
X LEGISLATURA

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LE QUESTIONI REGIONALI**

AUDIZIONE DEI PRESIDENTI DELLE GIUNTE REGIONALI E DELLE PROVINCE AUTONOME SUL « DISEGNO DI LEGGE PER LA CONVERSIONE IN LEGGE DEL DECRETO-LEGGE 15 SETTEMBRE 1990, N. 262, RECANTE MISURE URGENTI PER IL FINANZIAMENTO DEL SALDO DELLA MAGGIORE SPESA SANITARIA RELATIVA AGLI ANNI 1987 E 1988 E DISPOSIZIONI PER IL FINANZIAMENTO DELLA MAGGIORE SPESA SANITARIA RELATIVA ALL'ANNO 1990 » E SUI PROGETTI DI LEGGE DI MODIFICA DELLA RIFORMA SANITARIA (ATTI SENATO NN. 1679, 1879, 2375)

9.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 OTTOBRE 1990

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE AUGUSTO BARBERA

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Barbolini Giuliano, <i>Assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna</i>	16
Barbera Augusto, <i>Presidente</i>	3	Brancati Mario, <i>Assessore alla sanità della giunta regionale del Friuli-Venezia Giulia</i>	8
Audizione dei presidenti delle giunte regionali e delle province autonome sul « Disegno di legge per la conversione in legge del decreto-legge 15 settembre 1990, n. 262, recante misure urgenti per il finanziamento del saldo della maggiore spesa sanitaria relativa agli anni 1987 e 1988 e disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990 » e sui progetti di legge di modifica della riforma sanitaria (atti Senato nn. 1679, 1879, 2375):		Castagnetti Pierluigi, <i>Relatore</i>	3, 7, 20
Barbera Augusto, <i>Presidente</i>	3, 6, 8, 22, 23	Covolo Luigi, <i>Assessore alla sanità e servizi sociali della giunta regionale del Veneto</i>	6, 7
		Gigli Rodolfo, <i>Presidente della regione Lazio</i>	11
		Marcucci Marco, <i>Presidente della giunta regionale della Toscana</i>	13
		Melotto Giovanni Battista	20
		Riggio Vito	22, 23

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 18.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che per la seduta odierna la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Audizione dei presidenti delle giunte regionali e delle provincie autonome sul « Disegno di legge per la conversione in legge del decreto-legge 15 settembre 1990, n. 262, recante misure urgenti per il finanziamento del saldo della maggiore spesa sanitaria relativa agli anni 1987 e 1988 e disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990 » e sui progetti di legge di modifica della riforma sanitaria (atti Senato nn. 1679, 1879, 2375).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dei presidenti delle giunte regionali e delle provincie autonome sul « Disegno di legge per la conversione in legge del decreto-legge 15 settembre 1990, n. 262, recante misure urgenti per il finanziamento del saldo della maggiore spesa sanitaria relativa agli anni 1987 e 1988 e disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990 » e sui progetti di legge di modifica della riforma sanitaria (atti Senato nn. 1679, 1879, 2375).

Ringrazio i presidenti delle regioni, gli assessori alla sanità e tutti i rappresentanti regionali che hanno voluto accogliere il nostro invito. Questa Commissione è chiamata ad esprimere un parere su due oggetti strettamente collegati tra di loro: uno relativo all'ormai famoso decreto, l'altro al testo di riforma sanitaria, già approvato dalla Camera. Per il primo i tempi sono assai ristretti, tenuto conto che domani la Commissione sanità del Senato dovrà decidere e che, probabilmente, il provvedimento verrà subito esaminato dall'Assemblea; per il secondo abbiamo qualche giorno in più, in quanto il Comitato ristretto della Commissione sanità inizierà a lavorare la settimana prossima.

I due provvedimenti, come ho detto, sono strettamente intrecciati e perciò possiamo svolgere l'audizione avendo come punto di riferimento sia l'uno sia l'altro, anche perché credo che sia da voi conosciuto (anche se formalmente non l'abbiamo assegnato) il decreto-legge n. 268 apparso sulla *Gazzetta Ufficiale* del 1° ottobre relativo alla proroga dei comitati di gestione ed alla possibilità di commissariamento delle USL. Il ministro De Lorenzo ha fatto sapere che cercherà di essere presente solo nel caso in cui sarà in grado di apportare un emendamento all'articolo 3 del decreto-legge n. 262; l'elaborazione di tale emendamento non dipende soltanto dal suo Ministero, ma coinvolge anche quello del tesoro. Può quindi darsi che il ministro sia in grado di venire stasera stessa recando un nuovo testo, ma ciò non è sicuro.

Do la parola al relatore, collega Castagnetti, per svolgere un'introduzione ed indicare le linee fondamentali della relazione, che può costituire un momento di

orientamento per i rappresentanti regionali nell'esporsi pareri, osservazioni, critiche e proposte.

PIERLUIGI CASTAGNETTI, *Relatore*. Cercherò di abbreviare i tempi perché entrambi i provvedimenti alla nostra attenzione sono conosciuti, soprattutto dai presenti; dando quindi per scontata la conoscenza del testo, non starò ad illustrare i contenuti né del disegno di legge di conversione del decreto-legge 15 settembre 1990, n. 262, né del disegno di legge di riforma dell'ordinamento sanitario.

Per quanto riguarda il primo provvedimento, *nulla quaestio* sugli articoli 1 e 2, relativi alla sistemazione degli esercizi 1987-1988 ed al completamento dell'operazione avviata con il decreto-legge n. 382 del 1989, mentre sono state espresse dalle regioni riserve di fondo sui contenuti dell'articolo 3 del decreto stesso. Mi pare che tali riserve abbiano un fondamento, riconosciuto per altro dallo stesso Governo, il quale ha ritenuto di addivenire ad una nuova formulazione del testo, d'intesa con i rappresentanti delle regioni. Non conoscendone i contenuti, poiché non è stato ancora presentato, non sono in grado di esprimere alcun tipo di valutazione. Questa mattina il ministro De Lorenzo ha assicurato che tale testo si fa carico delle indicazioni di merito che i rappresentanti delle regioni gli hanno espresso; tuttavia, ritengo preferibile prenderne visione prima di esprimere un giudizio.

Passo rapidamente ad alcune osservazioni sul disegno di legge di riforma, che è già in discussione presso la Commissione sanità del Senato. Credo di poter esprimere una valutazione positiva sull'impianto del disegno di legge di riforma già approvato alla Camera, nel senso che il punto di partenza del Governo si articolava sull'esigenza di porre rimedio ad alcuni limiti che l'applicazione della legge n. 833 aveva evidenziato, nonché di puntare alla realizzazione di due obiettivi in particolare: quello del ripristino o della definizione di una responsabilità finanziaria del sistema e quello del perseguimento di una maggiore efficienza nella gestione del sistema medesimo. Sostanzialmente i due obiettivi

vengono perseguiti con una serie di innovazioni nell'ordinamento sanitario: per il primo obiettivo la novità più cospicua appare quella prevista dall'articolo 1 del disegno di legge di riforma, laddove si trasforma il Fondo sanitario nazionale in Fondo sanitario interregionale; per quanto riguarda il secondo obiettivo, quello del recupero di una maggiore efficienza del sistema, la scelta di fondo è quella dell'aziendalizzazione delle USL e degli ospedali che vengono « autonomizzati ».

Su queste due scelte di fondo, sia nel dibattito sia durante tutto l'iter di approvazione alla Camera, vi è stata un'adesione sostanziale di tutti i gruppi parlamentari. Altre questioni sono state sollevate, altre ancora sono state al centro di dibattiti, polemiche e dissensi all'interno dell'Assemblea della Camera dei deputati.

Mi dispiace che non sia presente il ministro De Lorenzo; tuttavia, egli ha svolto le stesse osservazioni intervenendo sia nel dibattito generale sia in quello di merito. A questo punto credo che non possa più essere messa in discussione – so che da parte di alcuni ciò ancora avviene – la scelta della regionalizzazione, dell'accentuazione della responsabilità gestionale ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Tuttavia, occorre rendere più coerente tutto il disegno attraverso questa scelta: infatti, se la scelta è questa, allora nel disegno vi sono ancora delle incoerenze e delle timidezze che possono in qualche modo far sopravvivere una confusione che forse è la ragione del carente funzionamento del servizio sanitario.

Se è vero che si vuole addivenire ad una maggiore responsabilizzazione delle regioni, a me pare che innanzitutto si debba tentare, ove sia possibile, di sfolire la selva di atti successivi che la legge prevede. Vi sono numerosi atti di indirizzo e coordinamento ancora previsti, ma anche altri atti successivi riservati al Governo che possono da un lato ritardare la messa a regime del nuovo ordinamento, con conseguenze negative prevedibili, dall'altro ridurre ulteriormente un'effettiva responsabilizzazione delle regioni. Il primo auspicio che mi permetto di formulare, quindi, va

nella direzione di ridurre, quanto meno laddove è possibile (e mi pare che in alcune parti lo sia) senza stravolgere il testo di legge, il numero degli atti di indirizzo e di coordinamento del Governo.

Svolgerò alcune osservazioni in modo da definire in maniera più chiara la responsabilità e l'autonomia delle regioni in materia sanitaria. Mi pare che la scelta contenuta nel disegno di legge n. 1942 presentato dal ministro Donat-Cattin fosse più esplicita della previsione dell'articolo 1, laddove si istituisce il fondo sanitario interregionale; in quella sede si andava a formalizzare, infatti, l'istituzione di tale fondo, che veniva affidato ad una gestione realizzata prevalentemente dalle regioni stesse. Ho il presentimento che i trasferimenti delle risorse, filtrati come accade ora attraverso il CIPE, in qualche modo non favoriscano una definizione precisa della responsabilità, anche finanziaria, delle regioni.

All'articolo 3, sono precisate le funzioni delegate a queste ultime. Rispetto al disegno di legge originario, vi sono state alcune modifiche. In particolare, rispetto al primo disegno di legge del ministro Donat-Cattin, si è abolito l'organismo regionale, la cui presenza recava svantaggi ma anche vantaggi sul piano operativo. Rispetto al primo testo del disegno di legge del ministro De Lorenzo, invece, si è eliminata l'ambiguità della presenza del consiglio regionale nella gestione di queste competenze, facendo esplicito riferimento alle responsabilità della giunta regionale. Sulla base delle mie conoscenze circa il funzionamento delle regioni a statuto ordinario, mi chiedo se oggi le giunte regionali siano in grado di gestire immediatamente e in modo efficiente tutta la mole di competenze individuata all'articolo 3. Nutro qualche preoccupazione al riguardo.

