fisso. Secondo, la gran parte dei posti-letto privati sono concentrati nelle città capoluogo, quindi sarà difficile e praticamente impossibile spostare questi posti letto privati sul territorio. Terzo, la gran parte di questi posti-letto convenzionati, specie nell'Italia meridionale, sono in cliniche monospecialistiche, come le cliniche ostetriche o le cliniche chirurgiche, che hanno posti-letto convenzionati per ostetricia o per chirurgia generale e, quindi, praticamente non si sa come dovrebbe essere utilizzato il parametro nell'ambito della programmazione delle varie specialità all'interno del territorio e di conseguenza per la stessa assistenza.

Riteniamo perciò di rilasciare una maggiore libertà alle regioni, e quindi ai piani sanitari regionali, proponendo la modifica, che è appunto nel nostro emendamento, cioè eliminando la frase: « valutati limitatamente ai fini del computo di cui sopra, al 50 per cento » e sostituendola con la dizione: « delle quali sia confermata dal Piano sanitario regionale la necessità della convenzione, la funzione complementare o integrativa rispetto alla rete ospedaliera pubblica ».

Devo aggiungere, infine, che voler utilizzare a tutti i costi il 50 per cento dei posti-letto privati impedisce di fatto l'attivazione di posti-letto pubblici, che nelle regioni meridionali appartengono ad ospedali che non sono mai stati attivati. Ed è in funzione di questo altro limite della norma che noi proponiamo, con l'emendamento 10.6/4, di dare delega alle regioni per attivare posti-letto in sostituzione delle strutture vetuste ed anche di posti-letto privati convenzionati. A noi sembra che la norma così formulata possa essere più facilmente applicabile dalle regioni perchè l'impressione generale è

che questa norma non potrà essere praticamente attuata nell'Italia meridionale, lasciando praticamente queste regioni nella situazione di disorganizzazione ospedaliera, così come accade al momento attuale.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, illustro l'emendamento 10.6 che sostituisce l'articolo 7 del testo originario.

Si tratta di una materia già trattata parzialmente nell'ultima legge finanziaria e ripresa in esame dalla Commissione di merito in questa tornata di lavori; essa ha certamente subito una migliore precisazione in tutti i termini che riguardano questo problema così importante. Certamente la questione della riorganizzazione degli ospedali è diventata un punto chiave della programmazione sanitaria, sia a livello nazionale che a livello regionale. È noto l'effetto di stimolo che ha avuto la legge del 1968 per il riordinamento degli ospedali, sia pure sotto alcuni aspetti, ma ricordo anche le deformazioni che ne sono derivate in quanto quella legge è rimasta per molto tempo, per così dire, isolata, collegata con elementi di programmazione. Vi sono situazioni molto difformi tra le varie regioni: alcune di esse sono « sovrappopolate », per modo di dire, in termini di strutture ospedaliere, mentre alcune sono « sottopopolate ». Bisogna anche qui, con legge nazionale, porre riparo a questi squilibri e rendere più uniforme il grado di assistenza ospedaliera in tutto il paese.

Ma c'è anche un'altra questione che è nata con la riforma sanitaria, e cioè il ruolo diverso che viene attribuito all'ospedale rispetto ai servizi territoriali, nell'ambito delle possibilità di cura (territoriali, domiciliari e così via). Si tratta proprio di un problema di filosofia sanitaria che è attuato in tutti i paesi. Non si creda che sia un problema solamente italiano: è affrontato in tutti i paesi sanitariamente progrediti che hanno sviluppato nel passato una forte rete ospedaliera, ma in Italia certamente presenta ormai caratteristiche di tale acutezza da dover essere senz'altro affrontato.

Con questo articolo noi realizziamo lo strumento per poterlo affrontare. Devo dire

la verità, questo è un articolo molto dettagliato che, pur non invadendo l'autonomia propositiva dei piani regionali, certamente detta norme molto precise. D'altra parte si tratta di un'operazione estremamente complessa e che va fatta a dimensione nazionale. Non immaginiamoci che si possa, dall'oggi al domani, modificare la rete ospedaliera se non a prezzo di grandi dibattiti in sede locale e di un'applicazione ferrea della legge nazionale e poi delle regionali che se- che delle leggi nazionali e regionali che seguiranno a questo provvedimento.

Oltre a questa puntualizzazione molto analitica, con l'articolo fissiamo anche parametri validi per il piano sanitario nazionale; si tratta di indicatori di efficacia e di efficienza — sia pure riservati alle strutture ed ai ricoveri ospedalieri — che sono importanti e denotano la rilevanza particolare assunta da questo tema nell'ambito del riordinamento generale della sanità.

Ecco perchè questo articolo deve essere accolto.

Quanto contenuto nel piano sanitario nazionale per effetto della finanziaria avrebbe dovuto portare, nel primo trimestre di quest'anno, entro 120 giorni, già a stabilire per lo meno il censimento delle situazioni ospedaliere regione per regione. Questo censimento almeno formalmente, per legge, è già iniziato: vedremo se poi le regioni hanno effettivamente cominciato a trasmettere questi dati che ci servono proprio per applicare tali norme!

Infine, per quanto riguarda il comma 9, quarto rigo dell'emendamento 10.6, sul quale insiste un emendamento discusso dalla senatrice Rossanda, se lei, signor Presidente, mi consente anche di entrare già nel merito degli emendamenti, accetterei la soppressione della parola « pomeridiano ». In realtà il problema è quello della riorganizzazione dei turni di lavoro dei medici in una modalità più efficiente e più efficace: efficace nel senso di produrre risultati in termini tecnici ed efficienti nel senso di produrre risultati in termini economici. Le due dimensioni di efficacia ed efficienza debbono essere ottenute anzitutto a livello di strutture ospedaliere, perchè qui è più facile il controllo dell'efficacia e dell'efficien-

za stesse. Quindi la riorganizzazione dei turni di lavoro dei medici, nei servizi di diagnosi e cura, e così via, fa parte anche delle azioni che è bene promuovere a livello di piano sanitario regionale.

Se permette, signor Presidente, colgo l'occasione per pronunciarmi sugli altri emendamenti. L'emendamento 10.6/1, che vorrebbe togliere il vincolo che almeno l'1 per mille dei posti-letto sia riservato alla riabilitazione, non mi sembra opportuno. Infatti, se non stabiliamo l'obbligo di realizzare almeno l'1 per mille dei posti-letto per la riabilitazione non daremo mai una risposta chiara a queste esigenze particolari che si sono manifestate già da tempo. Oltretutto, mantenendo fluttuante questa determinazione, potrebbe prodursi in modo surrettizio un innalzamento dello *standard* previsto, tra l'altro, dalla legge finanziaria, che era del 6 per mille dei posti-letto e che siamo riusciti a portare al 6,5 per mille proprio includendovi quell'1 per mille dei posti letto per la riabilitazione di cui abbiamo tanto bisogno. Quindi non ritengo nè prudente, nè opportuno accogliere questo emendamento. Vorrei anzi chiedere alla senatrice Rossanda di ritirarlo.

Per quanto riguarda l'emendamento 10.6/2, mi sembra che lo sforzo che ha fatto la Commissione, anche a seguito delle sollecitazioni del senatore Cavazzuti, di inserire, alla lettera a) del primo comma, le parole « questi ultimi », dopo la parola « valutati », abbia portato a dare una indicazione già abbastanza chiara della direzione di marcia che caratterizza questo disegno di legge. Mi rendo conto che in qualche regione vi potranno essere difficoltà maggiori rispetto ad altre nell'attuare questo disposto, però o cerchiamo di includere questa norma tra le norme generali sulle quali appunto insiste la ristrutturazione della legge ospedaliera, oppure, se cominciamo a fare eccezioni per questa o per quella regione, non otterremo mai la possibilità di arrivare a una codificazione dotata di credibilità e di forza. Se incontreremo notevoli difficoltà in termini effettuali, potremo trovare eventualmente, in un secondo momento, un altro sistema, dopo aver verificato la non pratica-

bilità del disposto generale in talune situazioni particolari. Però non credo che si verificherà una eventualità del genere.

Sono ugualmente contrario all'emendamento 10.6/3 non perchè non pensi che la evoluzione e lo sbocco di un riordinamento ospedaliero possano portare anche al dipartimento. Però, come già più volte abbiamo detto in Commissione e nel corso dei vari dibattiti svoltisi in Parlamento e fuori dal Parlamento su questa tematica, è forse prematuro imporre già il dipartimento come concetto e soprattutto se aperto al territorio, cioè con una possibilità di mobilità tra personale esterno e personale interno agli ospedali. Il problema non è ancora maturo: non è stato definito in maniera chiara l'ordinamento del dipartimento. Quindi non abbiamo voluto inserire norme di definizione del dipartimento in questa legge proprio perchè non abbiamo ritenuto possibile farlo. Personalmente ritengo che se gradualmente — e abbiamo sempre sottolineato questa gradualità — si può arrivare intanto alla definizione delle aree funzionali omogenee, già avremo compiuto un'opera di enorme importanza per la ristrutturazione interna degli ospedali. Si tratterebbe già di un primo passo consistente. Penso che per quanto riguarda l'ambito di un piano sia già un risultato il poterlo conseguire nel giro di tre anni. Rimane intanto aperta, per le regioni, la possibilità di attivare dipartimenti particolari ove lo ritengano opportuno, ma non è una norma generale e cogente per tutte le situazioni e per tutte le regioni.

Per quanto riguarda l'emendamento 10.6/4, mi sembra inopportuna una norma di questo genere in questa fase in cui abbiamo a che fare con fondi estremamente limitati e dobbiamo procedere a un'opera di riordinamento interno per gli ospedali, che non sarà priva di costi anche materiali, di investimenti perchè dobbiamo innovare in tecnologie. Teniamo presente che la nostra sanità nazionale in molti settori è indietro dal punto di vista tecnologico. Ci sono magari punte notevolissime, forse affidate in maniera arbitraria e non programmata a questa o a quell'altra organizza-

zione, ma mediamente abbiamo la possibilità di impiegare molto meglio i soldi, almeno in questa fase del triennio, per innovare tecnologie e servizi che vanno incontro anche alla richiesta di *comfort* dei cittadini, usando gli spazi ospedalieri — anche questo costa — che sono stati resi liberi dai ricoveri, per farne servizi di accoglienza dei parenti e di soggiorno per i malati stessi. Sono tutti fondi di cui abbiamo bisogno e non abbiamo certo motivo di privarci improvvisamente delle eventuali strutture valide che operano nel settore non pubblico, per accollarcene le spese.

Credo che lo stesso argomento valga per l'emendamento 10.6/6. Il nostro sistema costituzionale oltre che sanitario — mi richiamo a questo problema e a questo principio fondamentale — prevede la coesistenza tra pubblico e privato. È un sistema misto, è un sistema in equilibrio dinamico.

Gli ultimi anni dimostrano che va sempre, gradatamente, per virtù dei fattori economici, ed in funzione della competizione o di altro, calando la quota di privato rispetto alla quota pubblica: questo può essere un bene, ma non dobbiamo dimenticare che c'è un articolo della Costituzione che consente, anzi in un certo senso « riconosce » la iniziativa privata purchè sia socialmente diretta. Credo ci possano essere tutte le opportunità per verificare l'orientamento sociale di questa iniziativa privata, in quanto rientri nella programmazione regionale: ci sono quindi gli strumenti per controllare la « socialità » di queste iniziative.

Sono pertanto contrario agli emendamenti in questione.

GUALTIERI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUALTIERI. Signor Presidente, voglio fare alcune dichiarazioni su questo articolo che stiamo valutando, uno degli articoli più importanti del provvedimento al nostro esame.

Siccome sono abituato a stare ai patti e siccome abbiamo preso l'impegno di attenerci al testo proposto dal relatore, dopo

avervi apportato alcune correzioni, non mi discosterò da esso. Anche se nella concezione iniziale del disegno di legge, che avevamo noi e che avevano altri, che questa fosse una legge procedurale e metodologica, questo doveva essere un articolo, di pura indicazione, per fissare successivamente gli *standards* veri, ancorati al finanziamento vero del piano, come abbiamo poi previsto nei principi generali. Ora invece non è possibile: questo articolo diventa quella parte precettiva che per tre anni almeno dobbiamo dare agli ospedali e al sistema sanitario.

Ripeto: sto ai patti, ma lo faccio con grande difficoltà e con grande tristezza, perchè su questo articolo, se volessimo esaminarlo come altri colleghi hanno fatto presentando emendamenti, su ogni sua riga dovremmo fare un dibattito lunghissimo. Questo articolo riguarda i punti su cui vive la sanità in questo momento negli ospedali e nelle unità sanitarie locali, nell'assistenza: è l'articolo chiave.

Se prendiamo ad esempio gli *standards* che vi troviamo e che per tre anni avranno incidenza sugli ospedali, questi indici che nel primo comma dichiariamo indicazioni vincolanti per le regioni — il termine « vincolanti » è molto pesante e so anche per che cosa lo si usa — avrebbero dovuto avere una loro totale difendibilità logica e programmatoria. Non sempre è così, perchè questo indice del 6,5 per mille di posti letto, di cui l'1 per mille destinato ai lungo degenti, circola dal 1970 quando, nate le regioni, fu l'obiettivo che già allora si diedero. Sarei molto curioso di sapere dal Ministro, come si è modificato, in 15 anni, nelle varie parti d'Italia, al Nord, al Centro e al Sud, questo parametro del 6,5 per mille: è avanzato il Nord? È stato fermo il Centro? È calato il Sud, come sembra?

Se diamo questo indice del 6,5, di cui l'1 per mille di lungo degenti, e gli ancoriamo anche altri tre parametri (il tasso medio di spedalizzazione del 160 per mille, il tasso minimo di utilizzazione del 70-75 per cento di posti letto e soprattutto la durata media di degenza di 11 giorni), prego il Signore di avere un occhio sulla sanità in questi tre anni. Con questi tre indici, solo l'Onnipotente potrà proteggerci.

Cosa significa la durata media di 11 giorni? Tale durata, in un sistema che noi rendiamo vincolante per le regioni, è una cosa assurda. Perchè negli ospedali per acuti e acutissimi, cioè quel 5,5 per mille, una durata di 11 giorni ci mette alla retroguardia in Europa, prossimi piuttosto all'Uganda. E oggi, nel settore acuti e acutissimi, la durata di 11 giorni è una vergogna (dovremmo avere il 7-8 di durata media giornaliera). Se invece vogliamo fissare una durata media per i lungo degenti, la cui assistenza può essere di anni, come possiamo fissarla in 11 giorni? Se quel 6,5 per mille è reale, qualsiasi reparto lungo degenti sposta enormemente le medie. Pertanto un indice calcolato così è veramente preoccupante.

Domanderò poi al Ministro un'altra cosa: quando fissiamo l'utilizzazione al 70-75 per cento dei posti-letto, cosa faranno le regioni con un parametro così vincolante? Nelle tre fasce di ospedali che abbiamo oggi, chiamandoli con le vecchie denominazioni ospedali di zona, ospedali provinciali e ospedali regionali, in genere la situazione è che il 90 per cento degli ospedali di zona non ci sta con una utilizzazione del posto-letto del 70-75 per cento, perchè è già molto se vengono utilizzati al 30 per cento. E le regioni, con un parametro vincolante, dovrebbero chiudere tutti gli ospedali di zona. In una utilizzazione al 70-75 per cento saranno compresi gli ospedali provinciali, mentre gli ospedali regionali che hanno il 100-110 per cento di utilizzazione vengono posti fuori legge. Sono parametri vincolanti che solo con la grazia del Signore non metteranno in crisi il sistema. Questo lo dico solo perchè avendo accettato tale stato di cose almeno per tre anni, dobbiamo stabilire però che si tratta di una indicazione di larga massima.

Un'ultima considerazione. Il relatore senatore Bompiani ha dichiarato, per quanto attiene il rapporto pubblico-privato, che siamo in un sistema misto, cosa che io contesto. Noi stiamo costruendo e abbiamo costruito con la legge n. 833 un servizio sanitario nazionale che è la medicina pubblica. Non abbiamo costruito un sistema misto. I posti-letto privati non sono misti. L'economia italiana potrà essere una economia

mista, ma la sanità non è un sistema misto: è un sistema pubblico in cui i posti privati che vengono convenzionati diventano pubblici, ma gli altri non fanno parte della rete del servizio sanitario nazionale. Chi vuole andare in un ospedale privato ci va a suo rischio finanziario perchè vuole avere il televisore privato in camera, vuole avere pasti migliori ed altri servizi, non perchè siamo nel sistema misto. Devo dire a titolo personale, quindi, che l'emendamento 10.6/6, presentato dai senatori comunisti, ha una sua logica, e rispecchia quello che dovremmo fare, come ho già avuto occasione di dichiarare. Il sistema privato sta nella rete pubblica solo quando, convenzionato, può dare un'integrazione. Ma dobbiamo uscire da questa situazione al più presto, completando la rete pubblica. E se stabiliamo di trovarci in un sistema misto, dovremo anche preoccuparci che vi sia l'equilibrio del privato.

Detto questo dichiaro che il mio Gruppo voterà a favore dell'articolo come proposto dal relatore, con l'emendamento 10.6. Per quello che riguarda gli indici di programmazione, esprimo una preoccupazione e per quanto riguarda il rapporto pubblico-privato, mi permetto di dire che siamo in un sistema sanitario nazionale di medicina pubblica, come lo abbiamo sempre chiamato, non in un sistema misto.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti in esame.

DEGAN, *ministro della sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento presentato dal relatore, che recepisce sostanzialmente l'articolo come varato in sede di Commissione sanità, con alcune modifiche che hanno tenuto conto delle osservazioni qui svolte sia dal senatore Cavazzuti che dal senatore Gualtieri. Circa le osservazioni esposte dal senatore Gualtieri, riconosco che questo è certamente un articolo di grosso rilievo che affronta il punto fondamentale che è stato messo al centro della filosofia — per usare le parole del presidente Bompiani — della

tutela della salute, filosofia che tende a contenere e a ridurre lo spazio del momento curativo in condizioni di degenza per dare viceversa maggiori spazi alle altre forme di intervento e di cura della salute: dalla prevenzione a tutte le altre forme (*day hospital*, assistenza domiciliare e così via) alternative alla degenza. È questa una strada che è stata indicata dalla riforma sanitaria, ma che riscontriamo in tutti i paesi del mondo avanzato dove il costo di degenza giornaliero sta assumendo dimensioni tali che, se non viene inserito in una più vasta politica della salute, rischia di assorbire totalmente tutto ciò che può essere messo a disposizione dalla comunità nazionale.

Certamente gli indici sono indici medi ed i parametri tendenziali; devono essere conseguiti nell'ambito del triennio attraverso un'operazione di ristrutturazione della rete ospedaliera e di organizzazione successiva del servizio: questo è il senso dell'articolo 10. Certo, questo richiederà un grande impegno politico, ma devo anche dire in questa sede che più di qualche assessore regionale alla sanità ha chiesto di avere indicazioni precise dal Parlamento nazionale, proprio in ordine a questo tipo di operazione, per la necessità di uno sforzo istituzionale comune rispetto a questo che è uno dei grandi temi sul tappeto.

Per quanto attiene al rapporto pubblico-privato, al di là di valutazioni di tipo ideologico, devo dire che da una lettura attenta della legge n. 833 del 1978, emerge che il servizio sanitario nazionale non è rappresentato esclusivamente dalla parte pubblica, ma dalla parte pubblica e dalla parte privata convenzionata e che la programmazione ha esattamente lo scopo di consentire una integrazione, evitando duplicazioni, sovrapposizioni ed intrecci che certamente ci sono, anche se non sempre limpidi, anzi spesso oscuri. Ma è proprio inserendo l'uno e l'altro di questi due aspetti, quello pubblico e quello privato, in una unica visione programmatica che ci avviando a dare chiarezza a questo tipo di rapporti.

Certo sotto questo profilo possono essere assunte anche altre iniziative, ma finché la parte pubblica e la parte privata non sono collegate in un unico servizio sanitario na-

zionale (che per questo si chiama nazionale e non pubblico), finché le due parti non vengono inserite in un'unica visione programmatica è anche più difficile pervenire a quel chiarimento dei rapporti tra pubblico e privato che costituisce certamente un altro tema importante. Io ritengo che proprio da questa iniziativa legislativa si possa recare un ulteriore impulso a questo processo, individuando ulteriori parametri che ci consentano di avviare un'azione che in molte regioni d'Italia è stata già compiuta, che in altre regioni realisticamente ancora non può essere avviata in termini ideologici poiché penso che in queste situazioni il nostro compito sia quello di utilizzare in modo complessivo, organico ed integrato tutte le potenzialità che abbiamo.

Attraverso un'unica valutazione programmatica potremo poi procedere al miglioramento ed al chiarimento dei rapporti tra le due parti per definirne più esattamente le funzioni e le possibili integrazioni. Ma al di là dell'inserimento di questi due organismi in un unico programma, mi pare che sia difficile andare in questo momento, anche se riteniamo comunque propedeutica ed utile qualsiasi iniziativa di chiarimento. Per queste ragioni aderisco complessivamente ai pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 10.6/1.

MELOTTO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MELOTTO. Signor Presidente, se lei me lo consente, approfitterei del fatto che ho la parola per fare una dichiarazione di voto che potrà riguardare l'intero articolo perché mi sembra che esso rappresenti una norma chiave del piano. La discussione infatti è tutta qui: si tratta di vedere se vogliamo continuare nello sfogliare il libro dei sogni e dall'aprile del 1979, data in cui è stato presentato il primo piano, procedere in questo modo, oppure se vogliamo concordemente cambiare sistema. Spero che fra una ora, almeno questo ramo del Parlamento

possa, per la prima volta, avere approvato la parte precettiva del piano.

Sono convinto che se vogliamo modificare la spesa storica dobbiamo modificare le strutture storiche, in linea con la legge n. 833, dobbiamo cioè incidere sulla rete ospedaliera, altrimenti ben difficilmente riusciremo a fare una programmazione seria. Non basta infatti limitarsi a fotografare e consolidare l'esistente, perchè le risorse non bastano più: solo attraverso la ristrutturazione procuriamo risorse per espandere i nuovi temi e le nuove attività previste dalla legge n. 833, altrimenti difficilmente riusciremo nell'attuazione della stessa riforma.

Allora, quando si giunge a determinare vincoli precisi per i piani regionali — e credo che tutto l'articolo discenda dalle tante leggi finanziarie, poi è stato stralciato ed è diventato supporto di quest'ultimo disegno di legge — è perchè nel frattempo l'Italia ha fatto passi avanti. Quindi quando arriviamo a stabilire degli *standards*, vi arriviamo con un supporto sufficientemente valido per indicare, nella media, cosa può essere raggiungibile oggi in un triennio.

Credo che l'obiettivo di questo piano, per la parte non precettiva, sia una disaggregazione di questi dati indicati per sintesi per segnalare concretamente alle regioni in qual modo vogliamo incidere sia sulle giornate di degenza — distribuite non certo mediamente, ma per singole attività — sia sulla percentuale degli utenti che usufruiscono dell'ospedale — nel qual caso dovremo peraltro mettere seri filtri esterni, altrimenti l'ospedale sarà ancora per tanto tempo l'unico presidio cosicché i 170 ricoveri per 1.000 abitanti dovranno salire a 220 — sia i posti letto che indubbiamente si riuscirà a contenere — come si è riusciti in tante regioni a contenere e contrarre — nella misura in cui però si forniranno alternativamente altri servizi. Se lasciamo invece come unico servizio l'ospedale, il limite del 6,5 per mille dei posti letto sarà solamente un miraggio.

Perciò questi *standards*, opportunamente disaggregati da parte del piano, potranno essere momenti significativi per poter gestire la programmazione. Con la nuova dizione prevista dalla legge n. 833, gli ospedali non sono più di zona, provinciali e regionali, ma

sono presidi ospedalieri integrati, l'importante è che non siano il centro del sistema, ma solo un momento, per quanto qualificato, sul quale le nostre attenzioni sono puntate per renderli sempre più rispondenti al nuovo modo di far sanità. Infatti, la maggior parte dei cittadini è schierata a difesa dei presidi ospedalieri anche per motivi occupazionali, oltre che per motivi di prestigio, e quindi la strada da seguire è quella del rafforzamento e della creazione dei filtri necessari per ridimensionare l'attività. L'obiettivo dell'equilibrio tra pubblico e privato, che non è statico, ma, piano dopo piano, è rimesso sempre in discussione, finalmente con queste norme viene raggiunto, non tanto nel segreto della stanza di qualche assessore, ma finalmente nei piani regionali, sia per la parte ambulatoriale, specialistica e laboratoriale, sia per la parte riguardante i posti letto delle case di cura private. Ora, la certezza che può offrire la programmazione, consentendo la possibilità di investimenti in uomini e mezzi anche per il settore privato che vuole essere convenzionato ed ha la concreta possibilità di esserlo, consentirà di riuscire ad avere a valle, un servizio qualificato. Quindi, sfrondando l'albero di tanta ideologia, quanto è previsto dagli articoli 39, 40, 41, 42 e 43 non è tanto un sistema misto, ma la concreta possibilità che il servizio sanitario nazionale sia integrato da strutture che sono convenzionate obbligatoriamente — e le cita — e anche ovviamente, per scelte della programmazione regionale, che indubbiamente, in questo caso, ha la totale responsabilità di convenzionarne altre. Proprio attraverso questo equilibrio si potranno dare risposte concrete, anche perchè l'articolo che abbiamo elaborato è sufficientemente vincolante per i piani regionali, come ad esempio è vincolante l'indicazione, sempre nel clima di ristrutturazione, delle aree omogenee.

Per quanto riguarda la legge n. 132 e i dipartimenti di cui abbiamo parlato a lungo e che sono un esperimento rimasto purtroppo sulla carta, ritengo che con questo provvedimento si vada oltre. Infatti riuscire a mettere a contatto in aree omogenee, più medici per « costringere » gli operatori a la-

vorare insieme è una premessa valida per costituire più avanti i dipartimenti.

Proprio per questo il nostro Gruppo vota convinto questo emendamento che ritiene essenziale per l'utilizzo di un piano e di una norma di programmazione che incide sufficientemente sui piani regionali, di cui appunto le regioni dovranno poi dare pronta e rapida attuazione.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 10.6/1, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 10.6/2, presentato dal senatore Alberti e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 10.6/3, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 10.6/4, presentato dal senatore Alberti e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 10.6/5, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 10.6/6, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 10.6.

IMBRIACO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* IMBRIACO. Signor Presidente, noi riteniamo che la maggioranza abbia perduto

un'occasione per qualificare uno sforzo che si era tradotto in positivo nella prima parte dei nostri lavori, quando — come ho già avuto modo di dichiarare — sul terreno delle procedure finalmente la programmazione sanitaria si avviava su un binario corretto. A questo punto del discorso noi registriamo, sui contenuti più qualificanti di questo provvedimento, un arretramento e addirittura una marcia indietro rispetto a dichiarazioni anche condivisibili e positive che sono state fatte questa sera da diversi settori politici ed in particolare dal Gruppo della Democrazia cristiana.

In effetti, senatore Melotto, qui non si tratta di ideologie e nemmeno di ristrutturare semplicemente la rete interna ospedaliera, ma di mettere finalmente sul terreno giusto alcune questioni di fondo che hanno caratterizzato la vita della sanità in Italia, per lo meno negli ultimi venti anni: la questione della riorganizzazione delle strutture interne ed esterne all'ospedale, il rapporto tra pubblico e privato e, in questo quadro, gli *standards* credibili, accettabili e non astratti. Che cosa è successo invece? Non possiamo ritenere per buona, senatore Melotto, la sua accezione del termine aree omogenee per dire che, finalmente, all'interno dell'ospedale, accorpando medici e discipline, riusciamo a mettere su un binario diverso la sanità ospedaliera. La verità è un'altra: il dipartimento, del quale si parlava, costituiva finalmente la possibilità di collegare l'ospedale con quella parte del territorio extra-ospedaliero, a monte e a valle dell'ospedale, che è l'elemento base per riuscire finalmente ad avviare una politica sanitaria diversa, che per il passato abbiamo chiamato « deospedalizzante », per ottenere due scopi: tutelare meglio la salute dei cittadini e governare meglio la spesa.

Come si può pensare di programmare e di pianificare un intervento pubblico in materia sanitaria decidendo di conseguire l'obiettivo di 6,5 posti-letto per 1.000 abitanti senza riuscire a pianificare e a programmare interventi e investimenti extraospedalieri che filtrino praticamente la domanda che attualmente si riversa senza filtri e senza barriere in questo porto-rifugio che è l'ospedale?

In proposito vanno sottolineate le osservazioni del senatore Gualtieri sulla notevole astrattezza e genericità delle indicazioni degli *standards*, dei parametri e degli indici. Tra parentesi, questo indice del 6,5 per 1.000, posto senza gli sbarramenti opportuni a monte e a valle, rischia di per sé di essere un incentivo ad un'ulteriore ospedalizzazione. È il primo appunto che muoviamo a questo modo di guardare ad una riorganizzazione dell'ospedale.