Per quanto riguarda l'articolo 4, devo riferire una posizione che è stata oggetto di discussioni nel dibattito alla Camera circa l'individuazione di nuovi poteri per la definizione degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali. Il testo è stato corretto, nel senso che il numero minimo di abitanti è stato abbassato a 120 mila; è

stata inoltre prevista la possibilità di procedere ad eccezioni debitamente autorizzate. La mia preoccupazione è che la ripermutazione delle unità sanitarie locali così generalizzata e meccanicamente definita possa in qualche modo determinare problemi di applicazione, estendendo i tempi di applicazione e la fase di transizione da un regime ad un altro. Soprattutto, nel legislatore rimane l'incertezza che tali scelte perimetrali siano appropriate. Personalmente, avrei preferito una formulazione che lasciasse alle regioni (posto che queste ultime sono responsabilizzate dal nuovo disegno di riforma) tale responsabilità fino in fondo, nel senso che, dovendo rispondere della loro responsabilità finanziaria, si poteva chiedere loro di individuare la dimensione più appropriata sotto il profilo dell'efficienza e della funzionalità. Si tratta di una riserva sulla quale ci siamo attardati discutendone a lungo; per dovere di correttezza e di obiettività, specifico che il Governo ha assunto una posizione piuttosto dura, intransigente e negativa. È stato proprio a causa di questa posizione che anche chi ha sollevato la questione (si trattava di rappresentanti dei gruppi democratico cristiano e socialista) ha ritenuto di rinunciare.

Su questa linea, credo che altri aspetti del progetto di legge possano essere « ripuliti », proprio al fine di rendere più esplicita la responsabilità e l'autonomia delle regioni.

L'articolo 10 disciplina le sperimentazioni. Mi pare che, posta la responsabilità finanziaria delle regioni, sia opportuna una maggiore audacia nel sollecitare, stimolare e consentire davvero la possibilità che le regioni sperimentino forme organizzative e gestionali anche diverse rispetto a tale modulo. Abbiamo bisogno, infatti, nel corso della vigenza del nuovo ordinamento, di verificare se vi sono modalità organizzative che possono essere utilizzate e proposte sul piano nazionale. A questo fine, credo che le sperimentazioni, anche sotto il profilo organizzativo, potrebbero essere lasciate all'autonoma determinazione delle regioni, anche se non tutte, trattandosi di sperimentazioni aventi un

rilievo che esorbita dalle competenze delle regioni; occorre sempre tenere presente l'esigenza di conservare l'omogeneità, sul territorio nazionale, di tutto l'ordinamento. Comunque, si potrebbe prevedere che almeno le sperimentazione meno rilevanti siano rese operative con decreto del presidente della regione e non del ministro della sanità, al fine di procedere nella linea appunto di un maggiore affidamento di responsabilità alle regioni.

Mi sembra che alcune delle considerazioni svolte possano essere trasmesse come preoccupazioni al Senato, che sta per iniziare l'esame del disegno di legge. In ogni caso, l'occasione di un incontro con i presidenti e gli assessori alla sanità delle regioni è assai opportuna per verificare se queste mie osservazioni abbiano fondamento e se ve ne siano altre da inserire nel parere da trasmettere al Senato.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Castagnetti per la completa e chiara introduzione alla nostra audizione.

Cedo la parola ai rappresentanti delle regioni.

LUIGI COVOLO, Assessore alla sanità e servizi sociali della giunta regionale del Veneto. Per quanto riguarda la prima questione posta alla nostra attenzione, è giusto dire subito che la giunta regionale della quale faccio parte ha assunto una posizione molto netta.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, assessore Covolo, ma desidero dire che è presente in Commissione il senatore Melotto, relatore presso la Commissione sanità del Senato del provvedimento in discussione. Tra l'altro, è stato un suo predecessore.

LUIGI COVOLO, Assessore alla sanità e servizi sociali della giunta regionale del Veneto. Sì, anzi egli è colui che ha dato il maggiore impulso alla sanità nel Veneto: siamo orgogliosi del suo lavoro.

Come giunta regionale del Veneto, abbiamo chiesto il ritiro dell'articolo 3, dal momento che lo consideriamo palesemente

in contrasto con l'impostazione e l'orientamento del progetto di legge n. 2375, in esame al Senato. Nel contempo, abbiamo sottolineato come la regione Veneto non intenda assumere una funzione « anti-Stato », ove si consideri che siamo nello Stato italiano ed intendiamo concorrere a risolvere le questioni che emergono nel suo ambito. Per tale ragione la nostra disponibilità in merito alla riformulazione dell'articolo 3 è stata sempre subordinata ad un « salto » decisivo sul piano dell'autonomia regionale.

Si tratta, tra l'altro, di un'esigenza non legata esclusivamente ai problemi della sanità; infatti, auspichiamo anche l'adozione di una serie di iniziative, nell'ambito dell'autonomia regionale, idonee a produrre effetti sulle politiche fiscali (i cui problemi non sono stati certamente risolti dalla legge n. 158). Non vorrei usare termini pesanti od impropri ma, a parte la limitatezza degli interventi previsti da tale provvedimento (che non riesce a coprire nemmeno l'1 per cento del fabbisogno regionale sotto il profilo del bilancio), si potrebbe essere indotti a pensare – se mi è consentito – ad una nuova tassa sul macinato, che certamente non fa premio sulla concezione regionalista che caratterizza il nostro modo di essere.

In definitiva, confermiamo la nostra disponibilità a concorrere alla risoluzione dei problemi, anche se tale disponibilità, in termini reali, non può estendersi oltre la misura del 10 per cento; in caso contrario, infatti, i bilanci regionali sarebbero messi in ginocchio. La nostra posizione, in sostanza, è collegata all'auspicio di una marcata accentuazione del discorso regionalista.

Sono in possesso di una serie di dati – che, ove richiesto, potrei esibire alla Commissione – idonei a documentare le affermazioni che ho reso, sia per quanto riguarda le iniziative di recupero che le regioni potranno realizzare attraverso l'uso degli strumenti previsti dal decreto, sia in riferimento al tipo di indebitamento che si produce per effetto non tanto di decisioni regionali quanto, piuttosto, di deliberazioni assunte a livello nazionale. Mi rife-

risco, in particolare, al problema del rinnovo dei contratti ed a quello delle convenzioni. Sotto questo profilo, ricordo che il 1990, rispetto all'anno precedente, ha fatto segnare, per quanto ci riguarda, un aumento netto determinato esclusivamente dai maggiori oneri derivanti da una contrattazione che non si è mai svolta a livello regionale.

PIERLUIGI CASTAGNETTI, *Relatore*. È in grado di documentare le affermazioni rese davanti a questa Commissione?

LUIGI COVOLO, *Assessore alla sanità e servizi sociali della giunta regionale del Veneto*. Sì, certo, anche se andrebbe scontata, ovviamente, una percentuale fisiologica del 5-6 per cento collegata all'inflazione. Abbiamo trasmesso al Ministero i dati disarticolati relativi alla nostra spesa globale, dai quali si evidenzia in modo chiarissimo come l'incremento sia stato esclusivamente prodotto dagli oneri cui ho fatto riferimento; si tratta di oneri che, a nostro avviso, dovrebbero essere posti a carico del bilancio dello Stato.

A prescindere da tali valutazioni, tuttavia, ribadisco che da parte nostra ci potrebbe essere la disponibilità a collaborare, nei termini precedentemente richiamati, sempre che esista la volontà di perfezionare e di attuare concretamente il processo di regionalizzazione. In particolare, siamo disponibili a confrontarci sul disegno di legge di riordinamento del servizio sanitario nazionale, pur precisando che, a nostro avviso, è impensabile procedere alla riforma senza aver risolto preventivamente le questioni finanziarie che condizionano la nostra attività.

Il relatore sottolineava opportunamente come, ad eccezione di qualche orientamento nostalgico, si registri una giusta e prevalente posizione volta ad accentuare il processo di regionalizzazione. Sotto questo profilo, ritengo si debba affrontare il problema del modo in cui operare durante il periodo che ci separa dal varo della legge. L'occasione odierna, quindi, potrebbe essere la più propizia per indicare il termine entro il quale le regioni potranno presen-

tare emendamenti, recando in tal modo il loro contributo specifico che, ovviamente, il Parlamento potrà valutare nei termini più opportuni.

Si pone, in particolare, un'esigenza di coerenza nell'ambito dell'elaborazione legislativa. Ad esempio, in un documento predisposto dalla giunta regionale del Veneto, che metteremo a confronto con le altre regioni, proponiamo di aggiungere all'articolo 1 un comma volto a stabilire che le regioni e le province autonome siano titolari, a norma dell'articolo 117 della Costituzione, delle funzioni legislative ed amministrative relative all'assistenza sanitaria ed ospedaliera. Riteniamo, infatti, che l'inserimento nell'ambito dell'articolo di tale previsione possa consentire di ricondurre tutte le altre disposizioni ad un fondamentale principio generale.

Non condividiamo l'impostazione di chi ritiene che le regioni rappresentino dei comodi agenti di spesa, a fronte dello Stato che agirebbe, invece, da impopolare esattore. Riteniamo, al contrario, particolarmente necessario introdurre nel contesto della legislazione italiana principi di fondamentale rilievo, dal momento che non siamo più uno Stato che si regge sulla sussistenza e che, anzi, rappresentiamo la quinta potenza mondiale.

La qualità della vita – della quale tanto si parla – non può essere elevata piattificando il paese ai livelli più bassi, ma potrebbe realizzarsi se, per esempio, prevedessimo un minimo di servizi cui lo Stato dovrebbe far fronte, sulla base di un sistema fiscale adeguato, su tutto il territorio nazionale. Ricorrendo all'autoimposizione, che comporta una diversa distribuzione delle aliquote (per cui una parte verrebbe destinata anche alle regioni), creeremmo i presupposti per valorizzare al massimo il sistema delle autonomie, la cultura e le attitudini propri di ciascuna realtà locale; si tratta dell'unica possibilità idonea a garantire un adeguato sviluppo alle nostre comunità e, quindi, al paese. Ritengo, infatti, che continuare a ragionare negli stessi termini del passato, facendo riferimento al livello di reddito *pro capite* come metro di misura del benessere e della

civiltà, rappresenti un criterio tra i più aberranti, dal momento che non comprendo quale possa essere la ragione per la quale dovremmo imporre a qualsiasi parte del nostro paese un livello corrispondente a quello dominante in una certa epoca. Al contrario, dovremmo garantire a ciascuna regione la possibilità di scegliere i criteri secondo i quali organizzarsi, tenuto presente un limite che, giustamente, lo Stato deve salvaguardare.