Non crediamo che si tratti semplicemente di una organizzazione interna all'ospedale in maniera astratta. Il problema era quello di prevedere norme e soprattutto obiettivi che consentissero di diversificare il tipo di intervento ospedaliero che abbiamo avuto fino ad oggi in un raccordo diretto con il territorio circostante. Questo era il dipartimento. L'area omogenea è un'altra cosa: è una dizione astratta e generica che lascerà le cose immutate.

C'è un altro argomento che in questo articolo doveva essere affrontato: il rapporto pubblico-privato. Lo abbiamo detto in tutte le salse; abbiamo affermato che nel Mezzogiorno c'è un cappio al collo del servizio pubblico costituito dalle strutture private. Abbiamo già detto che nel Mezzogiorno il settore pubblico governa sì e no il 40 per cento degli impegni; il resto è affidato a questo settore che si chiama convenzionato, ma che il senatore Gualtieri molto lucidamente ha definito pubblico, perchè di fatto è finanziato. Ebbene, come si può pensare di eliminare questo cappio al collo del servizio sanitario quando ci preoccupiamo, in una norma generale dello Stato, di capire come si pianifica il letto privato o convenzionato? Queste cose le faranno sempre le regioni in qualunque momento, a prescindere dal fatto che si scrivano in una norma di piano. Laddove un servizio pubblico non ha la possibilità di soddisfare tutto il fabbisogno che si esprime, è automatico il convenzionamento, è automatico il rapporto a consulenza che viene ad instaurarsi. Ci sono leggi *ad hoc* che già governano e programmano tali interventi.

Altra cosa è invece preoccuparci in questa legge, che doveva pianificare, valorizzando

al massimo, la struttura pubblica, di andare a calcolare già il 50 per cento che c'è del privato e magari lasciare l'altro 50 per cento a disposizione per ogni eventualità. Secondo me questo è un grosso errore che rischia di ritardare di molto la risoluzione delle storture che abbiamo avuto in questi anni e vanifica anche gran parte delle scelte che abbiamo voluto effettuare con questa prima norma di pianificazione sanitaria. Quindi non crediamo che tale articolo possa conseguire risultati e non solo per gli indici un po' astratti che esso prevede, come ha detto il senatore Gualtieri, ma persino con riferimento alla riorganizzazione interna degli ospedali e della rete ospedaliera.

Sono queste le ragioni per le quali, pur avendo contribuito in questi giorni a stendere un testo definitivo che fosse il più possibile compatibile con corrette norme di programmazione, noi voteremo contro la nuova formulazione dell'articolo, dichiarando che questa parte di contenuti qualificanti sarà quella che poi ci consentirà di esprimere un giudizio globale che non può tener conto, come ha fatto il senatore Gualtieri, dei patti che pure erano stati fatti, giacchè su questo versante dei contenuti non vi è stato, da parte della maggioranza, il dovuto sforzo per andare incontro ad esigenze non di natura ideologica, ma dettate semplicemente dalla logica realistica e concreta di riportare finalmente il servizio sul giusto binario, consentendo una giusta distribuzione delle risorse per ottenere risultati apprezzabili. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

ALBERTI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* ALBERTI. Signor Presidente, ritengo che questo articolo 10 doveva essere la chiave di volta del piano sanitario nazionale, mentre invece si sta sprecando una buona occasione per mettere ordine nella rete ospedaliera italiana. Intanto questo articolo 10 avrebbe dovuto, quanto meno, proporsi di sistemare la situazione ospedaliera su tutto il territorio nazionale. Quindi il primo in-

tervento doveva riguardare le strutture ospedaliere del Nord e quelle del Sud, il riequilibrio del parco ospedaliero tra città e territorio, e infine, il rapporto tra pubblico e privato.

Nessuno di questi tre obiettivi, però, viene raggiunto. Intanto sono state fatte affermazioni che ritengo piuttosto gravi quando si è detto che qualche regione incontrerà difficoltà nella applicazione di questo articolo, ma che, d'altra parte, non si può introdurre una norma che possa riguardare tutte le regioni. Personalmente ritengo che tale articolo non potrà essere applicato proprio nelle regioni che necessitano di un riequilibrio ospedaliero. In proposito devo ricordare che l'obiettivo principale della legge n. 833 e delle norme che stiamo discutendo è proprio quello di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitarie del paese, con particolare riguardo alle regioni meridionali nei cui confronti dovrebbe essere previsto un intervento specifico.

Ci troviamo invece, di fronte a norme inapplicabili, come avevo già rilevato nel mio precedente intervento. Vorrei ora aggiungere che, a mio avviso, alcune di queste norme aggraverebbero la situazione sanita-

ria e ospedaliera delle regioni meridionali, ove fossero applicate. Di fatto, comunque, esse sono inapplicabili. Infatti, mentre alle regioni che hanno più di otto posti-letto per mille abitanti si dà tempo fino al 1990 per raggiungere il parametro fissato, per le regioni sottodotate — praticamente tutte le regioni meridionali — che hanno appena raggiunto il parametro prescritto da questa legge, si prevede una penalizzazione. Infatti, avendo strutture ospedaliere abbastanza recenti, con ospedali che sono stati attivati 5 o 6 anni fa, non è stato ancora raggiunto il loro pieno utilizzo. Si calcola che solo nella regione Calabria su 31 ospedali ve ne sono 9 che hanno un'utilizzazione inferiore al 50 per cento dei posti-letto. Questo dipende dal fatto che quei posti-letto non servono o che non sono stati mai attivati di fatto? La questione è che vi è stato un blocco delle assunzioni che ha determinato praticamente un arresto dello sviluppo della rete ospedaliera al Sud.

Ora, la norma che avevamo cercato di correggere proprio con l'istituzione del dipartimento, di cui parlava poco fa il senatore Imbriaco, penalizza di fatto le strutture meridionali.

Presidenza del vice presidente TEDESCO TATO

(Segue ALBERTI). Vorrei sapere come poi sarà possibile mantenere il parametro del 6,5 per mille di posti-letto al Sud, quando questo parametro è stato appena raggiunto e molte delle strutture attualmente esistenti hanno già una utilizzazione inferiore al 50 per cento dei posti-letto per le ragioni già esposte. Praticamente, se questa norma venisse applicata, le regioni meridionali subirebbero una decurtazione improvvisa dei posti-letto raggiungendo praticamente valori del 3,5 per mille circa. Ecco perchè dico che, di fatto, questa norma, che avrebbe dovuto essere estremamente importante per il riequilibrio territoriale non ha alcun valore, in quanto

manterrà cristallizzata la situazione attuale: al Nord continueremo ad avere un numero di posti-letto superiore all'8 per mille fino al 1990, mentre al Sud resteranno i posti-letto attualmente esistenti, insufficienti evidentemente, con la conseguente emigrazione continua dei malati dal Sud verso il Nord.

Questa norma non mi sembra riesca a raggiungere il fine di cui parlava il senatore Melotto, con riferimento alla possibilità di risparmio e di riorganizzazione della rete ospedaliera. Di fatto nell'Italia meridionale continueremo ad avere strutture completate da molto tempo che non vengono assolutamente utilizzate. Si è addirittura bocciato,

poi, l'emendamento, da me presentato, in cui si chiedeva che potessero essere attivati posti-letto pubblici in sostituzione di posti-letto convenzionati: nessuno mi ha spiegato per quale motivo ciò dovrebbe produrre un aumento della spesa, quando, tra l'altro, non è vero che questi ospedali chiusi non costano niente, in quanto sono sottoposti ad una manutenzione che viene fatta anche per assicurare posti di lavoro in quelle regioni meridionali. A me sembra che questa norma sia stata scarsamente considerata.

C'è stato un pregiudizio ideologico nei nostri confronti quando abbiamo parlato del 50 per cento dei posti-letto privati, perchè di fatto si è pensato in qualche modo di dover proteggere almeno il 50 per cento della ospedalità privata. Non trovo una ragione diversa se non quella di proteggere, nell'ambito del sistema sanitario nazionale, ancora una volta l'ospedalità privata che al Sud assorbe gran parte, come diceva il senatore Imbriaco, delle risorse dedicate agli ospedali.

Per tutti questi motivi voteremo contro questo articolo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 10.6, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 10, con l'avvertenza che, al quarto rigo del comma 9 la parola « pomeridiano » deve intendersi soppressa.

E approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 11:

Art. 11.

(Disposizioni finanziarie)

1. I livelli di assistenza sanitaria e le azioni programmate sono finanziati con il Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Per il triennio 1985-87, il Fondo sanitario nazionale è determinato negli importi indicati all'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887.

3. Entro il mese di luglio di ciascun anno, il Ministro della sanità riferisce al Parla-

mento sull'andamento della spesa sanitaria e sui risultati conseguiti, con particolare riguardo a quelli realizzati con i finanziamenti a destinazione vincolata, dal Servizio sanitario nazionale, formulando adeguate e articolate proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

4. In relazione a tali proposte, la legge finanziaria adotta le misure più opportune segnatamente per adeguare i finanziamenti a destinazione vincolata, con particolare riguardo allo sviluppo dei progetti-obiettivo.

5. Eventuali economie realizzate per effetto delle misure di ristrutturazione e di riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, previste dalla presente legge, sono destinate ad assicurare più agevoli condizioni di accesso ai servizi ed alle prestazioni, al fine di conseguire maggiore qualificazione ed uniformità nei livelli di assistenza sanitaria.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Sostituire l'articolo con il seguente:

« 1. Le prestazioni e le attività del servizio sanitario nazionale sono finanziate con il fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e con le entrate proprie delle unità sanitarie locali, di cui all'articolo 25, secondo comma della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

2 Il fondo sanitario nazionale è composto, per la parte corrente,

a) di una quota destinata alla spesa corrente indistinta per il mantenimento delle attività sanitarie esistenti, nei limiti stabiliti dal piano sanitario nazionale;

b) di una quota destinata alla spesa corrente vincolata per la realizzazione dei programmi di riequilibrio territoriale, dei progetti obiettivo nella loro componente sanitaria, e delle azioni programmate;

per la parte in conto capitale

c) di una quota destinata al mantenimento e al rinnovo dei beni immobili, mobili ed attrezzature esistenti;

d) di una quota destinata al riequilibrio territoriale e allo sviluppo dei beni immobili, mobili ed attrezzature.

3. Il piano sanitario nazionale determina i criteri per la suddivisione del fondo sanitario nazionale nelle quote a), b), c) e d) come definite nel precedente comma, nonché i parametri numerici per il riparto alle Regioni e Province autonome.

4. Il piano sanitario nazionale è sottoposto a verifica annuale sulla base di una relazione del Ministro della sanità, presentata al Parlamento entro il 30 giugno di ciascun anno. Eventuali misure di aggiornamento sono adottate con atti legislativi.

5. Per il triennio 1985-87 il fondo sanitario nazionale è determinato in 137.898 miliardi, dei quali:

1.133.418 miliardi per la parte corrente, di cui 41.500 miliardi per l'esercizio 1985, 44.405 miliardi per l'esercizio 1986, 47.513 miliardi per l'esercizio 1987; 4.480 miliardi per la parte in conto capitale, di cui 1.200 miliardi per l'esercizio 1985, 1.600 miliardi per l'esercizio 1986, 1.680 miliardi per l'esercizio 1987.

6. Nell'articolo 19, terzo comma del decreto legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito in legge 11 novembre 1983, n. 638, le parole "entrate accertate" sono sostituite dalle seguenti "spese impegnate".

7. L'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887 è abrogato ».

11.1 BOLLINI, CALICE, PIERALLI, IMBRIACO, RANALLI, ROSSANDA, CAIÀ, BOTTI

Sostituire l'articolo con il seguente:

« (Programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica)

1. Il Ministro della sanità, su proposta dell'Istituto superiore di sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere

del Consiglio superiore di sanità, emana con proprio decreto le linee direttive per il programma di sviluppo della ricerca epidemiologica per il triennio 1986-88.

2. Per la elaborazione della proposta di programma e per la realizzazione degli obiettivi, ai sensi dell'articolo 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, l'Istituto superiore di sanità si avvale della collaborazione degli osservatori epidemiologici regionali e di altre istituzioni pubbliche e private che abbiano svolto ricerca ed attività epidemiologica d'interesse nazionale, anche mediante convenzioni pluriennali che possono prevedere la mobilità, anche per comando, del personale impegnato nei programmi ».

11.2

IL RELATORE

Avverto che l'emendamento 11.1 è stato ritirato.

Invito il relatore ad illustrare l'emendamento 11.2.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, poichè il testo dell'emendamento 11.2 corrisponde a quello dell'ex articolo 9, penso che si illustri da sè.

È da sottolineare l'importanza per lo sviluppo tecnico e di qualità del servizio sanitario nazionale, in quanto se abbiamo oggi qualche notizia precisa e puntuale sui problemi della spesa abbiamo invece una grossa carenza di notizie di tipo epidemiologico.

Si cerca, quindi, di sanare questa lacuna, chiamando a concorrere non solo l'Istituto superiore di sanità ma anche tutte le istituzioni pubbliche comprese quelle universitarie, che possono collaborare con gli osservatori epidemiologici regionali, che a loro volta ancora oggi sono estremamente carenti.

Pertanto, raccomando l'approvazione dell'emendamento, sottolineandone il valore propositivo per lo sviluppo del servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunziarsi sull'emendamento in esame.

DEGAN, *ministro della sanità*. Sono favorevole.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento.

IMBRIACO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

IMBRIACO. Il Gruppo comunista vota a favore dell'emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 11.2, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 11.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo aggiuntivo proposto con l'emendamento 11.0.1:

Aggiungere in fine il seguente articolo:

Art. ...

« (Incompatibilità)

1. La posizione di dipendente della Unità sanitaria locale, di professionista convenzionato con la stessa, di membro dell'assemblea o del comitato di gestione, di esperto delle commissioni consultive per le valutazioni dei consumi di prestazioni diagnostiche non è compatibile con la proprietà o la comproprietà di istituzioni sanitarie esistenti nel territorio della regione.

2. L'incompatibilità sussiste se il proprietario o comproprietario è un parente, sia in linea retta che collaterale, di primo grado o il coniuge anche se separato.

3. L'incompatibilità di cui ai due commi precedenti sussiste anche se le persone di cui al comma 1 sono proprietarie di azioni o di quote di società di qualsiasi tipo che siano titolari di rapporti convenzionali con la USL.

4. È altresì incompatibile con le posizioni di cui al comma 1, la funzione di dirigente di istituzioni sanitarie private o qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta con le stesse.