Tutto ciò, ovviamente, comporta una sostanziale riforma della finanza regionale, oltre che la sua liberalizzazione; significa, in definitiva, riconoscere alle regioni la possibilità di autogovernarsi in termini reali e non formali, come invece accade oggi. Vorrei ricordare che nel bilancio della regione Veneto, su un totale di 12 mila miliardi, la quota di cosiddetta liberalità corrisponde a soli 800-1000 miliardi, mentre il resto è previncolato senza alcuna possibilità di autogoverno.

Ho cercato di definire l'ambito entro il quale siamo disposti ad offrire il nostro contributo al massimo livello. In tale contesto, ovviamente, si inserisce una serie di ulteriori considerazioni, comprese quelle relative all'organizzazione delle USL ed agli ambiti territoriali. Mi rendo conto che proporre dei raffronti è aleatorio, ma mi chiedo cosa voglia significare una certa cifra a disposizione del Veneto rispetto a quella, per esempio, riconosciuta alla Calabria o alla Lombardia. In questi casi va considerato che un certo stanziamento può risultare più o meno efficace a seconda delle situazioni e della concentrazione territoriale. Mi sembra che l'obiettivo sia quello di offrire un servizio, non di stabilire una procedura o una metodologia. A fronte della spesa, dobbiamo avere la garanzia di un risultato. È questo l'obiettivo al quale deve tendere la normativa che la riforma sta delineando, pur con molte contraddizioni.

L'ultima considerazione di ordine generale riguarda l'opportunità di fissare una data entro la quale presentare emendamenti al testo per poi passare alla fase concreta. In questo quadro occorre porsi un problema: quando parliamo di regio-

nalizzazione dobbiamo ricordare che nel 1970 abbiamo dato il via all'istituto regionale e al decentramento dello Stato e che venti anni dopo questo processo non si è verificato, poiché abbiamo sommato al centro la periferia, con doppio onere per i cittadini e con scarsa capacità dell'amministrazione di far fronte alle esigenze.

Affrontando il settore della sanità, così come accade per l'agricoltura o l'ambiente, l'assetto centralizzato non può restare qual è attualmente; bisogna porsi il problema relativo alla struttura di alcuni ministeri, al fine di renderla funzionale alla regionalizzazione, riallacciandosi ai principi del 1970. Oggi, per raggiungere questo obiettivo, siamo favoriti dalla stretta economica che, lungi dall'essere una iattura, a mio avviso può costituire un'opportunità che sta a noi cogliere. Le regioni sapranno approfittarne? Questo è un giusto interrogativo e, per quanto riguarda la regione Veneto, posso rispondere positivamente. Comunque, la scelta non può essere rinviata e dopo vent'anni occorre che i passi vengano compiuti e con la determinazione necessaria, sapendo che non si può solo procedere ad una somma di livelli istituzionali e che si deve anche riequilibrare l'assetto complessivo.

In proposito abbiamo presentato una serie di emendamenti e, qualora si raggiungesse un accordo con gli altri rappresentanti regionali, sarebbe opportuno fissare una data entro la quale consegnare le conclusioni cui siamo addivenuti.

PRESIDENTE. Per quanto riguarda la presentazione degli emendamenti, vorrei ricordare che oggi la Commissione dovrà esprimere un parere sul decreto-legge n. 262 e che l'esame della riforma del Servizio sanitario nazionale inizierà a ritmi serrati a partire da martedì della settimana prossima; quindi potranno essere prese in considerazione quelle proposte di modifica che perverranno entro tale data.

MARIO BRANCATI, Assessore alla sanità della giunta regionale del Friuli-Venezia Giulia. Signor presidente, nella veste di asses-

sori alla sanità abbiamo avuto più volte incontri con il ministro De Lorenzo ed abbiamo espresso la nostra piena disponibilità alla collaborazione per una modifica del sistema, al fine di raggiungere il contenimento della spesa sanitaria e quindi la riduzione del *deficit* pubblico. Tuttavia, come abbiamo avuto modo di ribadire più volte, devono essere chiariti i ruoli a livello centrale e regionale; la responsabilizzazione più ampia delle regioni deve, infatti, costituire il presupposto di una maggiore efficienza del sistema e non essere un modo per riversare sulle regioni situazioni di *deficit* delle quali esse non sono responsabili.

Per quanto riguarda il decreto-legge n. 262, abbiamo ribadito più volte di essere d'accordo per il ripiano del *deficit* 1987-1988, ma è necessario che siano emanate le disposizioni per il ripiano relativo al 1989, che non può non essere interamente a carico dello Stato. Affrontare il problema attraverso lo smobilizzo dei beni patrimoniali significa « prendersi in giro », perché si sa che essi sono stati impegnati per il piano decennale degli investimenti e quindi non possono essere utilizzati due volte; è noto, infatti, che le regioni devono coprire il 5 per cento di tali piani e, non avendo soldi a disposizione, hanno dovuto impegnare alcuni beni. È noto altresì che, pur in presenza di disponibilità finanziarie, i tempi medio-lunghi per lo smobilizzo non consentirebbero di risolvere con la necessaria tempestività le attuali esigenze di cassa.

È stato anche affermato che il *deficit* si può coprire con i posti letto a pagamento. Affermazioni del genere, compiute da chi dovrebbe conoscere il sistema, ci preoccupano. È noto che se viene avviato il sistema dei posti letto a pagamento, il 95 per cento del ricavato va a beneficio del primario e dei medici e solo il 5 per cento delle USL. Ecco perché restiamo sgomenti di fronte a simili affermazioni: se si vuole « scaricare » la situazione sulle regioni, attraverso questi marchingegni, vuol dire che da parte del Ministero della sanità o di quello del tesoro si tende soltanto a man-

tenere a 132 mila miliardi il *deficit*, compiendo operazioni di contabilità.

Anche in merito all'articolo 3 del decreto-legge, come già affermato con chiarezza da chi è intervenuto prima di me, non capisco come si possa accollare alle regioni l'onere di ripianare un disavanzo non ancora definito, derivante da decisioni non assunte dalle regioni stesse. Il decreto-legge, infatti, è stato emanato nel mese di settembre: come si può dare alle regioni la responsabilità di coprire il *deficit*, quando ci troviamo di fronte a scelte che non sono gestite dalle regioni e quindi non controllabili dalle medesime, quali la spesa farmaceutica e l'applicazione dei contratti?

Siamo d'accordo che il sistema sanitario è caratterizzato da sprechi e che occorre risparmiare. La regione Friuli-Venezia Giulia ha già introdotto, a partire da quest'anno, un sistema budgettario per la gestione delle USL; i risultati sono stati estremamente positivi, perché abbiamo avuto un aumento della spesa per l'anno 1990 pari al 7-7,5 per cento, quindi abbastanza contenuta. È una pia illusione pensare che in ottobre si possa mettere in moto tutta una serie di meccanismi per ridurre la spesa sanitaria. L'abbiamo detto più volte e lo ribadiamo: siamo disponibili perché crediamo sia giusta la scelta del Fondo regionale e della responsabilizzazione piena delle regioni e perché siamo convinti che su questa strada certamente si arriverà ad una migliore efficienza e ad un maggior controllo della spesa sanitaria. Però, signor presidente, le due condizioni – come abbiamo detto più volte e come hanno affermato i presidenti nella Conferenza Stato-regioni – sono che questa operazione avvenga attraverso l'azzeramento dei disavanzi pregressi fino al 1990 e che vi sia una corretta quantificazione del fabbisogno del 1991.

Si vuole affidare alle regioni la responsabilità di coprire il *deficit*, ma siamo tuttora in presenza di una sottostima del Fondo sanitario nazionale. Il ministro ha affermato che gli 86 mila miliardi 700 milioni di spesa per il 1991 sono una proiezione dei 67 mila miliardi 448 milioni del 1989. Sono assessore di una regione a

statuto speciale e mi occupo di sanità dal 1988, per cui ho vissuto questa situazione nell'ambito del consiglio sanitario nazionale. Abbiamo condotto con il ministro varie battaglie perché la legge finanziaria per il 1989 aveva assegnato 62 mila miliardi al Fondo sanitario, mentre noi sostenevamo che la proiezione di spesa era di 67 mila miliardi, come in seguito i dati hanno dimostrato.

Allo stesso modo, per quanto riguarda il 1991, non si tratta di 86 mila ma di circa 90 mila miliardi; ci portiamo sempre appresso un taglio di 5 mila miliardi! Come abbiamo ripetuto al ministro, siamo disponibili ad un confronto tecnico con i nostri funzionari. L'Emilia-Romagna ha compiuto uno studio preciso per l'applicazione del contratto, e le cifre del Ministero sono di gran lunga superiori; questo è avvenuto ogni volta, poiché il Ministero ha sempre fornito dati non corrispondenti alla realtà.

Se intendiamo puntare ad una responsabilizzazione piena, dobbiamo basarci su cifre reali concernenti il Fondo interregionale; diversamente, se vogliamo mandare allo sfascio la sanità perché il ministro Carli deve dimostrare, da un punto di vista meramente contabile, che non si supera il tetto dei 132 mila miliardi (e si arriva al 9 per cento del prodotto interno lordo), noi ci rifiuteremo di applicare la legge, perché abbiamo delle responsabilità nei confronti della salute dei cittadini.

Abbiamo detto al ministro che ci rendiamo conto che il bilancio dello Stato è quello; tuttavia, se dobbiamo arrivare nel 1991 a 77 mila miliardi, dobbiamo partire da una cifra reale della spesa. Possiamo eventualmente applicare nuovi tagli, obbligando cioè a rendere determinate prestazioni a pagamento. Procediamo comunque sulla base di entrate certe e responsabilizziamo le regioni, le quali a loro volta responsabilizzeranno le USL.

Seconda condizione per arrivare alla regionalizzazione è che bisogna, se non vogliamo costruire un sistema, per così dire, arlecchino, approvare il piano sanitario nazionale. È fondamentale definire i livelli di prestazioni obbligatorie ed uguali per tutti i cittadini, cui correlare il Fondo

sanitario interregionale ed i piani sanitari regionali; se non abbiamo questo punto di riferimento cui agganciarci, ogni regione predisporrà la propria programmazione, ma allora l'obiettivo dell'omogeneizzazione non potrà essere perseguito.