5. Della non sussistenza delle cause di incompatibilità sopra indicate deve essere rilasciata da ciascun interessato all'atto della sua nomina o assunzione o della costituzione del rapporto giuridico con la USL, una dichiarazione giurata al presidente del comitato di gestione che la riceve in un atto pubblico da lui rogato.

6. Le dichiarazioni di cui al precedente comma 5 rientrano tra quelle previste dall'articolo 495 del codice penale.

7. Se una causa di incompatibilità interviene nel corso del rapporto di impiego, convenzionale o nel corso del mandato pubblico, l'interessato è tenuto a comunicarlo, nelle forme di cui al comma 5, al presidente della USL e a presentare contestualmente domanda di dimissioni.

8. La falsa dichiarazione o la omissione della comunicazione di intervenuta incompatibilità comportano, oltre alle sanzioni di legge, la rescissione del rapporto di impiego o della convenzione o la decadenza dalla carica pubblica ».

11.0.1 CALÌ, PIERALLI, TEDESCO TATÒ, ROSSANDA, RANALLI, IMBRIACO, BOTTI, ONGARO BASAGLIA

Invito i presentatori ad illustrarlo.

* CALÌ'. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nel corso della discussione generale sul disegno di legge all'esame del Senato questa sera, discutendo dei fattori che possono aver contribuito a determinare l'attuale situazione sanitaria del nostro paese, ho fatto cenno a situazioni che non esito a definire anomale — perchè tali sono — nelle quali vengono a trovarsi coloro i quali, essendo di-

pendenti del servizio sanitario nazionale, contemporaneamente operano in strutture private ma convenzionate col servizio sanitario stesso. Questo doppio lavoro, che non raramente è triplo o anche quadruplo, ovviamente si traduce, spesso per lo meno, in danno notevole per le strutture pubbliche, siano esse strutture di degenza o laboratori o comunque presidi di diagnosi e cura.

Il problema delle incompatibilità, quindi, è di tale rilevanza da meritare qualche riflessione che scaturisce dall'esigenza di regolamentare l'attività libero-professionale per i medici con rapporto di lavoro col servizio sanitario nazionale. Aggiungo che definire finalmente le incompatibilità tra i vari tipi di lavoro dipendente e convenzionato ed esigerne soprattutto il rispetto è il modo più corretto per affrontare anche il nodo dell'occupazione giovanile. Secondo alcune stime, infatti, si calcola che in tal modo, potrebbero trovare lavoro non meno di 20.000 giovani, un numero che corrisponde circa al 50 per cento degli attuali disoccupati. La cosa ha un rilievo tale che non credo debba essere meritevole di altri commenti.

Ho detto poc'anzi « regolamentare », nel senso di stabilire modalità e limiti tali da evitare situazioni di conflitto tra pubblico e privato, alle quali è stato fatto ampiamente cenno anche questa sera, conflitto che si risolve, fra l'altro, in gravi danni per l'utenza e la cittadinanza. Si consideri soltanto — voglio citare qualche norma di legge — che tanto la legge n. 833 quanto il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 sanciscono il principio che ai medici, e non solo ad essi, ma anche ai veterani, con rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale è assicurato « il diritto all'esercizio della libera attività professionale » e che « tale attività deve essere intesa a favorire esperienza di pratica professionale, contatto con i problemi della prevenzione, cura e riabilitazione e l'aggiornamento tecnico, scientifico e professionale negli interessi dell'utente e della collettività ». Ma le leggi cui ho fatto cenno non delimitano nè per i medici dipendenti, nè per quelli convenzionati,

le aree entro cui è compatibile svolgere l'attività libero-professionale. Anzi, la legge n. 833 stabilisce addirittura — e questa, a nostro avviso, è un'altra anomalia macroscopica — che il medico dipendente a tempo definito può avere con la stessa USL dalla quale dipende un ulteriore rapporto di lavoro in convenzione (se ricordo bene, è il punto 3 dell'articolo 48 della legge n. 833). Il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 contempla la possibilità per i medici, questa volta a tempo pieno, di svolgere attività di consulenza anche fuori dalle strutture pubbliche, il che significa nelle case di cura private. Tutto questo è in stridente contrasto con la legge n. 132, la quale esplicitamente prevedeva la incompatibilità, per il medico a rapporto di impiego a tempo definito, ad esercitare attività professionale in case di cura private. Mi pare che questo sia più che sufficiente per capire l'estrema diffusione di norme di legge al riguardo.

Sulla base di queste considerazioni, quindi, noi abbiamo proposto in Commissione, dove non è stato accolto, un emendamento aggiuntivo, che intendevamo riproporre in questa sede e che ora intendiamo trasformare nel seguente ordine del giorno:

« Il Senato, considerato che è necessario, al fine della corretta erogazione di servizi sanitari, rimuovere le cause che hanno consentito in molte aree del paese la commistione di interesse privato e pubblico, che provoca un aggravio per il bilancio delle Unità sanitarie locali ed è occasione di illeciti più volte denunciati, impegna il Governo ad emanare al più presto un provvedimento che definisca chiaramente le incompatibilità per gli operatori dipendenti e convenzionati, nonché per gli amministratori del Servizio sanitario nazionale ».

9.195-quater-256-bis.1

CALÌ, PIERALLI, TEDESCO TATÒ,
ROSSANDA, RANALLI, IMBRIACO,
BOTTI, ONGARO BASAGLIA

PRESIDENTE. Invito il relatore ed il rappresentante del Governo ad esprimere il parere sull'ordine del giorno n. 1.

BOMPIANI, *relatore*. Il relatore è lieto di riconoscere che molte delle argomentazioni svolte dal senatore Calì sono fondate. Anche in Commissione è stata espressa unanimemente l'intenzione di approfondire questa materia, pur riconoscendo che non si tratta di materia strettamente attinente alla programmazione sanitaria. Per questo abbiamo pregato i colleghi di non insistere nel presentare l'emendamento. Sono invece favorevole all'accoglimento dell'ordine del giorno, per porre in evidenza un problema che va affrontato e discusso.

DEGAN, *ministro della sanità*. Il problema toccato dall'ordine del giorno in questione è un problema reale e pone, anche sulla base della legislazione vigente, la necessità di approfondimenti ed analisi attente. Il Governo sarà grato al Parlamento per le iniziative e per i suggerimenti che potranno essere offerti per la soluzione di tale problema. Con questo animo il Governo accoglie l'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Senatore Calì, udite le dichiarazioni del relatore e del Ministro, insiste per la votazione dell'ordine del giorno?

CALÌ. Non insisto.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo aggiuntivo proposto con l'emendamento 11.0.2 e del relativo subemendamento.

All'emendamento 11.0.2, al comma 2, sostituire la lettera a) con la seguente:

a) per la parte corrente in lire 141.818 miliardi, di cui lire 44.405 miliardi per l'esercizio 1986, 47.513 miliardi per l'esercizio 1987, 49.900 miliardi per l'esercizio 1988 ».

11.0.2/1 ROSSANDA, IMBRIACO, RANALLI ed altri

Dopo l'articolo 11, aggiungere il seguente:

« TITOLO III

NORME PER IL FINANZIAMENTO
POLIENNALE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE

*(Disposizioni finanziarie
per il triennio 1986-1988)*

1. I livelli di assistenza sanitaria e le azioni programmate di cui agli articoli precedenti sono finanziati con il Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge.

2. A parziale integrazione dell'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887, il fondo sanitario nazionale per il triennio 1986-88 è determinato:

a) per la parte corrente in lire 129.380 miliardi di cui lire 41.210 miliardi per l'esercizio 1986, lire 43.220 miliardi per l'esercizio 1987 e lire 44.950 miliardi per l'esercizio 1988;

b) per la parte in conto capitale in lire 5.080 miliardi di cui lire 1.600 miliardi per l'esercizio 1986, lire 1.680 miliardi per l'esercizio 1987 e lire 1.800 miliardi per l'esercizio 1988.

3. L'utilizzazione del Fondo stanziato per il 1985 va armonizzata con gli obiettivi ed i criteri di cui alla presente legge.

4. Con la relazione di cui all'articolo 7 il Ministro della sanità riferisce al Parlamento sull'andamento della spesa sanitaria e sui risultati conseguiti, con particolare riguardo a quelli realizzati con il finanziamento a destinazione vincolata, dal Servizio sanitario nazionale, formulando adeguate e articolate proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

5. In relazione a tali proposte, la legge di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre

1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge, adotta le misure più opportune segnatamente per adeguare i finanziamenti a destinazione vincolata, con particolare riguardo allo sviluppo dei progetti-obiettivo.

6. Eventuali economie realizzate per effetto delle misure di ristrutturazione e di riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, previste dalla presente legge, sono destinate ad assicurare più agevoli condizioni, al fine di conseguire maggiore qualificazione ed uniformità nei livelli di assistenza sanitaria ».

11.0.2

IL RELATORE

Invito i presentatori ad illustrarli.

ROSSANDA. Signor Presidente, l'emendamento 11.0.2/1 è un emendamento minimo ad un articolo che noi non condividiamo per diversi motivi. Ci siamo limitati tuttavia a tentare di emendare solo la parte essenziale di questo articolo nella quale viene espressa un'ipotesi di fabbisogno del servizio sanitario nazionale per il triennio 1986-88 in termini che abbiamo molti motivi per ritenere una volta di più seriamente sottostimati.

Sulla questione della sottostima delle esigenze del Fondo sanitario nazionale siamo tornati più volte, per cui non mi sembra il caso di ripetere le diverse argomentazioni. Ricordo solo le testimonianze che abbiamo raccolto nel corso dell'indagine sullo stato di attuazione della legge n. 833 e che sono rintracciabili nel testo della legge n. 833 e che sono rintracciabili nel testo della relazione presentata dal senatore Bompiani. Aggiungo che continuare a sottostimare il fondo rende del tutto vana la speranza di dare concreta attuazione alle buone, nuove norme per una programmazione sanitaria, che viene oggi riproposta su basi molto più consone ai principi della riforma, quindi sottratte alla sede innaturale nella quale fino ad ora sono state collocate e cioè la legge finanziaria.

Questa buona procedura però, sulla quale abbiamo concordato in sede di esame di articolo 1, darebbe scarsi risultati se non po-

tesse contare su risorse sufficienti e che le risorse stanziata non lo siano deriva da una considerazione aritmetica molto semplice. Le cifre indicate nell'emendamento che poi voteremo corrispondono ad un aumento relativo ad un tasso di inflazione programmato rispetto alla cifra stanziata per il 1985 che, a sua volta, era stata calcolata con un incremento del 5 per cento rispetto all'anno precedente.

Tutti sanno che l'inflazione nel corso del 1985 ha avuto valori ben più elevati nè ci sembrano convincenti, sul fatto che la stima per il 1985 sia valida, le argomentazioni contenute in un documento predisposto dal servizio per la programmazione del Ministero della sanità. Sappiamo infatti, dalle realtà periferiche e da diverse esperienze, che i motivi per cui si è apparentemente speso meno non sono condivisibili. Vi sono stati rinvii di spese al 1985 o addirittura ridimensionamenti di servizi. Proprio in questi giorni a Roma si parla della chiusura forzata di ospedali per le ferie a seguito della diminuzione degli organici. Ora, indubbiamente, la diminuzione degli organici conseguente al blocco delle assunzioni comporta minori spese, ma non si tratta certo di una soluzione che riteniamo sia corretto adottare anche per gli anni a venire.

Questo è solo uno dei molti esempi che potrei citare per giustificare la nostra proposta di una rivalutazione, per il triennio 1986-88, delle somme destinate al fondo sanitario nazionale. In particolare abbiamo fatto i nostri calcoli applicando annualmente un incremento del 5 per cento su una cifra per il 1985 superiore di circa 2.000 miliardi a quella già stanziata. Del resto abbiamo motivo di ritenere che su questa cifra si dovranno prendere decisioni anche nel corso dell'anno perchè da numerose testimonianze che provengono dalle regioni risulta che il fabbisogno reale della sanità risulterà appunto maggiore dello stanziamento nella misura da noi indicata.

BOMPIANI, *relatore*. L'emendamento 11.0.2 è il frutto del lungo lavoro che abbiamo svolto in Commissione, anche questa mattina, e rappresenta quindi una posizione innovativa rispetto al precedente testo.

Viene stabilito il principio, in questa legge per il finanziamento del fondo sanitario nazionale, di protrarre il piano fino al 1988 destinando anche a quest'anno finanziamenti ben precisi; ma su questo punto mi sono già soffermato in precedenza. Viene inoltre armonizzato l'esercizio 1985 con le problematiche di piano ed è ribadito il concetto già esplicitato nell'articolo 7 della relazione del Ministro della sanità a metà anno: relazione che consentirà di valutare complessivamente i problemi della sanità, non solo finanziari ma anche operativi.

Mi sembra che questa norma sia un punto di incontro di tante esigenze, realizzata con la concordanza di tutti i Gruppi politici.

PRESIDENTE. Invito il relatore e il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti in esame.

BOMPIANI, *relatore*. Sul merito dello emendamento presentato dalla senatrice Rossanda e da altri senatori ritengo di dovermi esprimere in senso negativo, perchè le cifre che abbiamo previsto per le annualità di piano, e che poi sono contenute nell'emendamento del relatore 11.0.2, sono per due annualità (oltre che per il 1985) già fissate dalla legge finanziaria; mentre c'è l'espansione di stanziamento per poter fare il collegamento con il terzo anno di piano (che sarebbe il 1988) con un nuovo stanziamento che viene appunto previsto in 44.950 miliardi, cioè incrementando del 4 per cento gli importi del 1987 per le spese correnti, ma del 7 per cento per le spese di investimento e quindi ottenendo un forte vantaggio rispetto alla situazione attuale sulle spese di investimento.

Se rimettessimo in discussione queste cifre, certamente porremmo in gravissima difficoltà questa Assemblea al momento di votare il piano sanitario nazionale, perchè dovremmo ritornare su cifre già deliberate dal Parlamento in sede di legge finanziaria. Ambedue le Camere hanno deliberato queste annualità della legge finanziaria. Non abbiamo fatto altro che trasferire queste cifre all'interno del disegno di legge che stiamo esaminando.

Quindi mi sembra che tutti questi elementi, prescindendo da valutazioni di merito, ma facendo delle semplici valutazioni di metodo, impongano al relatore di dire no a questo emendamento.

DEGAN, *ministro della sanità*. Sull'emendamento 11.0.2/1 il parere del Governo è contrario, non solo per le ragioni illustrate dal senatore Bompiani. Devo dire che certamente sulla valutazione possono esserci ancora spazi di dubbio e di preoccupazione, ma credo che anche la senatrice Rossanda non possa non riconoscere che, in quest'ultimo periodo di tempo, sia pure attraverso difficoltà varie, si è pervenuti ad una riduzione consistente e non è ipotesi fuori dalla realtà pensare che questa riduzione si sia perfino annullata nel corso del 1985, fra previsioni e consuntivi, per quanto riguarda l'esposizione finanziaria a favore del fondo sanitario nazionale.

Tra le varie ragioni vi è certamente anche quella che, proprio nel corso di questi due ultimi anni, l'esposizione finanziaria non ha riguardato un solo anno, ma si è proiettata, già in legge finanziaria, in una previsione triennale, per cui questo stesso articolo complessivamente viene a recuperare e a ricondurre dentro un unico testo legislativo iniziative e contenuti che, come tasselli di un mosaico, erano dispersi in diversi testi legislativi che ora vengono ricondotti ad unità giuridica, dopo essere stati componenti di una unità di linea politica.

Il Governo è favorevole all'emendamento 11.0.2.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 11.0.2/1, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 11.0.2.

CAVAZZUTI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* CAVAZZUTI. Signor Presidente, il Gruppo della Sinistra indipendente voterà a favore di questa norma pur mantenendo i dubbi sollevati dalla collega Rossanda e dal collega Imbriaco sulla congruità delle cifre che effettivamente appaiono sottostimate. Forse questa non è la sede per procedere ad una correzione su questo punto, ma il voto favorevole della Sinistra indipendente riguarda il metodo della introduzione di questo articolo. Si tratta di un voto favorevole purchè nel futuro questo articolo diventi molto diverso da come è formulato attualmente; voglio infatti segnalare che esso reca un significativo titolo: « Norme per il finanziamento poliennale del servizio sanitario nazionale ».

Il servizio sanitario nazionale è finanziato sia con il fondo iscritto al bilancio, sia con altre forme di finanziamento, come l'autofinanziamento e i *tickets* in alcuni casi. Allora io mi aspetto che in questo disegno di legge innovativo venga affrontato, la prossima volta, tutto il problema del finanziamento, correlandolo in modo più puntuale alla parte precedente delle norme precettive. Mi rendo conto che i tempi, e forse la necessità di approvare questo piano, hanno portato nelle simpatiche riunioni della Commissione sanità, a cui sono stato invitato, a compattare molto questo articolo; tuttavia vorrei segnalare che esso non deve essere replicato in questa formulazione nelle prossime leggi di finanziamento che dovranno essere, invece, più organiche e complete trattandosi del finanziamento del servizio e dunque non solo della parte che indica la quota da iscrivere nel bilancio dello Stato.

In questo senso e con queste raccomandazioni la Sinistra indipendente vota a favore di questo emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 11.0.2, presentato dal relatore.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo aggiuntivo proposto con l'emendamento 11.0.3 e del relativo subemendamento:

All'emendamento 11.0.3, al comma 4, aggiungere, in fine, il seguente periodo: « Con-

testualmente alla presentazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1986-88 il Governo presenta al Parlamento un disegno di legge contenente i criteri e le procedure per la ripartizione del fondo sanitario nazionale per gli anni 1986-88 ».

11.0.3/1

CAVAZZUTI, GUALTIERI

Dopo l'articolo 11, aggiungere il seguente;

« TITOLO IV

NORME TRANSITORIE E FINALI

(Norme transitorie e finali)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministero della sanità, un decreto avente valore di legge ordinaria, per razionalizzare, coordinare e riunire in un testo unico le norme relative alle prestazioni di cui al precedente articolo 7, al fine di garantire la loro uniforme applicazione in tutto il territorio nazionale.

2. La definizione delle piante organiche provvisorie è pregiudiziale all'approvazione del piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma. Le piante organiche definitive delle unità sanitarie locali sono approvate entro un anno dall'entrata in vigore del piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma, in conformità alle indicazioni del piano medesimo.

3. Nella prima applicazione della presente legge il personale di ruolo delle unità sanitarie locali che non trovi collocazione nelle piante organiche delle unità sanitarie locali della Regione o della Provincia autonoma è provvisoriamente utilizzato in soprannumero riassorbibile nell'ambito dell'unità sanitaria locale di appartenenza, con carico di assorbimento nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 39, 40 e 41

del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

4. Nella prima applicazione, in deroga a quanto disposto dall'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge, il piano sanitario nazionale per il triennio 1986-88 è presentato dal Governo al Parlamento, ai fini della sua approvazione con atto non legislativo, entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Le disposizioni precettive concernenti l'applicazione del predetto piano sanitario nazionale e le norme per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per il triennio 1986-1988 sono contenute rispettivamente nel titolo II e nel titolo III della presente legge.

6. Per il triennio 1986-1988 i singoli piani sanitari regionali sono predisposti e approvati entro 90 giorni dalla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* del piano sanitario nazionale approvato dal Parlamento con atto non legislativo. Entro lo stesso termine le Regioni che hanno già approvato il piano sanitario regionale sono tenute ad adeguarlo alle indicazioni della presente legge.

7. Sono abrogate le norme in contrasto o incompatibili con la presente legge ».

11.0.3

IL RELATORE

Invito i presentatori a illustrarli.

CAVAZZUTI. Signor Presidente, il senso di questo subemendamento nasce dallo spirito delle innovazioni introdotte nel disegno di legge in esame. Infatti il vero punto innovativo di questo disegno di legge è che il Governo opera in contemporanea con due strumenti: il piano e la legge. Questo è quanto avverrà a regime, quindi per il piano sanitario 1989, 1990 e 1991. Ma non possiamo dimenticare che la filosofia e le procedure approvate in linea generale devono essere seguite il più possibile anche in sede

di prima applicazione di queste nuove procedure, cioè per il piano 1986, 1987 e 1988.

Dunque ritengo che questo emendamento risolva una dimenticanza tecnica di cui mi faccio carico avendo collaborato alla stesura di questa parte.

Se non accettiamo che per gli anni 1986, 1987 e 1988 il Ministro, oltre a presentarci queste norme legificate, precettive, questa parte finanziaria, introduca anche i criteri di ripartizione e le metodologie per gli anni a venire, si creerà una singolarissima situazione, e cioè che nel corpo complessivo di questa legge avremo la legge finanziaria, le norme precettive, e non i criteri di riparto. Verrebbe dunque a mancare una parte portante della prima applicazione del primo piano 1986, 1987 e 1988.

D'altronde — ecco perchè la considero una dimenticanza tecnica — il Ministro questo atto lo deve compiere, perchè i criteri di ripartizione sono contenuti nella legge finanziaria 1984-1985 che scade con il 1985. Quei criteri non possono essere automaticamente proiettati nel 1986, 1987 e 1988: il Ministro dovrà presentare un atto.

I criteri passati scadono col 31 dicembre di quest'anno, quindi si tratta di un atto dovuto e dovranno essere introdotti in questo atto legislativo, in questa proposta di legge che accompagna, come è giusto, nello spirito di questa proposta, il punto 4, in cui si stabilisce che nella prima applicazione il piano sanitario è presentato delegificato. Con il subemendamento si parla di una norma legislativa con l'indicazione dei criteri e al punto 5, già contenuto nell'emendamento, si stabilisce che per il triennio 1986-1988 valgono i titoli I e II del presente disegno di legge.

Questo subemendamento, nel punto 4 e nel punto 5, dà quindi completezza, quanto meno formale — ma è importante — agli strumenti che possono operare per la prima applicazione del primo piano. In questo senso credo che si tratti proprio di una dimenticanza tecnica, di cui io e il senatore Gualtieri ci siamo accorti avendo collaborato, come i colleghi hanno notato, alla stesura di questa parte. Dunque ne raccomandando l'approvazione.

BOMPIANI, *relatore*. Il mio emendamento va sotto il Titolo IV « Norme transitorie e finali ». È la miscellanea di tutte quelle norme che hanno carattere veramente transitorio e finale e che sono state espunte man mano ai vari livelli del testo primitivo e raccolte in questo articolo. Credo che il testo sia estremamente chiaro e che non abbia bisogno di un'ulteriore illustrazione.

PRESIDENTE. Invito il relatore e il Governo a pronunziarsi sugli emendamenti in esame.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, il relatore riconosce che sul piano formale è necessario provvedere ad inserire il subemendamento, anche se non può nascondere qualche perplessità nell'ipotesi che poi venga a gravare su tutto un *iter* parlamentare che certamente già non è molto semplice. Ad ogni modo il relatore accetta il subemendamento esprimendo parere positivo.

DEGAN, *ministro della sanità*. Certamente l'illustrazione data dal senatore Cavazzuti è convincente. Desidero peraltro ricordare che già con le leggi 1984 e 1985 di finanziamento del fondo sanitario nazionale, inserite nella legge finanziaria che oggi andiamo a ricondurre nell'ambito di questa legge, erano stati indicati dei parametri e ciò aveva consentito di assegnare prima e di erogare poi il fondo sanitario nazionale alle regioni non solo come cifra o corpo ma anche con cifre che erano indirizzate, secondo i sistemi oggi possibili che certamente non sono i migliori, per funzioni. Dico che non sono i migliori poichè, se, come mi auguro, il Parlamento affronterà anche la riforma istituzionale delle unità sanitarie locali, sarà opportuno procedere a una ripartizione del fondo per funzioni: cioè più che per categorie orizzontali per categorie di tipo verticale, quindi per servizi, per funzioni.

Desidero anche ricordare che in questo biennio la distribuzione del fondo alle regioni è intervenuta anticipatamente rispetto

al 1° gennaio dell'anno di esercizio. Malgrado tutte le difficoltà, credo che questo costituisca un passo in avanti rispetto al quale non dobbiamo tornare indietro. Qualsiasi correzione da questo punto di vista sarebbe dannosa per il servizio sanitario nazionale. Abbiamo conquistato questa possibilità e dobbiamo conservarla.

L'emendamento certamente logico e coerente dei senatori Cavazzuti e Gualtieri pone quindi un impegno politico. Il Governo se ne fa carico per sua parte e mi auguro che il Parlamento possa farsene carico per sua parte, evitando, con una rapida approvazione della legge che verrà proposta, che si debba slittare oltre alle date che negli anni trascorsi ci hanno consentito di ripartire il fondo: nel 1984 ancora, praticamente, a corpo, nel 1985 per categorie di servizi, per categorie funzionali, sempre nello sforzo di un maggiore affinamento e quindi di una maggiore governabilità non solo dal punto di vista della spesa ma anche come indirizzo.

Nell'accogliere questo emendamento, mi sia consentito di rivolgere un appello al Parlamento affinché, nel momento in cui il Governo si fa carico di presentare nei termini previsti questo disegno di legge, si impegni a far sì che questo possa essere approvato in tempo utile per non perdere quella che io reputo un'importante acquisizione del trascorso biennio: arrivare cioè alla ripartizione del fondo nei termini necessari perchè le regioni possano distribuirlo alle unità sanitarie locali dando loro quel tanto di certezza, in misura maggiore di quanto non sia avvenuto precedentemente.

Il Governo è favorevole all'emendamento 11.0.3.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 11.0.3/1.

IMBRIACO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* IMBRIACO. Il Gruppo comunista condive le considerazioni del senatore Cavazzuti e voterà a favore dell'emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 11.0.3/1, presentato dai senatori Cavazzuti e Gualtieri.

E approvato.

Metto ai voti l'emendamento 11.0.3, presentato dal relatore nel testo emendato.

E approvato.

Ricordo che, nel testo unificato proposto dalla Commissione, il titolo è il seguente: « Norme in materia di pianificazione sanitaria triennale e sui livelli di assistenza sanitaria ».

È stato presentato al riguardo il seguente emendamento:

Sostituire il titolo con il seguente:

« Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 ».

Tit. 1 ROSSANDA, IMBRIACO, BOTTI, BELLAFIGLIORE, CALÌ, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, RANALLI

Invito i presentatori ad illustrarlo.

ROSSANDA. Signor Presidente, credo che in ogni caso sia necessario cambiare il titolo perchè si tratta di fare la correzione che il Presidente ha suggerito per le norme per il triennio. Forse sarebbe più coerente con la nuova sistemazione della materia in tre titoli l'emendamento che abbiamo proposto, cioè: « Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 », proprio per la sistematica del disegno di legge.

PRESIDENTE. Invito il relatore a pronunciarsi sull'emendamento in esame.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, credo che l'emendamento al titolo presentato dalla senatrice Rossanda e da altri se-

natori, ferma restando la decorrenza 1986-1988, sia accettabile, ma mi sembra che nel titolo manchi il problema dei livelli di assistenza sanitaria, che sono inseriti come materia importante e ai quali dobbiamo fare riferimento anche in base all'articolo 3, secondo comma, della legge n. 833.

Quindi proporrei il seguente titolo: « Norme per la programmazione sanitaria, nonché per il piano sanitario triennale 1986-1988 e per i livelli di assistenza nel triennio 1986-1988 ».

PRESIDENTE. Invito i presentatori a pronunciarsi sull'integrazione proposta dal relatore.

ROSSANDA. Signor Presidente, tutto ciò mi sembra un po' curioso perchè le prestazioni sanitarie non sono materia diversa da quella della programmazione sanitaria.

Se si insiste per questa variante possiamo accoglierla, ma mi sembra che sia pleonastico.

GUALTIERI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUALTIERI. Signor Presidente, io sono per rimanere ad una formulazione stretta del titolo: non possiamo mettere nel titolo i livelli di assistenza perchè altrimenti potremo metterci tante altre cose come gli *standards* e così via.

La programmazione comprende tutto e il piano sanitario triennale è l'esplicazione della programmazione.

BOMPIANI, *relatore*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOMPIANI, *relatore*. Ho ascoltato le dichiarazioni: a me interessava sottolineare il fatto che abbiamo dato adempimento anche al secondo comma dell'articolo 3 della legge n. 833. Questo risulta molto chiaro dalle dichiarazioni testè apprese e pertanto non insisto e accetto il testo proposto dalla senatrice Rossanda.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunziarsi sull'emendamento in esame.

DEGAN, *ministro della sanità*. Il Governo è d'accordo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento Tit. 1, presentato dal senatore Ros-sanda e da altri senatori.

E approvato.

Passiamo alla votazione finale.

SELLITTI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SELLITTI. Onorevole Presidente, onorevoli rappresentanti del Governo, onorevoli colleghi, l'approvazione del disegno di legge di piano sanitario nazionale assume quest'oggi una particolare rilevanza politica.

Con questo evento per la prima volta a distanza di oltre sei anni dal varo della riforma sanitaria, che ne prevedeva l'emanazione, finalmente il Parlamento si accinge a liquidare un provvedimento organico di codifica sanitaria secondo le prescrizioni delle norme vigenti e lo spirito della riforma stessa.