In terzo luogo, se procediamo verso la regionalizzazione del sistema sanitario, concordo con il collega Castagnetti che dobbiamo andare fino in fondo; non possiamo scegliere una via di mezzo, per la quale si responsabilizza dal punto di vista finanziario ma si mantengano le scelte a livello centrale: se vogliamo responsabilizzare e, quindi, coprire anche il *deficit*, dobbiamo operare scelte precise, riconoscendo alle regioni un ruolo quanto meno paritario a quello degli organi centrali nella determinazione e ripartizione del Fondo sanitario interregionale. Tutte le decisioni che comportano aumenti di spesa (contratti, convenzioni, prontuario farmaceutico e leggi di settore) debbono avere un riscontro da parte delle regioni circa la congruità del finanziamento. Siamo d'accordo che i contratti vengono gestiti dal Ministero per la funzione pubblica; tuttavia, prima di procedere alla contrattazione vi deve essere un incontro con le regioni per definire il tetto di spesa. Il Fondo sanitario interregionale deve essere interamente ripartito fra le regioni, senza alcuna riserva di quote per iniziative di livello centrale. Deve inoltre essere data alle regioni la piena responsabilizzazione per quanto riguarda l'organizzazione del sistema sanitario regionale, la delimitazione degli ambiti territoriali, la struttura amministrativa ed istituzionale delle USL ed il sistema dei controlli. Se le regioni devono far fronte alla situazione finanziaria, lasciamo allora ad ognuna di esse la possibilità di darsi il proprio assetto territoriale ed istituzionale relativo alle USL, pur ponendo - questo è pacifico - dei cardini. O crediamo al sistema della regionalizzazione fino in fondo, oppure dovremo scegliere di rimanere a metà strada, scaricando sulle regioni la responsabilità di coprire il *deficit*, ferma restando la gestione della sanità a livello centrale: ma a quest'ultima condizione noi non stiamo.

RODOLFO GIGLI, *Presidente della regione Lazio*. Sono stato incaricato dal presidente della conferenza dei presidenti delle regioni di pregarvi di scusarlo per l'assenza, ma egli è stato trattenuto nella sua regione a causa di impegni di carattere istituzionale.

Avverto un certo imbarazzo perché, se ho ben capito, quest'oggi siamo stati chiamati – e ringrazio il presidente della Commissione per la sua sensibilità – ad esprimere un parere su due provvedimenti di importanza fondamentale, non solo per il governo attuale e futuro della sanità ma anche per il ruolo che le regioni saranno chiamate a svolgere. Il mio disagio nasce dal fatto che guardandomi attorno, ho notato che non siamo presenti in molti a rappresentare, né in maggioranza né tantomeno nella loro totalità, le regioni.

Pertanto, cercheremo di rendere il nostro pensiero interpretando, spero correttamente, le questioni dibattute sulle quali abbiamo trovato larga convergenza nell'ambito di precedenti riunioni fra i presidenti delle regioni.

Credo che, se vi fosse il tempo per presentare, accanto a quelli già formalizzati, un altro e definitivo documento su questi problemi, da parte della conferenza dei presidenti delle regioni, ci potremmo sentire più tranquilli, con responsabilità quanto meno ripartite.

Le questioni sul tappeto sono molte, ma quelle sulle quali è stata richiamata maggiormente la nostra attenzione sono sostanzialmente due, cioè il decreto-legge n. 262 e il disegno di legge già licenziato dalla Camera e attualmente all'esame del Senato.

Per quanto riguarda il decreto-legge n. 262, abbiamo sostenuto in diverse occasioni, credo con argomentazioni serie ed anche convincenti, che, all'articolo 3, contiene un'ingiusta e per molti aspetti una inaccettabile punizione nei confronti delle regioni. Dico ciò per i motivi già richiamati e che non voglio ripetere, sottolineando comunque che si tratta di una decisione che interviene ad esercizio già pressoché concluso. Inaspettatamente, le regioni si vedono accollare un disavanzo

del quale non si conoscono bene le dimensioni, dato che si ipotizza una cifra che varia dai 12 ai 20 mila miliardi (anche se, personalmente, ritengo che si collochi ad un livello intermedio), per spese che in gran parte non sono addebitabili a scelte regionali e che rischiano di penalizzare fortemente le regioni. Esse, infatti, potrebbero vedersi impedita di fatto la possibilità, per il futuro, di impostare un discorso serio sul governo della sanità e potrebbero trovarsi in grossa difficoltà relativamente all'attività complessiva che sono chiamate a svolgere nel paese.

Ci rendiamo conto della delicatezza del momento, della gravità della situazione e dello sforzo che va da tutti compiuto per risanare la finanza pubblica, ma l'esigenza di ricercare una soluzione che consenta alle regioni di predisporre gli strumenti per un governo della sanità in termini diversi, realizzando economie, razionalizzando la spesa e gestendo servizi più efficienti, a partire dal 1991, evitando di essere costretti a ripianare disavanzi che non saremmo in grado di affrontare, risulta più che giustificabile, dal punto di vista morale oltre che da quello politico. Abbiamo anche osservato che, se proprio è necessario (anche se non tutti siamo stati d'accordo), siamo disposti a valutare un'ipotesi che fornisca il segnale che le regioni, fin da questo momento, intendono partecipare allo sforzo che accomuna tutti, ma si deve trattare di un discorso più emblematico che di sostanza, poiché altrimenti rischiamo di sovvertire la realtà delle cose. Aggiungo, a questo riguardo, un'altra preoccupazione che tutti avvertiamo in termini seri e concreti. L'accollo del disavanzo per il 1990 e l'approvazione del disegno di legge sulla riforma sono due aspetti difficilmente separabili. Preciso innanzitutto – sperando di non scandalizzare nessuno, perché abbiamo tutti esperienza di come vanno le cose nel nostro paese – che non rifiuto di pensare *a priori* che oggi decidiamo che il decreto-legge n. 262 accolla alle regioni una parte del disavanzo del 1990 nella presunzione che poi interverrà la legge di riforma che stabilirà in

termini chiari una modifica dei ruoli, delle competenze e delle responsabilità.

Personalmente, non parlerei di accentuazione della regionalizzazione. Sono d'accordo con chi ha affermato che o la scelta viene compiuta in termini coerenti e fino in fondo, oppure è meglio non farla, oppure ancora compierla in termini diversi: o si regionalizza la sanità, oppure, poiché i comuni, tramite l'ANCI, chiedono un loro ruolo, in base a ragioni anche valide che io non contesto, si abbia il coraggio (anche se insorgerebbero problemi di costituzionalità) di affidare a loro la gestione della sanità. Ma il permanere di questa confusione di ruoli e di questa sovrapposizione di competenze fra Stato, regioni, comuni ed unità sanitarie locali credo abbia costituito una delle cause maggiori dell'andamento « a briglia sciolta » di questo settore.

Come dicevo, si tratta di due aspetti strettamente connessi. Potrebbe anche accadere, infatti, che oggi concordiamo alcune scelte e poi le vicende della politica (che, come tutti sappiamo, sono piuttosto imprevedibili), come una crisi di Governo o un'anticipata fine della legislatura, oppure anche una decisione del Parlamento, nella sua sovranità, di procedere ad una modifica radicale, determinino una situazione completamente diversa. Ci troveremo, quindi, in presenza di un precedente pericolosissimo, che rischierebbe di metterci in grosse difficoltà nel governo delle regioni, accollando a queste ultime la spesa sanitaria senza avere la garanzia per il futuro di una maggiore razionalizzazione. Ritengo perciò che la discussione sul decreto-legge n. 262 sia estremamente importante non solo per le conseguenze che comporta sul piano degli oneri a carico delle regioni per il 1990, ma anche per il precedente che può rappresentare. Non sono stato il solo ad osservare, nel corso di riunioni fra rappresentanti regionali, che dobbiamo stare molto attenti, nel senso che dovremmo cercare di rendere contestuali, per quanto possibile, le soluzioni. Oggi, però, ho appreso che ciò è difficilmente realizzabile e questo dato aumenta

le mie preoccupazioni, per quello che possono valere.

Per quanto riguarda il disegno di legge, ho già osservato che o si ha il coraggio di compiere una scelta coerente fino in fondo, oppure, se si pensa a soluzioni di compromesso (che pure esistono, come tutti sappiamo, dato che, occupandoci di politica, conosciamo quali pressioni possano esercitare certe realtà), che non scioglierebbero il nodo dell'attribuzione delle competenze, si rischia di intraprendere una strada che serve a poco. Quando parlo di competenze, mi riferisco anche ad una scelta che attribuisca alle regioni strumenti, oltre che risorse finanziarie calcolate realisticamente, cioè senza fare ricorso al solito sistema della sottostima, che ormai costituisce un fenomeno cronico. Si dovrebbe trattare di strumenti di controllo e di intervento laddove si riscontrano situazioni anomale. Dicevo, dunque, che rischieremo di compiere una scelta che servirebbe a poco, forse soltanto a liberarci la coscienza e a ritenere, sia pure in buona fede, di aver individuato la soluzione. Ma i fatti ci dimostrerebbero amaramente che la realtà non sarebbe questa.

Condivido nella sostanza, senza entrare nel merito di alcuni aspetti del provvedimento, le considerazioni dell'onorevole Castagnetti. La filosofia della riforma deve essere tale da rendere chiara ed evidente, senza alcuna possibilità di equivoco, la scelta regionalista, affidando alle regioni responsabilità complete nel governo della sanità e anche nella spesa sanitaria, attribuendo loro anche la possibilità e l'onere di intervenire sacrificando proprie risorse.

Vorrei, infine, rappresentare un ultimo elemento.

Potremmo predisporre una buona legge nei termini qui ipotizzati e da noi condivisi; potremmo provvedervi anche tempestivamente, presumendo che il Parlamento pervenga all'approvazione definitiva del provvedimento entro due mesi, ma credo che nessuno di noi possa illudersi che le scelte formalizzate possano produrre effetti visibili e concreti nell'arco di pochi mesi. Tale situazione, infatti, potrebbe verificarsi in qualche regione, ma, come tutti sap-

priamo, il nostro paese è variegato, per cui ritengo che in molti casi, nonostante la buona volontà e l'indiscusso impegno degli amministratori, alcuni effetti positivi del provvedimento potranno cominciare a manifestarsi solo dopo qualche mese o, addirittura, dopo qualche anno. Si tratta di un aspetto del quale dobbiamo tenere conto perché, in caso contrario, rischieremo di assumere atteggiamenti che potrebbero produrre effetti devastanti e che, comunque, non ci consentirebbero di controllare né la gestione del settore sanitario, né lo stesso funzionamento degli enti regionali.