I contenuti di questo provvedimento sono da considerarsi perciò fondamentali per la corretta ed armonica attuazione delle attività connesse alla tutela nazionale della salute.

A ciò si aggiunge la considerazione che le misure contenute nel provvedimento in esame sono quanto mai necessarie ed urgenti, per ristabilire condizioni di effettiva governabilità del settore sanitario.

Sulla spinta della congiuntura i provvedimenti succedutisi negli ultimi anni, focalizzati essenzialmente sulla soluzione delle più impellenti emergenze finanziarie, hanno difatti forzatamente trascurato gli aspetti programmatici istituzionali di governo dei servizi e, per questa via, hanno contribuito a rallentare il processo di graduale attua-

zione e messa a regime dei nuovi modelli di organizzazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie ideati in sede di riforma e fondati proprio sui principi della programmazione e del coordinamento territoriale degli interventi.

La sanità è un settore che si colloca al centro degli interessi nella vita di un paese.

Nel nostro paese essa rappresenta un problema che con prepotenza si colloca al centro delle attenzioni politiche e del controllo del Governo, del Parlamento, e più in generale, della intera collettività nazionale e ciò per almeno due ragioni che ne esaltano, purtroppo negativamente, l'attualità: la prima è rappresentata dai suoi costi e dall'ingente ammontare di risorse pubbliche che annualmente richiede il suo finanziamento; la seconda è rappresentata dalla perdurante insoddisfazione che destano i livelli del suo funzionamento provocando una notevole risonanza negativa se si considera la vastità delle sue ripercussioni.

L'interesse alla tutela della salute, che coinvolge infatti la generalità della popolazione, e quello di favorire il benessere della collettività amministrato sono uno dei principali compiti dello Stato.

Da queste considerazioni emerge con chiarezza l'esigenza di proseguire nella strada imboccata dalla riforma del 1978, insistendo per un diverso modo di offrire e di usufruire dei servizi di assistenza sanitaria, aumentando il controllo sui costi e combattendo specialmente la resistenza di operatori più retrivi che ancora tardano ad allinearsi alla concezione moderna di tutela della salute che vuole che venga sviluppata, e fortemente, soprattutto la prevenzione.

Come più volte è stato ribadito nelle numerose ed approfondite discussioni della Commissione sanità, la mancanza di un piano sanitario, approvato dal Parlamento, ha certamente nociuto all'affermazione pratica di questi principi ed all'applicazione concreta, su base nazionale, delle direttive sottese a questo tipo di politica sanitaria.

Le stesse vicende delle norme che compongono il presente disegno di legge dimostrano il vuoto di indirizzi che il sistema sanitario nazionale ha dovuto finora regi-

strare. Si tratta infatti di misure originariamente collocate in legge finanziaria o in provvedimenti comunque urgenti, stralciate per essere sottoposte a più specifiche analisi di merito.

Si sa chiaramente che l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse è un grosso problema anche quando sono chiari e determinati i criteri di allocazione della spesa, e in generale sono definite le priorità da privilegiare. Si può quindi immaginare quanto sia complesso il problema della ottimizzazione della spesa sanitaria in condizione in cui non sia precettivo il piano degli indirizzi da seguire su tutto il territorio nazionale.

In questo contesto il disegno di legge in approvazione assume il ruolo di una pietra miliare che segna una tappa importante, un momento di verifica unitaria per tutte le componenti istituzionali del sistema, nel cammino della riforma, tappa che segue la fase concitata degli ultimi anni, caratterizzata da una produzione legislativa tanto copiosa quanto frammentata.

L'articolato è quindi quanto mai opportuno perchè consentirà di disporre dello strumento necessario a riordinare la complessa massa di disposizioni succedutesi negli anni recenti.

Il testo unico delle norme emanate è infatti una esigenza sentita sia da parte degli operatori, ai vari livelli istituzionali, che da parte degli utenti che allo stato attuale riescono a districarsi con estrema difficoltà nei complessi meandri dei diritti e degli adempimenti obbligatori fissati dalle leggi in vigore.

Ma veniamo alle tante attese disposizioni generali contenute nel testo.

Seguendo l'ordine di importanza delle disposizioni, si deve innanzitutto prendere atto della definizione chiara degli obiettivi generali del piano. L'articolo 2 del provvedimento individua le priorità da finanziare ribadendo ed esplicitando i principi informatori della legge n. 833 del 1978, e definisce i contenuti funzionali dei due momenti di intervento programmatico diretti a guidare su base nazionale l'azione pubblica in campo sanitario: le azioni programmate da un lato, i progetti obiettivi dall'altro.

Si tratta di indicazioni particolarmente qualificanti per orientare le strutture operative del settore e si auspica trovino a riceverle un terreno più fertile di quello che ricevette la riforma del 1978. All'epoca, infatti, non era certamente maturata come oggi la convinzione e la consapevolezza che la tutela della salute si realizza innanzitutto attraverso la prevenzione, attraverso la sicurezza sul lavoro, la lotta ai fattori patogeni, la massiccia divulgazione di regole di igiene, per favorire l'affermazione di più sani comportamenti individuali.

I disservizi, le disfunzioni, le diseconomie che manifesta l'attuale sistema organizzativo dei servizi sanitari si ritiene possano ricevere una decisiva regressione con l'attuazione delle direttive che scaturiranno dagli atti promossi dal Governo, dalle regioni e dalle stesse unità sanitarie locali nel quadro delle nuove procedure previste dal presente provvedimento.

Inoltre, la discriminante che separa l'accesso ai servizi delle strutture pubbliche da quello ai servizi privati assistiti da rimborso sembra conciliare le esigenze di tutela dei diritti alle prestazioni essenziali espresse dai cittadini, e quelle di massimizzazione d'uso delle strutture pubbliche, dettate dalla economicità di gestione delle risorse impiegate nel settore sanitario.

Politicamente il provvedimento risponde alle aspettative poste dal Partito socialista fin dai tempi del passaggio dal vecchio all'attuale sistema. Esso ha in più il vantaggio di scontare quegli aggiustamenti di tiro che l'esperienza di questi anni ha dimostrato necessari e di calarsi in una realtà che non è più una incognita, come nel passato, ma è rappresentata da interlocutori dei quali già si conoscono in gran parte capacità e limiti.

Tra tutti i soggetti chiamati in causa a partecipare alla buona conduzione del servizio pubblico reso attraverso l'assistenza sanitaria, le regioni dovranno svolgere un ruolo di primaria importanza. Esse infatti rappresentano l'albero di trasmissione chiamato a trasformare gli indirizzi nazionali in politiche attive sul territorio a favore della popolazione. E soltanto attraverso una par-

tecipazione delle regioni alle scelte nazionali, e di conseguenza una corretta interpretazione e una coerente applicazione degli obiettivi fissati dagli organi nazionali, da parte regionale, sarà possibile raggiungere risultati di efficienza ed efficacia che tutti auspichiamo.

Per vedere poi adeguate alle aspettative e alle esigenze di intervento le prestazioni offerte dal servizio sanitario nazionale il cammino è ancora lungo e non dobbiamo illuderci che possano essere bruciate le ulteriori tappe.

La razionalizzazione dei servizi sul territorio, il potenziamento delle strutture alternative al ricovero ospedaliero, la migliore distribuzione e qualificazione del personale, la eliminazione di sprechi legati alla non permeabilità tra una struttura e l'altra, che conduce spesso all'ingiustificato ricorso alle prestazioni di diagnostica esterna, non sono che le più eclatanti, conosciute e deprecate anomalie del sistema.

Rispetto a queste deviazioni che in alcuni casi sono, purtroppo, tenacemente radicate, il disegno di legge si pone l'obiettivo di una profonda modificazione, laddove fissa vincoli realistici ma molto precisi nella dotazione delle strutture ospedaliere, nei livelli minimi di utilizzazione delle stesse, orientando le politiche degli enti locali alla riconversione delle strutture eccedenti la dotazione ritenuta fisiologica a servizi alternativi o ad altre funzioni che attualmente risultano carenti di strutture, come ad esempio le sezioni per lungo degenti, quelle per l'esercizio delle attività libero professionali ed altre ancora, espressamente indicate nel provvedimento all'articolo che detta i contenuti dei piani sanitari regionali.

Con queste norme si pongono finalmente le basi per la formulazione di quei piani regionali a cui, dalla stessa riforma, era demandata la pianificazione sanitaria a livello territoriale e che solo alcune regioni, nelle more del varo del piano sanitario nazionale, hanno provveduto a tutt'oggi a varare. Nel nuovo assetto normativo che si configura con l'approvazione della nuova legge, cadendo le pregiudiziali di mancata formulazione delle direttive nazionali che finora

hanno frenato l'iniziativa di molte regioni, si dovrebbe ormai passare senza indugi alla programmazione su base nazionale dei servizi, delle attività, della destinazione del personale e di tutto quanto altro occorre quanto ad assicurare l'erogazione dell'assistenza.

La spada di Damocle rappresentata dalla sanzione finanziaria prevista dall'articolo 6, in caso di inadempienza regionale, sarà il necessario deterrente per scoraggiare l'inazione delle regioni.

Non mi dilungo oltre a richiamare nel merito i contenuti del provvedimento poichè essi sono stati ampiamente ed egregiamente illustrati dal relatore e adeguatamente approfonditi nel dibattito svoltosi nella Commissione di merito.

Voglio quindi concludere con un giudizio complessivo e generale che gli articoli del provvedimento suscitano. Nonostante l'iter piuttosto travagliato e sofferto che in questa ultima fase esso ha avuto, il giudizio è che si tratta di un provvedimento equilibrato che contiene quelle norme che avevano carattere di urgenza, necessità e sufficienza per riallineare l'azione pubblica nel settore sanitario sul binario di una moderna concezione della tutela della salute pubblica.

Gli ingredienti che sono stati inseriti nel testo vanno dalla definizione dei contenuti delle azioni prioritarie, alla individuazione dei rapporti tra pubblico e privato, alle procedure per il coordinamento ed il confronto delle scelte locali, alle sanzioni per inadempienza da parte regionale e agli strumenti di opposizione da parte degli utenti, alla fissazione degli *standards* dei servizi, al miglioramento nell'impiego del personale.

Si tratta quindi di un insieme di norme che dovrebbero costituire utile premessa per un effettivo miglioramento di gestione del servizio sanitario del paese.

Siamo consapevoli dei molti problemi presenti e futuri che continueranno a rimanere irrisolti e chiederanno ulteriori misure. Ma questo è nell'ordine normale delle cose che attengono a tutti i settori complessi della vita del paese e quindi non deve sorprendere.

Ci accingiamo quindi come Gruppo socialista con convinzione ad esprimere pa-

rere favorevole, certi di aver contribuito a compiere un passo avanti nell'affermazione di un servizio pubblico che si ispiri sempre più ai principi della giustizia sociale ma anche della economicità di gestione che si richiede per un buon impiego del pubblico denaro. *(Applausi dalla sinistra, dal centro e dal centro-sinistra. Congratulazioni).*

JERVOLINO RUSSO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nell'esprimere in modo molto breve e sintetico il voto favorevole del Gruppo della Democrazia cristiana al disegno di legge concernente la determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1986-88, desidero sottolineare l'importanza istituzionale e politica dell'atto che oggi il Senato si appresta a compiere, un'importanza che, se è certamente notevole per il comparto sanitario, supera ogni logica puramente settoriale. Ci troviamo oggi infatti di fronte ad un rilancio della programmazione che, se certamente deve rappresentare una metodologia inerente la globalità degli interventi socio-economici, è positivo che si realizzi, purchè in modo concreto e realmente incisivo, in un settore come quello sanitario.

Le vicende della programmazione in Italia hanno infatti conosciuto tentativi indubbiamente generosi e culturalmente validi ai quali però non sono sempre seguiti risultati sufficientemente incisivi dal punto di vista pratico. Tentativo generoso fu il primo piano di sviluppo economico, approvato con legge del Parlamento, ma rimasto praticamente inattuato, forse anche per la mancanza di chiare scelte selettive e di indicazioni prioritarie che ne minarono fin dall'inizio la concreta attuabilità. Allo stadio di pur articolata ed interessante proposta rimasero anche il « Progetto '80 » ed i vari tentativi di approvazione della legge sulle procedure di piano, arenatasi di fronte al tentativo, in verità non facile, di conciliare, sia nella fase ascendente che in quella discendente, l'auto-

nomia delle singole regioni con la logica organica di una programmazione nazionale.

Queste difficoltà sul piano politico ed operativo non hanno fatto però venir meno la consapevolezza della necessità di una politica di programmazione che in concreto significa: attenta analisi dei bisogni, puntualizzazione delle scelte prioritarie, utilizzo ottimale delle risorse.

Tale necessità ha portato all'approvazione all'interno della legge n. 833, di quelle norme che facevano della programmazione sanitaria un momento centrale della riforma e giustamente, a mio parere, il ministro Degan, in una sua relazione a questo ramo del Parlamento, ha sottolineato che prevenzione e programmazione costituiscono due cardini centrali della riforma.

Certamente dal 1978 al 1985 molti anni sono passati e la ottima e puntuale relazione del presidente Bompiani dà conto del lungo e faticoso lavoro compiuto dal Senato sia nell'VIII legislatura che nella IX per giungere all'approvazione del piano sanitario nazionale.

Un lavoro certamente non improduttivo da due punti di vista. Innanzitutto, perchè ha portato al maturarsi della consapevolezza dell'impossibilità di prevedere un piano sanitario nazionale approvato completamente per legge, in quanto lo strumento legislativo, per sua natura rigido, non è certamente il più idoneo a realizzare una politica di programmazione in una realtà multiforme e complessa in rapido e continuo mutamento.

Si è giunti quindi alla modifica sia del primo testo dell'articolo 53 della riforma, sia di quello poi rivisto con l'articolo 20 del decreto n. 463 del 1968, prevedendo una manovra complessiva di programmazione articolata fra piano sanitario nazionale, approvato con atto legislativo — così come del resto era stato previsto dalle dichiarazioni programmatiche del Governo — norme pre-cettive stabilite con legge dello Stato e norme di finanziamento. Di conseguenza sono stati apportati elementi di chiarezza e di sistematicità nel processo di programmazione sanitaria, individuando — ed è appunto un passo di notevole portata — precise proce-

ture di piano, valide anche per l'avvenire e tali da consentire la continuità del processo programmatico.

Quindi, a questo punto, vorrei riprendere, per sottolinearlo, anche come momento di soddisfazione da parte del Gruppo della Democrazia cristiana, quanto è stato detto all'inizio della seduta pomeridiana dal presidente Ferrari Aggradi che ha evidenziato questo ritorno alla intuizione primitiva dello schema Vanoni che aveva presentato un metodo di programmazione da realizzarsi con atto non legislativo. L'approvazione delle norme al nostro esame, al di là della loro indubbia importanza per il comparto sanitario, individua un metodo che indubbiamente può dare nuovo slancio e respiro alla politica di programmazione. Ma anche da un altro punto di vista il lungo cammino parlamentare percorso, l'attento e paziente lavoro della Commissione sanità, ed in particolare del presidente e relatore, senatore Bompiani, non sono stati privi di significato.

Se, infatti, si ricordano i contenuti del primo progetto di piano sanitario nazionale presentato dal Governo al Parlamento nel novembre del 1979 e li si confrontano con quelli del disegno di legge che oggi stiamo per approvare, si può rilevare che il provvedimento al nostro esame contiene una più moderna e puntuale elaborazione di cultura sanitaria. Basta infatti osservare che, nella determinazione degli obiettivi generali del piano sanitario nazionale, il provvedimento al nostro esame richiama l'attenzione non soltanto sulla politica di prevenzione, sul potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base, sull'impegno a contenere i ricoveri ospedalieri, ma fa chiaro riferimento a nuove esigenze, quali, ad esempio, quelle emerse dal servizio nazionale di protezione civile ed a bisogni finora poco sentiti, ma pur tuttavia di estrema importanza, come ad esempio quelli della tutela delle attività sportive relativamente agli aspetti preventivi e terapeutici per la salvaguardia della salute dei giovani nell'età evolutiva.

È inoltre, a parere della Democrazia cristiana, di estrema importanza che il testo

del piano sanitario nazionale al nostro esame definisca con precisione le « azioni programmate » ed i « progetti obiettivo », individuando le risorse finanziarie alle une ed agli altri rispettivamente afferenti. Questa scelta è di portata centrale, perchè significa dare concreta possibilità di realizzazione sia alle azioni programmate che ai progetti obiettivo togliendoli, quindi dall'ottica sterile e vuota delle proclamazioni di principio, senza possibilità di incidenza concreta nella realtà.

Il voto favorevole della Democrazia cristiana è inoltre determinato dal tipo di azioni programmate e di progetti obiettivo previsti per il triennio. Infatti la sicurezza e la tutela dei lavoratori nei luoghi di lavoro, la lotta alle malattie neoplastiche e cardiovascolari, la tutela dei nefropatici cronici, anche attraverso la elaborazione di una strategia complessa della pratica della dialisi e di trapianti di organi (ai quali la nuova legge in corso di approvazione in sede deliberante presso la Commissione sanità del Senato darà certamente un nuovo impulso), la sanità veterinaria con i suoi riflessi, l'igiene alimentare corrispondono ad effettive esigenze del paese.

Di grande rilievo sono anche le scelte fatte in materia di progetto obiettivo, per le quali si prevede una integrazione funzionale dei servizi sanitari e socio-assistenziali: tutela della salute della donna, delle scelte consapevoli e responsabili in materia di procreazione, protezione della maternità, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute nell'età evolutiva costituiscono punti cardine di una moderna politica sanitaria. Di eguale importanza è, certamente, l'impegno previsto per la tutela della salute degli anziani (ed è appena il caso di ricordare come anche le più recenti statistiche abbiano sottolineato il continuo aumento della popolazione anziana del nostro paese), la tutela dei disabili psichici, la prevenzione degli *handicaps*, la prevenzione delle tossicomanie e la riabilitazione e il reinserimento dei tossicodipendenti.

La normativa che stiamo per approvare contiene anche una chiara definizione del rapporto tra prestazioni in forma diretta e

prestazioni in forma indiretta e qui occorrerà — lo dico in relazione all'intervento fatto poco fa, in sede di dichiarazione di voto, dal senatore Gualtieri — approfondire certamente e chiarire il discorso del rapporto tra pubblico e privato perchè al raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria concorrono innanzitutto le strutture pubbliche, con le quali però si integrano le strutture private. Comunque la conferma, per il triennio 1986-1988, delle prestazioni sanitarie ed integrative attualmente erogate dal servizio sanitario nazionale le norme in materia di presidi di alta specialità, le disposizioni in materia di organizzazione e riorganizzazione degli ospedali le disposizioni finanziarie per il triennio, per la loro concretezza, positività ed incisività, concorrono a determinare il voto favorevole del Gruppo della Democrazia cristiana.

Desidero inoltre sottolineare, anche per la loro importanza sul piano istituzionale, le norme relative agli interventi sostitutivi in caso di inadempienza e quelle volte a creare una funzionale interrelazione tra i piani sanitari regionali e il piano sanitario nazionale. Occorre individuare — e non era facile — un delicato punto di equilibrio nel quale la necessaria fattibilità del processo di programmazione si coniugasse con un sostanziale rispetto della autonomia regionale e le scelte compiute dal testo al nostro esame, a parere del Gruppo della Democrazia cristiana, individuano positivamente tale punto di equilibrio.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, nel prendere atto con soddisfazione del voto favorevole che stiamo per dare al piano sanitario nazionale il Gruppo della Democrazia cristiana sottolinea che tale adempimento e la approvazione poco fa avvenuta della mozione del senatore Melotto e di altri colleghi della maggioranza governativa costituiscono tappe di estrema importanza istituzionale e politica per il comparto sanitario, del quale certamente non ignoriamo difficoltà e problemi, ed indicano le linee di ulteriore attuazione della legge di riforma sanitaria e della sua rimessa a punto voluta anche dalla Democrazia cristiana

na proprio per realizzare in modo più incisivo e completo, le scelte di fondo della riforma stessa. Tali scelte recepiscono il principio costituzionale della tutela della salute come diritto del cittadino e interesse della collettività. (*Applausi dal centro, dal centro-sinistra e dalla sinistra. Congratulazioni*).

GUALTIERI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUALTIERI. Signor Presidente, noi repubblicani abbiamo temuto veramente di non poter votare il piano e per noi che lo inseguivamo da 15 anni — personalmente in due legislature regionali e, da 7 anni, dopo la legge n. 833 — sarebbe stata un'autentica tragedia perchè il piano è la cosa più importante che il Parlamento possa varare in materia di sanità.

Il dibattito generale — se è consentito dirlo, che è stato uno dei migliori che si sia svolto in Senato negli ultimi anni — ha permesso di far capire a tutti, maggioranza e minoranza, che un così importante e necessario atto di governo della sanità rischiava di perdersi nella illogicità di una sistemazione affrettata e nella confusione delle lingue che ne derivava.

Do atto molto volentieri al relatore, professor Bompiani, di aver facilitato, come presidente della Commissione sanità, questa riscrittura del piano, vincendo la sorta di patriottismo di Commissione che comprensibilmente — voglio essere il primo a riconoscerlo — anima chi per mesi e mesi ha lavorato su un testo e su una impostazione. Altri non sarebbe stato così generoso verso le idee altrui.

Do atto anche ai Gruppi di maggioranza di non aver voluto vincere soltanto in quanto maggioranza, ma di aver capito che esistono ragioni di altre parti, soprattutto altre logiche. Anche qui do atto volentieri di non aver trovato sbarramenti di patriottismo di maggioranza.

Do atto alle minoranze di aver contribuito a modificare, fino a renderlo accettabile,

un testo che per esse poneva problemi oltre che di merito anche di principio, cosa che spesso rende difficile gli incontri.

Ma oggi abbiamo così potuto ottenere un piano a larga base parlamentare che sarà molto più forte verso l'esterno di quello che sarebbe stato un piano votato dalla sola maggioranza. È un piano più forte verso le regioni perchè nasce da un accordo molto ampio in sede parlamentare su un confronto che ha cercato di introdurre idee di tutte le parti, un piano che si è realizzato. Perciò il mio Gruppo ha ritirato tutti i suoi emendamenti e il nostro voto sarà conseguente.

Ciò che approviamo è totalmente diverso dal testo iniziale. Nelle quattro parti in cui è diviso c'è una risistemazione della materia che ha una sua validità: nel primo titolo si enunciano i principi, nel secondo è contenuta la parte precettiva che sorregge il piano triennale 1986-1988, nel terzo è previsto il meccanismo di finanziamento e nel quarto le norme finali e transitorie. Al Governo quindi consegniamo uno strumento importante. Se lo vorrà utilizzare, molte cose potranno cambiare nella sanità.

In poco tempo, però, il Ministro dovrà varare la parte non precettiva del piano e chiarire i legami finanziari con gli *standards*: quello che non abbiamo potuto fare in questa sede come avremmo voluto in una visione, essenziale per noi, secondo la quale non ci doveva essere concettualmente differenza tra parte precettiva e parte non precettiva e solo in un secondo tempo si sarebbero dovute estrarre la parte precettiva e la parte finanziaria per collocarle in un girone a parte, e dopo aver valutato nella sua globalità il piano che — ripeto — è formato da parte precettiva e parte non precettiva.

Spero che il Ministro sia pronto, mentre la Camera discuterà questa parte del piano che gli trasmettiamo, a presentarci il famoso piano non precettivo che è lo strumento necessario per lavorare seriamente fin dalle prossime settimane.

Il primo gennaio 1986 quindi è una data obiettivo che il Governo da oggi ha di fronte e che non può lasciar cadere, come in-

vece è accaduto in tutti questi anni. Il Parlamento del resto vigilerà perchè ciò non succeda. Non possiamo permetterci di perdere un altro anno. Abbiamo lavorato perchè un complesso di norme venisse varato entro il 1985 e perchè dal 1986 tutta la sanità venisse inserita non solo nella legge di programmazione, ma anche nella riforma istituzionale. Pertanto entro il 31 dicembre noi ci aspettiamo che vengano portati avanti gli altri temi in discussione: la modifica delle unità sanitarie locali in base ad un progetto che, a mio giudizio, deve essere profondamente ripensato dal Governo; le norme per i nuovi consigli di amministrazione che, mi permetto di dire, devono, a loro volta, essere profondamente rimate dal Governo e considerate non soltanto dal punto di vista sanitario, ma come la parte istituzionale della sanità; la riforma stessa del Ministero della sanità per metterlo in grado di affrontare nel 1986 le riforme che il Parlamento approverà. Perdere anche una sola di queste date e perdere una sola di queste leggi significa perdere tutto il lavoro di oggi. Non avremmo fatto niente se durante la strada non riuscissimo anche ad agganciare gli altri vagoni al treno che cerchiamo di far partire il 1° gennaio 1986.

Il Ministro ha quindi, da oggi, tempi molto stretti davanti a sé e il Parlamento deve aiutarlo a non superarli. C'è un proverbio che dice: aiutati che Dio ti aiuta. Ora, il primo che può aiutarsi è il Ministro stesso che deve spingere molto avanti la politica sanitaria di questo paese. Il paese vuole essere governato, la sanità deve essere governata e non lasciata più allo sbando.

Noi repubblicani, approvando il piano, votiamo non solo una legge, ma una politica della sanità: una politica che fino ad ora è mancata, che vorremmo venisse portata avanti con molta forza dal Governo e che da domani deve essere portata avanti da tutti noi con ogni energia. Infatti lo schieramento con cui si approva il piano è un attestato di fiducia verso chi in questo momento gestisce la sanità con coraggio e con rigore. Questo è l'augurio che rivolgia-

mo al Ministro al quale consegniamo il piano sanitario che oggi variamo. (*Applausi dal centro-sinistra, dalla sinistra e dal centro*).

PIERALLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PIERALLI. Onorevole Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, non lo avrei fatto comunque, ma l'orologio rafforza la mia determinazione di non tornare ad esprimere giudizi generali sulla situazione del servizio sanitario nazionale. Del resto lo hanno fatto in modo appassionato e puntuale i senatori comunisti Imbriaco, Ranalli, Calì, Rossanda e Tedesco che sono intervenuti nella discussione generale su questo provvedimento di legge.

Vorrei invece partire da una notazione positiva. Questa è stata una delle rare volte che in quest'Aula si è potuto discutere dei problemi della sanità in un modo più libero e più sereno e infine anche con risultati costruttivi, senza cioè essere costretti da decisioni del Governo che, vuoi con la legge finanziaria, vuoi con decreti *ad hoc* per la riduzione della spesa pubblica, hanno reso asfittico molte volte il nostro dibattito, obbligate le conclusioni, costringendo settori non piccoli della maggioranza ad accettare per disciplina decisioni anche non del tutto condivise. Quella che ho descritto ora, per esempio, è la situazione che si verificò in questa Aula, come molti colleghi ricorderanno, e in modo clamoroso, il 4 novembre del 1983, quando discutemmo il decreto sulla riduzione della spesa pubblica. E questo avvenne all'inizio di una legislatura che ne seguiva un'altra nella quale si erano manifestate in tutta la loro — scusatemi ma è la parola adatta — nefandezza, in un periodo che era decisivo per la riforma varata nel 1978, le manovre per attutire l'impatto innovatore del sistema, per salvaguardare interessi corporativi, baronali e privati che ne erano colpiti, le inconcludenze e le contraddizioni dei Governi e della maggioranza.

Interrompendo la scorsa settimana il senatore Bompiani mentre stava concludendo

la discussione generale con la sua replica, ho definito quel periodo della VIII legislatura come quello, per quanto riguarda la sanità, della tela di Penelope. C'è oggi una sola precisazione che voglio fare: di Penelope non ce n'era una sola, perchè si davano il turno in questo ruolo ministri e sottosegretari e ciò che era fatto di giorno non veniva disfatto di notte, ma il giorno successivo.

Ora si torna finalmente a parlare di piano e qualche punto fermo, anche se insufficiente, viene stabilito: credo che il merito principale vada attribuito alla indagine seria ed approfondita da noi comunisti proposta e realizzata con grande impegno da tutti i componenti della Commissione sanità del Senato e dal suo Presidente. Di una qualche utilità poi sono state le campagne di stampa che hanno espresso il malcontento dei cittadini.

Come è giusto che distinguiamo nel polverone che tende a presentare gli amministratori delle USL come una casta di disonesti o di incompetenti nominati dai partiti e al loro servizio, e sottolineiamo lo sforzo compiuto dai più per mettere ordine nella sanità e per offrire in condizioni di precarietà il miglior servizio possibile, così mi sembra anche giusto che noi distinguiamo nella denuncia pubblica sulle insufficienze o le manchevolezze delle USL ciò che mira alla privatizzazione e a scardinare la riforma e ciò che invece segnala cose che possono e debbono essere cambiate e che del resto non si presentano uguali in tutto il territorio nazionale.

Qui credo che lo sforzo vada chiesto a tutti, subito e ovunque, sulla base dei mezzi che abbiamo oggi a disposizione, perchè dappertutto, anche dove le cose nell'insieme sono più soddisfacenti, si possono eliminare disfunzioni e norme burocratiche che aumentano i disagi della gente.