Ci eravamo riservati di predisporre una memoria con l'intento di indicare gli emendamenti che, a nostro avviso, avrebbero potuto rendere la legge maggiormente coerente con l'orientamento favorevole alla regionalizzazione. Sotto tale profilo, alla luce di quanto ci è stato comunicato in riferimento ai tempi di approvazione del provvedimento, ritengo opportuno che, insieme ai colleghi, vengano utilizzati i prossimi giorni per predisporre tale documento (del quale, ovviamente, i parlamentari potranno fare l'uso che riterranno più opportuno), sì da indicare con esattezza i suggerimenti che intendiamo proporre sulla scorta dell'esperienza comune maturata in questi anni.

MARCO MARCUCCI, *Presidente della giunta regionale della Toscana*. Nel ringraziare il presidente Barbera per l'invito, vorrei sottolineare il nostro particolare interesse a mantenere vivo un rapporto di informazione, il più possibile intenso, con la Commissione parlamentare per le questioni regionali. Sotto questo profilo, anzi, sono del parere che il lavoro svolto negli ultimi venti giorni nell'ambito della Conferenza Stato-regioni - per quanto apprezzabile - non possa certo supplire il rapporto con il Parlamento.

Vorrei innanzitutto affrontare le problematiche riguardanti l'articolo 3 del decreto relativo al ripiano del *deficit*, sul quale si sono soffermati i colleghi intervenuti. A tale proposito desidero richiamare i giudizi di costituzionalità espressi in passato in riferimento alle iniziative dalle quali si desumeva derivasse un volume di spese a

carico delle regioni; si tratta di pronunce che sono sempre state nel senso che tali spese non competessero agli enti regionali. Nell'ipotesi in esame, i problemi di costituzionalità risultano probabilmente accentuati dall'esistenza di un'indicazione formale relativa al problema del pagamento dei debiti sulla base del ricorso alle imposte addizionali delle regioni. Ci troviamo, pertanto, su un terreno minato.

Inoltre, vorrei sottolineare come l'articolo 3 del decreto-legge n. 262 non fosse mirato alla risoluzione del problema del debito accumulato nel 1990 ma, piuttosto, orientato ad individuare una soluzione per una quota di spese insopprimibili ed eccezionali in riferimento al debito del 1990. L'autorizzazione allo « splafonamento », infatti, era relativa ad impegni di spesa che presentassero tali caratteristiche.

Ho richiamato tale aspetto dal momento che si sta verificando una situazione bizzarra, rappresentata dal fatto che, avendo noi rifiutato l'impostazione in termini di principio dell'operazione prevista dall'articolo 3, ed essendosi nel frattempo realizzata un'iniziativa ritenuta particolarmente urgente (riguardante problemi acuti sorti in seguito al passaggio, avvenuto in alcune regioni, all'assistenza indiretta di una serie di prestazioni sanitarie, che avrebbe dovuto rappresentare la soluzione, secondo le intenzioni, ad una parte dei problemi del debito del 1990), la questione ha finito per coinvolgere tutto il debito del 1990.

Dico questo perché, tra le ipotesi configurate negli ultimi tempi, ve ne sono alcune che giudico senz'altro logiche e ragionevoli, come, per esempio, quella di sperimentare, nel corso del 1991, gli effetti di una maggiore responsabilizzazione delle regioni sul controllo della spesa e, sulla base dei risultati, individuare gli aspetti da discutere con riferimento alla spesa dell'esercizio precedente. Si tratta di ipotesi richiamate più volte anche se, tuttavia, non sono più in discussione. Pertanto, vorrei sottolineare come allo stato attuale non vi sia alcun accordo, né credo che da parte del Governo sia possibile proporre una soluzione consensuale (o, almeno, non

ne sono a conoscenza). Ciò non solo per le ragioni richiamate dai colleghi, ma anche perché, *rebus sic stantibus*, il sistema dell'autonomia impositiva nel nostro paese non potrà entrare in funzione nel 1991. Infatti, per realizzare tale obiettivo occorrerà modificare la legge n. 158, che prevede, in materia di imposizione fiscale, l'obbligo di ricezione – entro un termine prefissato – dei decreti governativi nell'ambito delle leggi regionali. Tuttavia, sta di fatto che i decreti governativi non esistono. Abbiamo sentito parlare dell'intenzione di intervenire in questo settore facendo scattare le imposte dai livelli minimi previsti, ma ciò richiederebbe una modifica della legge n. 158. Ritengo di poter affermare – proprio per tale ragione – che non vi è stata possibilità di realizzare alcun accordo.

Si tratta indubbiamente di un problema di ragionevolezza, perché una discussione all'interno delle regioni sulla possibilità di configurare forme emblematiche – come diceva il collega Gigli – collegate ad un'assunzione di responsabilità, si è svolta ed è stata espressamente richiamata nell'ambito della Conferenza Stato-regioni. Tuttavia, su questo aspetto non si è riusciti a trovare un accordo di merito. Al di fuori della Conferenza sono circolate le ipotesi formulate dal ministro del bilancio, tra le quali quella concernente il riparto della spesa del 1990 nella misura del 50 per cento-50 per cento, ipotesi che le regioni hanno giudicato assolutamente impraticabile.

Vorrei ribadire una considerazione, già espressa in altre sedi, relativamente alla legge n. 158; la sottopongo alla particolare attenzione del presidente Barbera, dal momento che si tratta di un aspetto che ci ha particolarmente addolorato. Ricordo, infatti, che avevamo ricevuto l'invito a designare alcuni esperti per contribuire all'attività del gruppo di lavoro insediato presso la Commissione parlamentare impegnata ad esaminare la legge sull'autonomia impositiva regionale. Abbiamo segnalato il nome degli esperti e la legge, com'è noto, è stata approvata nel periodo di transizione tra la IX e l'attuale legislatura.

Quello che vorrei far presente è che la legge n. 158 stabilisce un'area di autonomia impositiva all'interno della quale una delle voci principali, stimabile intorno al 40 per cento, è rappresentata dall'imposta addizionale sul metano. Tale imposta provoca particolari conseguenze: la regione Campania, per esempio, che ha 5 milioni di abitanti circa, secondo i dati del Ministero del tesoro avrebbe una previsione di gettito di 10 miliardi, a fronte dei 280 miliardi circa della regione Lombardia, che ha 9 milioni di abitanti. Ricordo che, normalmente, il rapporto di parametri tra la regione Toscana e la regione Lombardia (mi riferisco a quest'ultima non perché nutra antipatia nei suoi confronti, ma perché si tratta di una regione « fredda » e metanizzata), che normalmente è pari a 100-220, in questo caso diventa 100-450.

Faccio queste affermazioni perché ai ministri responsabili è stato posto il problema di non operare nell'ipotesi di un riparto che comunque vorremmo fosse emblematico, bensì di tener conto dell'esigenza di non superare un tetto minimo di utilizzazione dell'imposta addizionale. In altre parole, è assolutamente ridicolo pensare di poter definire le imposte addizionali sapendo poi di non poter pagare i ratei di mutuo che rappresentano il 50 per cento di queste imposte, per cinque anni. Tale situazione si verifica in regioni che hanno un debito relativo alla spesa sanitaria molto elevato, nonché la sfortuna di non avere livelli di metanizzazione particolarmente elevati.

Abbiamo dimostrato che, in base all'ipotesi iniziale, alla regione Emilia-Romagna si chiedeva più del gettito del complesso delle imposte addizionali. Conseguentemente, abbiamo suggerito la possibilità di stabilire un criterio che appare equo, quello cioè di non superare la percentuale del 10 per cento delle imposte addizionali; tale ipotesi potrebbe costringere, in alcuni casi, ad avere importi più bassi. Comunque, occorre trovare una misura d'equità, a meno che non si voglia stabilire che le prossime imposte addizionali siano sulle arance o sull'olio d'oliva.

Conclusivamente, rilevo la mancanza di un accordo su questo punto. La materia è fortemente connessa con l'oggetto del disegno di legge di riforma, in merito al quale, in sede di Conferenza Stato-regioni, si è giunti ad una bozza di documento. È in corso una verifica della possibilità di esprimere giudizi comuni da parte delle regioni e del Governo sui problemi posti; in merito considero particolarmente interessante la possibilità di presentare direttamente al Parlamento il nostro punto di vista.

In proposito, vorrei svolgere alcune brevi considerazioni, condividendo quanto i colleghi intervenuti prima di me hanno sostenuto e cercando di far riferimento ad alcuni punti specifici del decreto. Una delle questioni che noi riteniamo centrali – in proposito condivido la linea dell'onorevole Castagnetti, mentre nutro alcuni dubbi sulla possibilità di soffermarsi eccessivamente sulla « curvatura regionale », avendo l'impressione che sia necessario andare più a fondo – è la seguente: dal combinato disposto degli articoli 1 e 16 del disegno di legge si evince che sono state previste le modalità di riparto del fondo interregionale, mentre non vi è modo di stabilirne l'entità. Di questa non si parla in nessuno dei due articoli; quindi è conseguente ad atti di indirizzo e di coordinamento, che non sono assolutamente temporizzati dall'articolo 16.

È dunque necessario che, per il 1991, si proceda in termini nuovi, affrontando innanzitutto alcune questioni, ad esempio quelle concernenti la definizione degli *standard* – non si capisce perché tutte le volte che si definisce uno *standard*, lo si faccia al massimo – e dei livelli di prestazione, ovvero l'affermazione per cui ogni norma ed ogni intervento dello Stato e nella struttura delle regioni, che modifica il punto di inizio, possono essere accolti solo se accompagnati dalla previsione dell'incremento di spesa e di copertura del medesimo. Si tratta di questioni che è necessario affrontare come punto di partenza per il 1991. Infatti, l'articolo 1 del disegno di legge di riforma stabilisce come si ripartisce il fondo e l'articolo 16 fissa

come si debba addivenire, nei tempi, agli atti di indirizzo. Ciò significa che nel 1990 continueremo a non trovare un accordo sul tetto di spesa e quindi sul significato reale dell'operazione. Dunque, devo esprimere una posizione distante dal testo così come ci viene proposto.