In questo senso un appello va rivolto alle regioni, agli enti locali, agli amministratori delle USL, ai medici, al personale ospedaliero e, se me lo consentite, anche ai cittadini, ai partiti e alla stampa perchè facilitino l'utilizzazione al meglio delle strutture pubbliche esistenti.

Nella mia regione, per esempio, quando si è trattato di chiudere un reparto di ostetricia in un comune per utilizzare pienamente quello più moderno esistente a cinque chilometri di distanza, è nata anche una specie di rivolta municipale, così come resistenze e agitazioni sono nate quando si è deciso di chiudere un vecchio ospedale nel centro storico di Firenze, già sufficientemente servito, mentre se ne apriva uno nuovo con utenza intercomunale alla periferia della città. Ho parlato di cittadini ma anche di partiti, perchè quelle resistenze sono state capeggiate anche da alcuni partiti che qui sono maggioranza mentre lì sono ed erano minoranza.

È chiaro però che la situazione attuale non migliorerà, anzi rischia di peggiorare, se le decisioni principali che devono prendere il Governo e il Parlamento sono rinviata.

Così avviene in parte con l'attuale provvedimento per alcune questioni che riteniamo decisive.

Certamente apprezziamo i miglioramenti che sono stati introdotti rispetto al testo licenziato dalla Commissione; diamo atto al senatore Gualtieri di aver sollevato dall'interno della maggioranza esigenze di razionalità e di programmazione; diamo atto a tutti del lavoro svolto nelle riunioni di tutti i Gruppi parlamentari alle quali noi come gli altri Gruppi abbiamo dato il nostro contributo.

Il pregio della novità consiste soprattutto nell'aver cercato di svincolare le decisioni sulla sanità non dalla definizione della globalità degli stanziamenti a disposizione, ma dalle norme di merito del Ministero del tesoro per ricondurle nelle sedi naturali del Ministero della sanità e del Parlamento, nell'aver creato una barriera — che noi ci auguriamo funzioni e che dovrebbe comunque funzionare almeno per i prossimi due anni per il mantenimento delle attuali prestazioni — nell'aver costruito un sistema di programmazione triennale che in qualche modo si propone anche di superare gradualmente gli squilibri attualmente esistenti a danno del Mezzogiorno d'Italia nelle strutture sanitarie pubbliche e nell'aver impegnato il Governo ad avviare il nuovo sistema

con qualche iniziativa fin da quest'anno. Noi non sottovalutiamo tutto questo, ma lo riteniamo insufficiente: prima ancora che l'insufficienza, ci turba però il fatto che tutto quanto è affidato al rispetto di date e scadenze da parte prima di tutto del Ministero della sanità e poi anche del Parlamento. L'esperienza del passato ci porta ad avere oggi non un piano completo ma una parte di esso, e ad avere indicazioni su come dovrà attuarsi il piano dopo sei anni di inadempienza rispetto alle date fissate dalla legge n. 833.

Senza offesa per nessuno, senza offesa per il ministro Degan, che ha assunto assieme al dicastero anche una pesante eredità di questo tipo, devo rilevare che per ricostruire un rapporto di fiducia e di certezza occorrono anni di rispetto scrupoloso di tutte le date e scadenze da parte del Ministero della sanità. Noi faremo il possibile per ricordarvi gli impegni assunti, ma questa fiducia ancora pienamente non ce l'abbiamo, anche se ci auguriamo di poterla avere in futuro.

Ci sono poi ragioni più generali che rafforzano i motivi del voto contrario che daremo e riguardano la politica economica e finanziaria del Governo, per il modo con cui si è esplicata in questi anni e per i propositi che animano settori decisivi della maggioranza, del Governo ed in particolare del Ministro del tesoro già prima, ma particolarmente dopo la vittoria del no nel *referendum* del 9 giugno. Pensiamo e abbiamo sempre pensato che le decisioni del Governo di sottostimazione della spesa sanitaria abbiano finito per provocare caos nel servizio e per aumentare alla fine l'indebitamento pubblico. Riteniamo che in un quadro di certezze si possano combattere gli sprechi e che, a differenza di altri comparti di spesa, sia necessario partire dalle esigenze reali di difesa della salute dei cittadini piuttosto che da compatibilità finanziarie fissate in modo spesso arbitrario.

La legge sulla riforma sanitaria è nata, insieme ad altre riguardanti altri settori, in un periodo in cui si pensava di giungere alla programmazione generale; poi si è cominciato a parlare tanto di riformismo, ma di riforme non se ne è fatta più nemmeno

una. E poi invece di una programmazione di riforme e di sviluppo, abbiamo avuto in modo più marcato negli ultimi anni la concertazione tra Governo, sindacati e Confindustria che si è risolta solo nel contenimento dei salari e degli stipendi al di sotto del tasso di inflazione, e leggi finanziarie volte a comprimere la spesa sociale. Ora il Ministro del tesoro manifesta propositi di smantellamento totale della scala mobile e di dare colpi durissimi alla spesa sociale dei comuni, della previdenza e della sanità. Perciò il discorso che facciamo oggi è che ci opporremo a questi disegni — e speriamo di non essere soli — qui e nel paese e il nostro voto contrario di oggi vuole anche essere un segnale che diamo in anticipo di fronte a propositi manifestati in anticipo.

Ci sono poi altre motivazioni di merito che ci portano a questa conclusione e che stanno negli emendamenti respinti dalla maggioranza: non solo l'abolizione dei *ticket*, ma la richiesta di accrescimento delle risorse disponibili e soprattutto quel gruppo di emendamenti che riguardano il rapporto tra pubblico e privato nella sanità, perchè sono questioni sulle quali riteniamo che si giuochi davvero il futuro della riforma. Del resto, i colleghi democristiani che hanno mostrato anche in questa discussione un po' di debolezza verso il privato, dovrebbero riflettere sul fatto che, laddove già oggi il privato prevale sul pubblico per eredità del passato ma anche per colpe presenti, la riforma è compromessa e il servizio sanitario è più scadente e insoddisfacente che altrove.

Su questo torneremo ancora perchè consideriamo il provvedimento in esame solo l'avvio di un confronto serrato che investa anche le regioni, le istituzioni locali e i cittadini, per garantire una migliore difesa della salute di tutti gli italiani. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

SIGNORELLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SIGNORELLI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, colleghi, le misure per ga-

rantire alla comunità l'affidamento di questo piano sanitario nazionale ad una struttura territoriale in gravi difficoltà organizzative ed amministrative non sono state nè prese nè valutate, nè è stata predisposta una scadenza cronologica della riforma delle USL, che pure questa mattina nella Commissione parlamentare allargata sembrava farsi spazio nella ridiscussione di questo articolato come atto contestuale al decollo del piano sanitario e tutto questo ci dava qualche speranza. Ora, dopo aver lasciato andare a ruota libera sia l'ente regione che le USL, proprio per colpa insita nel meccanismo di gestione di esse, si propone una specie di sanatoria, persiste una totale mancanza di adeguati controlli e interventi; nonostante le denunce, inutili quasi sempre signor Ministro (non ho mai avuto risposta da lei ad interrogazioni piuttosto pressanti circa questa materia. L'ultima la riceverà domani mattina relativa all'ospedale — voglio entrare un po' nelle questioni minuziose — di Bagnoregio, sottoposto alla USL Viterbo 1). Nonostante le denunce della stampa, della magistratura e degli utenti, tutto sembra rimanere nel silenzio generale. Vi compiacete dicendo che tutto questo è potuto accadere in quanto vi era l'assenza di un piano sanitario nazionale e quindi di una programmazione finalizzata, ma il discorso lo ritengo tardivo; non è solo quello tecnico della erogazione dei fondi, di indicazione di norme generali di programmazione e di indicazione di progetti obiettivi, con relativo studio delle risorse a disposizione, con relativi contenuti di bilancio e quindi di finanziamento. Vorrei vedere se le cose non fossero così sulla facile carta; è un discorso di merito politico e morale. Per il resto ci sono i parametri del CIPE, a cui riferirsi, in quanto la ripartizione dei fondi per lo stanziamento, per l'assegnazione, per gli *standards*, per il personale dipendente, per quello specialistico, per strutture e servizi, per l'assistenza farmaceutica, per l'erogazione di prestazioni, per la degenza eccetera, è scritto sui parametri, ma non ci sono i parametri di provenienza dell'attività settennale delle USL, a meno che essi non debbano essere desunti dalle cifre debitorie, costanti

e progressive, con collaterale peggioramento delle strutture e dei servizi. Siamo ad indicazioni virtuali e fondazione di piano altrettanto virtuale. Il collegamento con tutto il mondo della sanità pubblica non è stato preventivamente raccordato. L'erogazione da parte dello Stato ed il relativo indebitamento delle USL, che è stato un crescendo patologico, rafforzato da compiacenti ripianamenti dei loro *deficit*, non garantisce il vero e fondamentale progetto obiettivo di uno Stato serio: la salvaguardia della salute del cittadino.

Si prospetta un'ulteriore stagione di caos, cari colleghi, non dico interpretativo, ma realizzativo; le norme e gli indirizzi del piano sono quelli che sono, perfino belli, ben concepiti, ben congegnati, ben fatti, non voglio discutere: è una bella poesia, se volete che ne vada a calcolare la metrica dei versi. È un'ipotesi estrapolata da un mondo di cui non conosciamo esattamente, o non vogliamo conoscere esattamente, la polivalenza quasi sempre perversa. Più che un pianeta a sé la sanità pubblica è una costellazione di stelle che brillano di luce riflessa, di belle parole, di enfattizzazione, dei nostri soldi, delle illusioni non ancora spente dei cittadini e soprattutto della virtù della pazienza esercitata da tutti noi.

Nella regione Lazio, tanto per rimanere qui vicino a noi, dove non esiste un piano regionale, tanto meno per le strutture ospedaliere, in questi giorni, signor Ministro, stiamo assistendo alla realizzazione di colpi di mano silenziosi, ma non troppo, proprio per precedere ogni atto di riordinamento laddove si è quasi creato qualche allarme perchè si era soltanto accennato ad una eventuale rifondazione delle USL. Perfino questo clima di elezione del Presidente della Repubblica sta incoraggiando certe manovre sotto l'aura di alcune previsioni.

Ecco la situazione della sanità in Italia. Quando arriverà in porto questo piano, alla fine di questo anno o agli albori dell'anno prossimo, ulteriori giochi saranno stati fatti. Quando arriverà la riforma delle USL di cui si favoleggia bisognerà vedere quello che realmente troveremo quanto a salute pubblica.

Tutto questo ci dispiace e ci rattrista: siamo dei medici, abbiamo lavorato insieme a tanti colleghi in buonissima fede. Mentre a marce forzate ci si andava estraendo dalla realtà che doveva essere affrontata in via primaria, si va sviluppando un arbitrario indirizzo da parte delle regioni in questi giorni. Prima ancora che possano formulare i propri piani dopo aver recepito questo documento, esse continuano a comportarsi come corpi separati dall'organismo della sanità.

La Costituzione italiana fa continui richiami ai diritti del cittadino ed alla sua uguaglianza meno che di fronte alla giustizia ed alla sanità. Il voto contrario del Movimento sociale italiano-Destra nazionale è un voto di protesta per accendere buone volontà future. Del resto abbiamo partecipato in maniera propositiva — e dovete riconoscerlo — a tutti i lavori della Commissione per il senso di dovere e di responsabilità etica che dobbiamo al popolo italiano, a questo Parlamento ed ai noi stessi. (*Applausi dall'estrema destra*).

SCLAVI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SCLAVI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il mio intervento come al solito sarà brevissimo. Desidero solo annunciare il voto favorevole del Gruppo socialdemocratico, anche se sento il dovere di complimentarmi con il presidente della Commissione sanità, professor Bompiani, che ringrazio così come ringrazio tutti i componenti la Commissione per il lungo e faticoso lavoro svolto per portare a conclusione l'esame di questo provvedimento. Ringrazio anche il ministro Degan che ha saputo recepire le istanze segnalate dalle varie parti. Tutto è servito per arrivare all'approvazione.

Non posso non ricordare anche l'intervento in discussione generale del senatore Gualtieri, che io ho osato definire una spe-

cie di doccia fredda, ma che, se non altro, è servito a scuotere ed a mobilitare gli indecisi nel collaborare per concludere l'esame del provvedimento. Sotto questo profilo desidero anche evidenziare il contributo del collega Cavazzuti che in questi giorni ha dato un importante apporto per concludere in modo favorevole l'iter del provvedimento stesso.

Concludo il mio intervento dichiarandomi sorpreso per l'annuncio del voto contrario del rappresentante del Gruppo comunista perchè, pur non avendo partecipato in modo assiduo ai lavori della Commissione, ho potuto constatare di persona lo sforzo che tutte le parti politiche hanno compiuto per trovare un'intesa e per concludere in modo positivo questa vicenda. (*Applausi dal centro-sinistra, dal centro e della sinistra*).

PRESIDENTE. Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso con il seguente titolo: « Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 ».

È approvato.

Calendario dei lavori, variazioni

PRESIDENTE. Per accordi intervenuti tra i Gruppi parlamentari, il disegno di legge n. 316, recante « Revisione della legislazione valutaria » — previsto dal calendario dei lavori per la seduta di venerdì 21 giugno 1985 — sarà iscritto all'ultimo punto dell'ordine del giorno delle sedute di oggi, giovedì 20 giugno 1985.

Ordine del giorno per le sedute di giovedì 20 giugno 1985

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi oggi, giovedì 20 giugno, in tre sedute pubbliche, la prima alle ore 9,30, la seconda alle ore 16,30 e la terza alle ore 21, con il seguente ordine del giorno:

I. Votazione finale dei disegni di legge:

OSSICINI ed altri. — Ordinamento della professione di psicologo (317).

FILETTI ed altri. — Ordinamento della professione di psicologo (589).

GROSSI ed altri. — Abilitazione allo esercizio della professione di psicologo (662).

II. Discussione dei disegni di legge:

1. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 aprile 1985 n. 146, recante proroga di taluni termini di cui alla legge 28 febbraio 1985, n. 47, concernente norme in materia di controllo dell'attività urbanistico-edilizia, sanzioni, recupero e sanatoria delle opere abusive (1331-B) (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*).

2. Conversione in legge del decreto-legge 3 maggio 1985, n. 159, recante modificazioni delle aliquote dell'imposta di fabbricazione su alcuni prodotti petroliferi (1339-B) (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*).

3. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, recante norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonchè per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate (1390) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

III. Seguito della discussione del disegno di legge:

Revisione della legislazione valutaria (316).

La seduta è tolta (ore 0,15 di giovedì 20 giugno).

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