La seconda osservazione che vorrei avanzare riguarda i tempi di modifica del sistema sanitario nazionale. In primo luogo rilevo incongruità palesi, ad esempio quando si stabilisce che le regioni, entro 180 giorni, devono disciplinare, sentite le province interessate, le città metropolitane, i comuni e le comunità montane, la riorganizzazione territoriale delle USL. Arrivati da buoni ultimi a discutere organicamente di questi problemi – non abbiamo alcuna intenzione di sovvertire i rapporti con le varie corporazioni organizzate – potremmo tentare di fare un ragionamento sulla base del buon senso. In questo senso, si rende necessaria non solo la correlazione della legge n. 142 con altre leggi, ma anche al suo interno; si potrebbe immaginare un percorso temporale entro il quale le modifiche degli assetti territoriali delle USL non costituiscano necessariamente l'atto di partenza, ma il punto d'arrivo. Forse sarebbe preferibile avere un ordine dei direttori sanitari, come nuova figura professionale, in attesa del quale aspettare per dare una scadenza all'organizzazione.

La questione non è banale, perché giungere nel 1991 al controllo della spesa sanitaria ed avere contemporaneamente un processo incerto, prolungato nel tempo, di modifica degli assetti – prescindendo dal giudizio sul merito degli assetti delle aziende ospedaliere e delle USL – rappresenta un'ipotesi particolarmente discutibile.

Vorrei poi accennare ad un problema molto evidente relativo alla regionalizzazione effettiva, in relazione a tutte le misure previste in base all'articolo 16: potenziamento delle funzioni ministeriali, creazione di nuove divisioni, addirittura di fondi separati all'interno del fondo generale della sanità. È piuttosto buffo, a fronte della documentazione fornitaci relativamente ad un campione di USL, questa elencazione. Sono molti ed altri i problemi

che emergono, relativi alla flessibilità all'autonomia regionale, alla formazione professionale. Questi i punti da affrontare per sostenere il ruolo di controllo sulla spesa sanitaria da parte delle regioni, mentre, in sostanza, dal progetto emerge un'idea di rafforzamento del Ministero, basata su una serie di poteri da esercitare in varie direzioni.

Infine, vorrei rilevare che nell'ambito della Conferenza Stato-regioni, queste ultime hanno messo in evidenza come, nell'ipotesi di imboccare la strada del rigore della spesa sanitaria, alcune questioni sostanziali meriterebbero una maggior riflessione, eventualmente per divenire oggetto di emendamenti al disegno di legge, questioni che a noi sembrano più sostanziali rispetto ad altre proposte di contenimento della spesa che sono state avanzate. Alcune di queste proposte sono state poi recepite nel documento che attende di essere trasformato in emendamento.

La prima considerazione che intendo formulare a tale riguardo è la seguente. Abbiamo sottolineato l'esigenza (senza ricevere obiezioni, ma in questi incontri vi è sempre molta confusione) di non rinviare alla contrattazione, ma di definire con legge la questione dell'incompatibilità del personale.

Un secondo aspetto è stato meno ascoltato, ma voglio ribadirlo: mi riferisco al settore della farmaceutica e alla possibilità di interventi più marcati. La questione è assai dibattuta, pertanto vorrei fornire alcuni dati: nel 1989, si è registrato un incremento, nella regione Toscana, di circa 3 milioni di ricette relative a farmaci prescritti, cioè una per cittadino, ed un aumento del costo medio da 24 a 36 mila lire circa per unità. Tutto ciò è in gran parte conseguenza del fatto che gli interventi statali definiti sul prontuario farmaceutico hanno stabilito forme automatiche d'ingresso nel prontuario stesso di farmaci con caratteristiche terapeutiche simili a quelle di altre già presenti, dai quali si differenziano per aspetti esclusivamente estetici. Se non è proprio possibile entrare nel *sancta sanctorum* del prontuario, si riconosca alle regioni il potere, o addirittura

il dovere, se si supera la media della spesa farmaceutica, di trasferire nell'assistenza indiretta tutta una serie di farmaci non essenziali. Ma tale potere deve essere riconosciuto con una copertura politica dello Stato, evitando di affermare che le regioni dispongono già di questa facoltà, poiché se non è lo Stato a fronteggiare le industrie farmaceutiche, è difficile che possano riuscirvi le regioni. Si potrebbe trattare di una misura transitoria, messa in atto per il numero di anni necessario ad una regione per superare una situazione di eccesso di spesa ed approdare ad una di maggiore controllo. Questa misura risulterebbe notevolmente efficace, come emerge dai risultati ottenuti dalle società che hanno indagato su campioni di spesa sanitaria.

La terza esigenza che abbiamo sottolineato è quella di avere più flessibilità nei settori dell'assistenza convenzionata, potendo agire nei confronti di tutte le convenzioni con più logica di mercato, senza essere costretti ad ereditare obblighi di convenzionamento che in determinate situazioni ci costringono, come accade con alcuni laboratori, continuamente ad inventare per loro nuovo lavoro. Ciò accade perché non vi è flessibilità ed esiste un vincolo normativo.

Riassumendo, abbiamo avanzato osservazioni molto consistenti sulla struttura del disegno di legge, sforzandoci di auto-limitarci data la fase nella quale ci si trova. La situazione si presenta intrecciata e piuttosto confusa. Per quanto riguarda l'articolo 3 del decreto-legge n. 262, ci auguriamo che prevalga il buon senso. Siamo disponibili a collaborare, anche se è piuttosto difficile farlo sulla base di impegni e questioni che poniamo su un altro versante, che ha tempi diversi. Credo che non servirebbe a nessuno costringere le regioni, nel prossimo mese, a valutare che non rimane loro altra strada eccettuata quella di adire la Corte costituzionale. Devo dire, peraltro, che, in questo quadro, dato l'oggetto, questa scelta non mi sembrerebbe impraticabile.

GIULIANO BARBOLINI, Assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna. La rin-

grazio anch'io, presidente, per l'opportunità che ci è data in questa sede di esprimere e ribadire posizioni e orientamenti che le regioni hanno già avuto modo di manifestare soprattutto in seno alla Conferenza Stato-regioni e anche in incontri diretti con il ministro della sanità.

Considero confortante che il nostro incontro di questa sera si sia aperto con l'illustrazione di riflessioni e valutazioni dell'onorevole Castagnetti dalle quali deduco l'esistenza di un dato di convergenza con le pronunce e le prese di posizione delle regioni in ordine a due aspetti: mi riferisco alla possibilità di considerare del tutto inadeguati l'impianto del decreto-legge n. 262, in particolare per quanto concerne l'articolo 3, ed anche il disegno di legge di riforma rispetto all'obiettivo effettivo della regionalizzazione della sanità e all'esigenza, da più parti definita urgente e necessaria, di affermare metodiche e condizioni che accentuino gli elementi di responsabilità e le condizioni di concreta possibilità di governo di un settore così importante della spesa.

Partendo da questi elementi, mi auguro, anche se i tempi sono strettissimi, che vi sia davvero la possibilità di cominciare a discutere seriamente di tali questioni, dato che, forse, la discussione è stata molto accesa e affrettata, ma certamente non di merito e non seria, finora. L'impianto dell'articolo 3 è del tutto inaccettabile e improponibile. Dichiarazioni come quella del collega Marcucci circa l'incostituzionalità di tali disposizioni mi pare che ci debbano indurre a riflettere.

Come esponenti della regione Emilia-Romagna, avremmo preferito (si tratta di una tesi emersa nell'ambito del concerto tra i presidenti delle regioni) che si fosse ragionato con più chiarezza e che il ripiano dei disavanzi 1989-1990 si fosse definito con un provvedimento di copertura da parte dello Stato, discutendo liberamente in funzione del 1991 circa una logica di riforma di determinate regole, senza però modificare le condizioni nel corso della partita, poiché questo costituisce un evento assai opinabile.

Devo dire che l'auspicio di pervenire ad una maggiore nettezza di separazione tra questi due aspetti non significava escludere la disponibilità a misurarsi con un problema reale, cioè quello del disavanzo complessivo della finanza pubblica, collegato alla difficoltà di conciliare una serie di questioni nel contesto di una congiuntura economica particolarmente difficoltosa.

Pertanto, un'analisi più approfondita anche sull'esercizio finanziario 1991, con la disponibilità a farsi carico delle esigenze di contenimento, avrebbe consentito alle regioni di assumere un orientamento ed una posizione fondati su dati di certezza più consistenti. Tutto ciò alla luce di una situazione che provoca talune apprensioni, caratterizzata dalla separazione tra i due aspetti; infatti, si discute sull'articolo 3 e, nel contempo, si auspica il processo di regionalizzazione.

Lo scenario indicato in precedenza dal presidente della giunta regionale del Lazio non è completamente al di fuori degli sviluppi possibili della situazione, che potrebbero evolversi nel senso che le regioni vengano chiamate ad assolvere funzioni di corresponsabilità rispetto alla copertura del disavanzo del 1990, in assenza di impegni molto precisi circa l'innovazione delle metodologie, delle competenze e delle funzioni rispetto al 1991. Sotto questo profilo, non vorrei che il risultato dell'odierna discussione consistesse, oltre alla previsione dell'accollo dei debiti (che non saremmo in grado di pagare), in un piccolo e discutibile « contentino » rappresentato dall'adozione di un provvedimento circa la vigenza dei comitati di gestione delle USL, con la possibilità per le regioni di esercitare una funzione di controllo su alcuni atti e di poter intervenire con il commissariamento.

Anche sotto questo profilo, non sfugge a nessuno la necessità di governare adeguatamente la fase di transizione. Il problema, comunque, è rappresentato dal modo in cui gestire tale fase, in attesa dei nuovi sviluppi, evitando ricadute in termini di disaffezione, di difficoltà e di ulteriore accrescimento dell'incertezza dei rapporti

tra i livelli regionali ed i ruoli dei comitati di gestione. Infatti, per le regioni si pone anche il problema di continuare a governare e presidiare il sistema, sì da garantire che esso possa funzionare in modo sufficientemente efficace. Sotto tale aspetto, ritengo che spesso, nell'affrontare il problema, siano state proposte talune semplificazioni che, a mio avviso, risultano inopportune.

Quanto al merito dell'articolo 3, confermo la disponibilità a collaborare, manifestata in sede di Conferenza Stato-regioni da parte dei presidenti delle giunte regionali, anche se occorre che ciò avvenga nell'ambito di un disegno preciso - sottolineo in modo particolare questo aspetto - nonché nella certezza dei dati finanziari. Tutto ciò, con l'obiettivo di discutere una possibile compartecipazione in riferimento alla corresponsabilità su una quota-parte del disavanzo accumulato nel 1990. È evidente la necessità di tenere presenti gli ordini di grandezza richiamati in precedenza dal collega Marcucci; infatti, alla luce della situazione che caratterizza la finanza regionale, non esistono le condizioni per poter affrontare il problema sulla base di diverse dimensioni di spesa.

Sempre in riferimento all'articolo 3, sono rimasto sorpreso nell'apprendere il preannuncio della possibilità che in questa sede ci potessero essere fornite informazioni da parte del ministro su un emendamento, quanto mai auspicabile, che, tuttavia, a mio avviso avrebbe dovuto essere concordato sulla base delle intese che mi sembra fossero emerse nell'ambito della Conferenza Stato-regioni. Non mi risulta, invece, che a tale riguardo siano intervenute concertazioni, ove si consideri che in quella sede erano stati costituiti gruppi tecnici (dei quali fanno parte funzionari qui presenti) che, tuttavia, non sono stati attivati. Anche sotto questo profilo aumentano gli elementi di perplessità e di preoccupazione rispetto al quadro complessivo delle questioni, per cui mi ritrovo in perfetta sintonia con chi ha sottolineato l'esigenza che le questioni connesse all'articolo 3, in sede di discussione e conversione del decreto, vengano valutate con

grande senso di responsabilità, partendo dai dati reali. Tra questi ultimi, indubbiamente, va annoverato lo studio sulle caratteristiche della spesa sanitaria, coordinato dal CIPE e commissionato dal ministro del bilancio alle società di certificazione. Si tratta di uno studio che avrebbe dovuto rappresentare il risultato di un confronto tra il Ministero e le regioni e del cui contenuto, tra l'altro, siamo a conoscenza, dal momento che esistono anche canali di informazione trasversale; sta di fatto che non è mai stata insediata la commissione mista Ministero-regioni che avrebbe dovuto conferire validità ai risultati di questo schema. Personalmente, pur riconoscendo che possono essere intervenuti problemi di diversa natura, ho il sospetto che i risultati dello studio richiamato non siano stati considerati dal momento che essi contraddicono l'impostazione seguita con l'articolo 3 del decreto e confermano la giustezza delle motivazioni addotte dalle regioni. Dalla ricerca effettuata, infatti, si desume con estrema chiarezza che il 90 per cento del complesso della spesa sanitaria è condizionato da un livello di impegno che sorge e si forma a livello nazionale, rispetto al quale, pertanto, le responsabilità dei livelli regionali e delle singole USL sono estremamente limitate, se non addirittura inesistenti.

Ritengo, pertanto, che, alla luce dei dati acquisiti, si debba tenere conto di tali risultanze nella determinazione delle scelte contenute nell'articolo 3 del decreto-legge n. 262.

La seconda riflessione riguarda il disegno di legge di riforma contenuto nell'atto Senato n. 2375. Da parte nostra confermiamo la disponibilità a misurarci sulla possibilità di una piena assunzione di ruolo e di funzioni in ordine al governo delle dinamiche e dei problemi della sanità. Ciò, tuttavia, comporta la necessità di determinare con chiarezza una serie di regole. Innanzitutto, si tratta di stabilire i criteri per la determinazione del fondo interregionale, con particolare riguardo alla manovra sulle entrate, che comporta un intervento sulle politiche fiscali. Si tratta di un'esigenza irrinunciabile per

poter determinare le condizioni che consentano di praticare realisticamente una scelta che vada nella direzione auspicata.

Inoltre, è necessario che a livello nazionale vengano definiti taluni parametri di riferimento con particolare riguardo alla qualità ed alla quantità delle prestazioni, cui va correlato un nuovo modello di spesa nel settore sanitario. In caso contrario, continueremmo a tenere in vita un dibattito per certi aspetti falso, o che, comunque, contiene in sé una profonda finzione. Infatti, discutiamo di tetti e di costi *pro capite*, ma non ci chiediamo quale sia lo *standard* medio di tutela e di garanzia del diritto costituzionale alla salute riconosciuto a tutti i cittadini della Repubblica sulla base di una valutazione di compatibilità con la situazione economica del paese.

Si tratta di un aspetto di fondamentale rilievo, assolutamente irrinunciabile, sia per determinare il livello di partenza degli interventi, sia nella prospettiva dell'avvio del processo di regionalizzazione. Infatti, questo aspetto è importante perché aumenta gli elementi di flessibilità e di dinamismo del sistema, anche se potremmo correre il rischio che esso risulti sperequante rispetto all'esigenza di garantire a tutti i cittadini della Repubblica un principio di equità nell'esercizio e nella tutela di un diritto costituzionalmente garantito.

In definitiva, si tratta di un elemento che assume particolare rilievo in relazione ai livelli ed alle dimensioni di spesa, perché è solo mettendo a fuoco tale aspetto che si creano le possibilità per definire con chiarezza le iniziative, anche connesse alla corresponsabilizzazione del ruolo regionale in termini di incentivazione e di ulteriori correttivi.

Un aspetto di fondamentale rilievo, peraltro già richiamato nelle considerazioni svolte dall'onorevole Castagnetti, riguarda, inoltre, la necessità di stabilire quale debba essere l'ambito centrale di decisione in ordine a questioni quali la contrattazione ed i grandi centri di spesa, la farmaceutica, la medicina generale e specialistica, l'assistenza privata, chiarendo al

riguardo il ruolo e la competenza regionale. Infatti, se la situazione non si modifica, il sistema continuerà a risultare ingovernabile.

Quanto al costo del contratto, lo abbiamo calcolato, come regione Emilia-Romagna, per persona. Abbiamo effettuato una proiezione sul dato nazionale, che potrà essere approssimativa, dalla quale risulta che il costo del contratto, anziché i 4 mila miliardi ipotizzati, si attesterà intorno agli 8-9 mila miliardi. Non si tratta di differenze marginali. Occorre dunque un meccanismo che consenta di tenere la situazione sotto controllo dal punto di vista dell'assunzione delle responsabilità, altrimenti tutto l'impianto della proposta viene a cadere.

Un altro aspetto importante è che nel testo di riforma siano fissati principi di legge e che sia lasciata una forte autonomia regionale nelle scelte di carattere organizzatorio circa il territorio, le dimensioni, lo scorporo degli ospedali, cioè in merito agli interventi di carattere procedurale e gestionale, relativi all'impostazione delle contabilità per centri di costo, attraverso il *budget*. Questa è una condizione indispensabile se si vuole avere una effettiva responsabilità di governo, e se si vuole conseguire la positiva riuscita della proposta. Il meccanismo, infatti, rischia di incepparsi per due motivi. Il primo è che non sono fissati i parametri di riferimento cui dimensionare le prestazioni; il secondo che gli ambiti di responsabilità non sono definiti con chiarezza sufficiente per tenere la spesa sotto controllo.

Concludendo, vorrei rilevare che la valorizzazione del ruolo regionale è di grande importanza. Il disegno di legge deve potersi muovere secondo la logica della legge-quadro, evitando il rinvio a provvedimenti di carattere normativo generale. Non vorrei sembrare irriverente, ma credo che se si va in questa direzione anche il ruolo del Ministero della sanità cambia, perché vi è un confine dove termina la funzione di certi ambiti ministeriali e inizia quella di livello regionale. Non possiamo creare duplicazioni e sovrapposizioni che appesantiscano il sistema.

Se questo è vero, la regionalizzazione della sanità dev'essere parte di un progetto più ampio, quello della ridefinizione della riforma degli assetti istituzionali, della pubblica amministrazione. In questo contesto diventano aspetti da approfondire anche la ridefinizione della finanza regionale, la verifica e l'adeguamento della legge n. 158, la possibilità di autonomia impositiva generale. Al tempo stesso va usata gradualità nel rendere operativo l'impianto; anch'io sono dell'opinione che non si debba iniziare a discutere, a partire dal 1° gennaio, della territorializzazione. Occorre affrontare altri aspetti, più importanti e cogenti.

Mi auguro che in proposito si possa discutere; il Ministero per gli affari regionali – fermo restando che le regioni entro mercoledì dovranno fornire elementi – dispone già di una nota definita dal gruppo tecnico insediato dalla conferenza Stato-regioni, che riprende questi temi. Esistono quindi elementi per formulare gli emendamenti al testo del decreto-legge.

GIOVANNI BATTISTA MELOTTO. Ringrazio i rappresentanti delle regioni per aver accettato il nostro invito e dichiaro di avere le stesse perplessità manifestate dal presidente Gigli. Mi domando, infatti, dove siano gli altri rappresentanti regionali: nel corso della quarta legislatura non abbiamo avuto sufficienti contatti ed il rapporto con il Parlamento è stato decisamente interrotto.

Di fronte al salto di qualità che si sta cercando di compiere, ritengo importante ascoltare il parere delle regioni. Devo al tempo stesso rilevare che alla Camera esse non sono state interpellate e non hanno potuto fornire un contributo al disegno di legge. Occorre, a questo punto, parlare con la massima franchezza: dopo dieci anni dalla riforma sono profondamente convinto che o si sfrutta fino in fondo questo momento ovvero il degrado dei servizi, già evidente, esigerà correttivi molto più radicali.

Tutti conosciamo i problemi esistenti ed è inutile continuare a palleggiarsi la responsabilità tra centro e periferia. La contrattazione non l'abbiamo firmata noi:

il contratto è stato siglato dai rappresentanti regionali e dai ministri. Il presidente Gigli sicuramente ricorderà che nel 1981 noi ci rifiutammo di firmare la convenzione con i medici di base, nonostante l'onorevole Aniasi ce lo avesse imposto; ebbene, quella convenzione non fu attuata.

Se non comprendiamo che questa fase della contrattazione è mista e che le firme si pongono a ragion veduta, sarà difficile reclamare, a valle, responsabilità attribuibili solo ad altri. Purtroppo dobbiamo dirlo con molta franchezza, senza con questo voler accusare alcuna regione; dobbiamo chiarire la situazione se vogliamo un'inversione di marcia. Mi auguro che la V legislatura regionale possa essere caratterizzata da una ripresa e noto con piacere che questa sera forze politiche di diversa estrazione si sono dichiarate favorevoli alla regionalizzazione, mentre alla Camera i toni apparivano diversi, così come avvenuto a Chianciano e ad Ancona, dove soltanto venerdì scorso sono emerse posizioni diverse.

PIERLUIGI CASTAGNETTI. *Relatore.* Siamo giunti al punto in cui la scelta è stata fatta.

GIOVANNI BATTISTA MELOTTO. Credo che, per un'interpretazione corretta dell'articolo 117 e perché il settore sanitario non può essere di interesse esclusivamente locale, si debba compiere una scelta e che questa debba essere di livello regionale. Credo altresì che mai, come in questi anni, i comuni siano stati estraniati dal processo di gestione sanitaria ed allora, se dobbiamo « saltare » il centro e la periferia non solo sul piano della determinazione della spesa ma anche delle entrate, l'unico livello sul quale si saldano tali esigenze è la regione e non la parcellizzazione degli 8 mila comuni in cui è articolato il paese.

Ritengo perciò che occorra la certezza dell'entità del fondo, nonché delle modalità attraverso le quali questo viene determinato con parametri certi e prefissati che garantiscano minimi assistenziali a tutti; a quest'ultimo proposito, per altro, la ripartizione – questo è un risultato estrema-

mente positivo dell'ultimo decennio – deve avvenire superando la spesa storica. Si verificheranno poi le compensazioni sulla mobilità sanitaria, ma la spesa storica può essere superata, perché finisca quella *querele* tra regioni su chi abbia di più e chi di meno, e si giunga finalmente all'attuazione dei servizi.

Se accettiamo il criterio della regionalizzazione, un punto di saldatura può essere quello di insistere su due aspetti fondamentali: l'autonomia finanziaria delle regioni e la loro autonomia impositiva. Quando nel gennaio scorso fu approvato il primo articolo del disegno di legge n. 4227, si stabilì che il fondo sanitario, per quota, va inserito nel fondo comune di ogni regione. Non è più l'assessore regionale alla sanità che deve preoccuparsi, per gli aggravii o i risparmi che si possono determinare, bensì l'intero governo regionale. È noto a tutti, infatti, che si verificano sprechi nel settore sanitario, come dobbiamo riconoscere con franchezza. Se vi sono inattività od omissioni, diviene difficile gestire la sanità, ma la saldatura di cui ho parlato può consentire di farlo.

Abbiamo compiuto tanti sforzi per affermare, finalmente, l'autonomia impositiva delle regioni, ma non abbiamo ancora concluso il discorso relativo ai comuni, e ciò testimonia delle difficoltà che esistono in Parlamento; le difficoltà, peraltro, esistono anche fra regioni diverse, fra tradizioni e mentalità diverse. Comunque, avendo affermato un principio, si tratta di lavorarvi attorno per allargarne i contenuti, dato che con l'attuale autonomia impositiva è impossibile non solo sanare il *deficit* del settore sanitario, ma anche quello del turismo regionale.

Il decreto-legge n. 268 del 1990 rientra nell'ottica di considerare le unità sanitarie locali o le aziende ospedaliere come enti strumentali della regione, ponendo in capo, finalmente, alla giunta regionale l'eventuale commissariamento e l'eventuale sostituzione degli organismi che non si attennero alle direttive. Credo che dovremmo agire velocemente per fissare alcuni *standard*, poiché quelli massimi stabiliti per il personale sono una cosa

abnorme, perché al settore sanitario occorrerebbero altri 20 mila miliardi. Mi pare che il disegno di legge finanziaria contenga una norma che va in questo senso, sulla quale occorrerà lavorare. Ho recepito quanto i rappresentanti regionali hanno affermato: li prego, perciò, di trasfondere le loro osservazioni in precisi emendamenti, poiché non abbiamo più bisogno di semplici documenti bensì, ripeto, di emendamenti esatti, dei quali dovremmo disporre entro martedì o mercoledì della prossima settimana, in quanto i tempi stringono. Inoltre, dovremo lavorare attorno alle norme transitorie, poiché ritengo che un sistema così complesso e delicato debba seguire un *iter* che non può essere rapidissimo; dovendo salvaguardare i diritti del cittadino, comunque, è necessario cambiare rotta rispetto alla situazione attuale. Si potrà pensare al commissario oppure compiere un'altra scelta; in ogni caso è necessario lavorare sulle norme transitorie per fare in modo che la svolta si verifichi dal 1° gennaio del 1991. Personalmente, penso che i tempi legislativi siano sufficienti.

Come il presidente ha ricordato, sono relatore sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 262. In tale mia qualità, ieri ho detto al ministro della sanità di aver appreso dalla stampa l'esistenza di una trattativa e che pertanto mi rifiutavo di esprimere un parere sull'articolo 3, che considero anticostituzionale. Nella seduta di ieri, in Commissione, ho dato lettura di una lettera datata 23 ottobre 1989 nella quale il ministro si impegnava (ricordo che ero relatore per il settore durante la sessione di bilancio), in corso d'anno, quindi prima dell'assestamento del bilancio, ad aggiornare il preventivo per il 1990 (sulla scorta dei dati per il 1989 e in contraddizione con le regioni) che io avevo definito già allora deficitario per 8 mila miliardi. Credo che la chiusura del contratto abbia aggiunto altri oneri e pertanto tale cifra si è aggiunta a 12 mila miliardi.

Emerge, comunque, la disponibilità dei rappresentanti regionali ad entrare nel merito dell'articolo 3, cercando di affermare il principio della compartecipazione,

stabilendo che parte di questa vada immediatamente avviata affinché costituisca un segnale efficace per il 1991 e per gli anni successivi. Ho sentito ipotizzare la quota del 50 per cento; il ministro Maccanico, sabato, ha fatto riferimento a una suddivisione di due terzi e un terzo. Personalmente, ho l'impressione che siamo ancora lontani da un'ipotesi realistica, ma credo che una partecipazione delle regioni, magari finalizzata a certi « splafonamenti » o a concrete sperequazioni che nel frattempo si evidenziassero, indipendentemente dall'aspetto quantitativo, sarebbe un segnale efficace per gli anni 1991 e seguenti. Senza la saldatura fra Stato e regioni nel settore sanitario, credo che la spesa diventerebbe incontrollabile e che il sistema degraderebbe sempre di più, costringendo i cittadini a rivolgersi al privato; ma allora le cose cambierebbero: ritengo che siamo qui per salvare il sistema e spero che vi riusciremo insieme e concretamente.

VITO RIGGIO. Signor presidente, dopo aver ascoltato attentamente le lucide considerazioni esposte questa sera, ho derivato la convinzione che non potremo esprimere il parere ai sensi dell'articolo 40, comma 9, del regolamento del Senato sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 262. Mi pare, infatti, che manchino due elementi essenziali ripetuti da ultimo anche dal senatore Melotto: mi riferisco alla certezza di carattere finanziario e alla precisione del disegno (si tratta, tra l'altro, di due richieste avanzate nel documento del Governo). Il Governo, in sostanza, aveva affermato che avrebbe istituito un gruppo di lavoro che entro il 30 settembre avrebbe riferito alla Conferenza Stato-regioni per valutare quali proposte alternative di modifica dell'articolo 3 – che quindi il Governo ritiene già di dover modificare – si possono avanzare per rispondere alle giuste considerazioni sollevate nell'ambito della citata conferenza.

Lei, presidente, ha preannunciato che il ministro avrebbe presentato...

PRESIDENTE. Me lo ha assicurato, dicendo che avrebbe fatto il possibile.

VITO RIGGIO. Lo aveva già assicurato alle regioni, avendo assunto l'impegno formale che, entro il 30 settembre, il gruppo di lavoro avrebbe riferito in un'apposita riunione della Conferenza Stato-regioni. Ciò non è accaduto. Mi pare, francamente, che si navighi al buio, perché ho sentito, oggi, cose veramente sconvolgenti, che peraltro tutti conosciamo, ma che pronunciate in sede di Commissione parlamentare per le questioni regionali assumono un rilievo veramente drammatico. Non abbiamo certezza sulla quantificazione della spesa, né sappiamo se, e in quale misura, per il futuro la regionalizzazione diventerà un disegno operativo, oltre ad essere un'espressione verbale. Si tratta di due elementi essenziali di un disegno che è largamente condiviso, dal punto di vista ideale, mi permetterei di dire quasi ideologico, come avviene di solito nelle cose italiane, che però non ha riscontro nelle finalità obiettive della legge, che sono quelle di regionalizzare la sanità limitando peraltro i costi di un sistema che, come ricordava da ultimo il senatore Melotto, è ormai « saltato ».

Ho ascoltato l'onorevole Castagnetti con molta attenzione e mi rendo conto delle difficoltà nelle quali ci troviamo, anche come gruppo di maggioranza; però, mi pare francamente impossibile esprimere un parere su un articolo, come il 3, che il Governo intende comunque modificare e che in atto non esiste. Questo è, infatti, lo stato delle cose. Se dovessi valutare il comportamento adottato dal Governo, lo giudicherei improprio, poiché siamo in presenza di un articolo di un decreto-legge emanato il 15 settembre, per il quale si promette una modifica entro il 30 dello stesso mese, ma siamo giunti al 3 ottobre e la modifica non è ancora intervenuta. Se dovessimo formalizzarci, dovremmo affermare che lo stesso Governo ha espresso parere negativo sull'articolo 3 del suo

decreto-legge, o comunque ha annunciato un'ipotesi di modifica tale da non consentire l'espressione di un parere positivo sul testo vigente del medesimo articolo.

Queste affermazioni mi pare di poter fare a lume di logica; dal punto di vista di eventuali ulteriori considerazioni di carattere politico, a nome del gruppo democratico cristiano, dovrò consultare il relatore Castagnetti e gli altri colleghi circa le decisioni da assumere. Comunque, ho dovuto fare certe affermazioni perché sono emerse con chiarezza da quanto ci è stato oggi riferito.

PRESIDENTE. Di ciò la Commissione si occuperà in sede di esame del parere.

VITO RIGGIO. Sì, ma volevo che risultasse chiaro che i rappresentanti regionali

non sono venuti in questa sede per dire cose delle quali non terremo conto.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il contributo fornito alla Commissione.

La seduta termina alle 20,15.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA DELLE COMMISSIONI
ED ORGANI COLLEGIALI
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI*

DOTT. LUCIANA PELLEGRINI CAVE BONDI

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia delle Commissioni
ed Organi Collegiali il 25 ottobre 1990*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO