

## COMMISSIONE XII

## AFFARI SOCIALI

## II

## SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 LUGLIO 1992

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)*

**SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE FRANCESCO DE LORENZO, E DEL DIRETTORE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DOTTOR NICOLA FALCITELLI, IN ORDINE ALLA SITUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, IN PARTICOLARE PER QUANTO RIGUARDA L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA E SULLE INIZIATIVE CHE IL GOVERNO INTENDE PRENDERE AL RIGUARDO**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

## INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
<b>Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, e del direttore generale della programmazione sanitaria, dottor Nicola Falcitelli, in ordine alla situazione del servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda l'evoluzione della spesa sanitaria e sulle iniziative che il Governo intende prendere al riguardo:</b>		Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale) .....	24, 32, 33, 36, 39, 41
Armellin Lino, <i>Presidente</i> .....	21, 22, 23 24, 25, 37, 52, 59	De Lorenzo Francesco, <i>Ministro della sanità</i> .....	21, 25, 29, 31, 32 33, 38, 41, 44, 45, 46, 52, 54
Alterio Giovanni (gruppo DC) .....	51	Falcitelli Nicola, <i>Direttore generale della programmazione sanitaria</i> .....	29, 34, 37
Apuzzo Stefano (gruppo dei verdi) .....	38, 39	Farigu Raffaele (gruppo PSI) .....	23, 48
Battaglia Augusto (gruppo PDS) .....	45, 46	Garavaglia Mariapia (gruppo DC) .....	25
Beebe Tarantelli Carole (gruppo PDS) .....	25	Giannotti Vasco (gruppo PDS) .....	23, 53, 54
Bicocchi Giuseppe (gruppo DC) .....	49, 52	Giuntella Laura (gruppo movimento per la democrazia: la Rete) .....	38
Bonino Emma (gruppo federalista europeo) .....	22, 31, 43, 44, 54	Mori Gabriele (gruppo DC) .....	22
Calderoli Roberto (gruppo della lega nord) .....	21	Petrini Pierluigi (gruppo della lega nord) .....	45
Casilli Cosimo (gruppo DC) .....	21, 35, 36	Randazzo Bruno (gruppo DC) .....	22
Castellaneta Sergio (gruppo della lega nord) .....	37	Renzulli Aldo Gabriele (gruppo PSI) .....	42
		Saretta Giuseppe (gruppo DC) .....	24, 33, 44
		Sestero Gianotti Maria Grazia (gruppo rifondazione comunista) .....	50
		Trappoli Franco (gruppo PSI) .....	45

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 16,40.**

**Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, e del direttore generale della programmazione sanitaria, dottor Nicola Falcitelli, in ordine alla situazione del servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda l'evoluzione della spesa sanitaria e sulle iniziative che il Governo intende prendere al riguardo.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, e del direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità, dottor Nicola Falcitelli, in ordine alla situazione del servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda l'evoluzione della spesa sanitaria e sulle iniziative che il Governo intende prendere al riguardo.

Ricordo che nella seduta precedente è rimasto stabilito che la pubblicità delle sedute relative a questa audizione sarebbe stata assicurata anche mediante ripresa audiovisiva a circuito chiuso.

Ricordo altresì che nella medesima seduta erano stati formulati diversi quesiti, ad alcuni dei quali era già stata data risposta. Il ministro De Lorenzo mi ha fatto sapere che desidera intervenire subito per integrare la propria esposizione.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Personalmente sono senz'altro pronto a rispondere subito ai numerosi quesiti formulati nel corso della seduta precedente, anche se debbo rilevare che

alcuni degli interroganti non siano ancora arrivati in Commissione.

Ciò detto, poiché da parte del sottoscritto e del dottor Nicola Falcitelli, direttore generale della programmazione sanitaria, sono state consegnate alla presidenza della Commissione non soltanto la documentazione richiestaci ma anche tabelle aggiuntive relative alle singole voci di spesa per il 1989, utili ad un raffronto con le analoghe voci di spesa per il 1990-'91, e agli aumenti di spesa dei singoli settori, nelle diverse regioni, riterrei più utile e proficuo ai nostri lavori appurare se vi siano richieste di chiarimenti su tali tabelle affinché, successivamente, da parte del sottoscritto e del dottor Falcitelli sia possibile dare una risposta più organica, complessiva e dunque completa.

ROBERTO CALDEROLI. Signor ministro, desidero avere da lei un primo chiarimento sulla tabella relativa agli esenti da ticket, in quanto dai dati relativi al 1991 risulta che la popolazione assistibile della USL è di 44.884.757, una cifra che risulta essere inferiore di oltre 10 milioni a quella dell'intera popolazione del nostro paese. Vorrei inoltre sapere perché, in base ai dati del 1992, la popolazione assistibile della USL ammonti a 12.703.213 di aventi diritti.

COSIMO CASILLI. Signor ministro, è immaginabile che anche nel nostro sistema sanitario, dalla spesa farmaceutica alla riorganizzazione degli ospedali, venga introdotto un criterio non basato sull'applicazione di ticket, inteso quest'ultimo come partecipazione percentuale del cittadino alla spesa, bensì un criterio che possa responsabilizzare l'assistito, la sua fami-

glia, nella gestione di una risorsa che, come è noto, non è illimitata ed anzi è insufficiente rispetto alle necessità che oggi si manifestano all'interno del nostro sistema sanitario ?

È possibile immaginare che i membri di una famiglia o comunque i singoli soggetti assistiti possano disporre di un *budget*, da gestire a seconda delle necessità, facendo comunque salvi, ad esempio, i farmaci definiti salvavita e le lungodegenze dei malati cronici, prestazioni queste che lo Stato ha in ogni caso il dovere di erogare ? È possibile, altresì, per tutto quanto rientri nella fascia della discrezionalità e della scelta, immaginare una regola che responsabilizzi i cittadini e tutti gli operatori sanitari in ordine alla spesa, facendo comprendere che si tratta di disporre di una risorsa che non è illimitata ?

Credo che questo accorgimento consenta quanto meno di ricondurre la spesa sanitaria nell'ambito di un *budget* più o meno definito, senza correre il rischio di enormi « splafonamenti ».

Chiedo anche al ministro di esprimere un suo parere per quanto riguarda la regionalizzazione della sanità: ho l'impressione che si debba poter garantire indipendentemente dalla località di nascita e da quella in cui si vive.

EMMA BONINO. Ho chiesto di intervenire per una mozione d'ordine, al fine di verificare se abbiamo capito come stiamo procedendo nei nostri lavori. Nella precedente seduta avevamo rivolto alcune domande al ministro, successivamente ci è pervenuta per iscritto una documentazione ulteriore, si è aperta dunque una fase di ulteriori richieste per un supplemento informativo. L'intervento del ministro e quello del dottor Falcitelli rappresentano in realtà un supplemento di informazioni alla comunicazione iniziale, non la risposta conclusiva: successivamente, si aprirà un dibattito nel merito ?

PRESIDENTE. L'onorevole Bonino ha dato l'interpretazione giusta circa l'andamento dei nostri lavori.

BRUNO RANDAZZO. Molti enti che svolgono attività di assistenza a livello di volontariato si troveranno in grandi difficoltà alla fine dell'anno, perché nella legge finanziaria del 1991 è stato inserito un articolo in cui viene stabilito che i medici che collaborino con il servizio sanitario nazionale non possono avere rapporti di consulenza e di collaborazione con enti, a loro volta convenzionati con il servizio sanitario nazionale. Qualora questa norma rimanesse in vigore, creerebbe enormi problemi a tutte le strutture di volontariato esistenti nel nostro territorio.

Chiedo al ministro se abbia intenzione di trovare una soluzione a questo problema, se non si vuole correre il rischio di avere centinaia di presidi sanitari senza l'assistenza dei medici, i quali non potrebbero più fornire le loro collaborazioni.

GABRIELE MORI. L'altro giorno si è tenuta una riunione tra regione e comune di Roma per affrontare il problema del Policlinico dell'Università di Roma, analogo a quello che riguarda quasi tutti i policlinici italiani. Il fabbisogno finanziario del Policlinico dell'Università di Roma rispetto all'anno scorso è di cento miliardi in più, nell'ambito della spesa gravante sulla quota del servizio sanitario nazionale: si trattava di 212 miliardi l'anno scorso, diventati 307 miliardi quest'anno. Come il ministro sa, non si può assegnare una cifra superiore a quella dell'anno scorso e già costituisce uno sforzo farlo, tenendo conto che complessivamente il deficit della spesa per la regione Lazio quest'anno assomma a 3.600 miliardi, di cui 2 mila sicuramente a carico della regione.

Poiché il problema dei policlinici rischia di scoppiare, tanto è vero che l'impegno del rettore al mantenimento dei servizi non va oltre i quindici giorni, dopo di che egli probabilmente procederà alla chiusura dei medesimi, vorrei sapere in quale modo il Governo intende affrontare la questione. Noi abbiamo chiesto al rettore che, di fronte ad un probabile intervento legislativo, che dovrebbe riguardare i policlinici in generale nel nostro paese e

di fronte alla possibilità di una diversificazione della spesa regionale per la sanità, si possa anche compiere uno sforzo che vada oltre i quindici giorni di garanzia dei servizi, fornita dal rettore. È un problema drammatico, che non riguarda soltanto la città di Roma, ma tutto il centro-sud e per questo vorrei sapere in qual modo esso può essere affrontato un problema, tenendo conto delle cifre che ho dato e della situazione di carattere finanziario che tutti quanti conosciamo.

**RAFFAELE FARIGU.** Corro il rischio, considerato che è la prima volta che partecipo intervenendo ai lavori di questa Commissione, di rivolgere domande che magari hanno avuto già modo di essere svolte nella precedente seduta. Una è molto semplice e riguarda la gestione del nomenclatore protesico. Quando venne istituito, tutti, in particolare gli aventi diritto, salutarono tale istituzione come un grande successo, perché si trattava di avere degli ausili tecnici notevoli per l'autonomia del disabile nelle sue varie attività, dallo studio, al lavoro e all'attività quotidiana. La gestione concreta del nomenclatore incontra però mille difficoltà, a causa dell'adozione di procedure burocratiche estremamente diversificate da USL a USL, in ogni caso sempre complicate in modo particolare per coloro i quali risiedono al di fuori dalla sede della USL di competenza. Mi domando se non sia il caso, oltre che vigilare perché il nomenclatore venga integrato in maniera sempre più puntuale ed effettivamente corrispondente ad una domanda di bisogni effettivamente esistenti, ponendo particolarmente attenzione a che non venga arricchito da ausili, che obbediscono a interessi diversi da quelli del portatore di handicap.

Poiché il portatore di handicap è al centro della nostra attenzione, mi domando se non sia il caso di vigilare affinché egli venga posto nelle condizioni di ottenere non solo quanto gli è necessario, ma di ottenerlo in maniera semplice.

**PRESIDENTE.** Onorevole Farigu, mi consenta di interromperla: la discussione

verrà svolta in seguito; per il momento si tratta soltanto di porre alcune domande in relazione alla documentazione integrativa che il ministro ha presentato.

**RAFFAELE FARIGU.** Spero che le domande più sostanziose che volevo rivolgere successivamente, non siano ugualmente « fuori campo ». In modo particolare, per quanto riguarda i fattori che determinano lo « splafonamento » della spesa, debbo osservare che esiste notoriamente una miriade di farmaci non sempre essenziali. A ciò ha fatto un significativo riferimento uno dei colleghi che mi ha preceduto. Tutto ciò non si realizza e quindi vorrei chiedere al ministro cosa intende fare per conseguire una riduzione della spesa sanitaria nello specifico settore dei prodotti farmaceutici. Si dice — da sempre — che vi sia una miriade di prodotti farmaceutici che differiscono tra di loro soltanto per la confezione e la nomenclatura. Da qui l'affermazione che i farmaci veramente utili sarebbero molti di meno di quelli riportati nel prontuario. Cosa intende fare al riguardo il Ministero della sanità? E cosa intende fare a proposito degli ammalati cosiddetti stabilizzati, spesso allocati all'interno degli ospedali nella categoria dei « lungodegenti »? Sarebbe forse non difficile e senza alcun pregiudizio per questi ultimi prevedere un'apposita terapia a domicilio, che ridurrebbe di non poco le spese di degenza (specialmente di quelle sostenute in case di cura private)? Ma c'è di più: cosa intende fare il Ministero della sanità di fronte al quasi costante ricorso agli accertamenti specialistici al di fuori della struttura pubblica? Per quanto mi consta, si tratta infatti di una spesa molto significativa. Del resto, assai spesso è possibile scoprire che nella struttura pubblica, a differenza di quella privata, le tecnologie destinate agli accertamenti specialistici non sono in grado di funzionare.

**VASCO GIANNOTTI.** In questi giorni abbiamo potuto esaminare sia la documentazione fornitaci dal ministro della sanità sia il testo del provvedimento di legge di delega. Vi è un elemento che a me non

risulta chiaro: si è partiti infatti da un *surplus* di spesa stimata in migliaia di miliardi per il 1992, una stima di spesa sulla quale non concordano le regioni e la Ragioneria dello Stato. Si tratta comunque di una cifra che per il triennio 1990-1992 è assai consistente.

Signor ministro, in quale rapporto si pone la decisione del Governo in materia di legge delega con la spesa storica della sanità? In altre parole, il Governo come intende intervenire per ripianare i debiti relativi agli anni 1990, 1991, 1992? Il ministro della sanità ritiene che il nuovo regime che dovrà entrare in funzione con la legge delega possa in qualche modo porsi il problema della trasparenza delle cifre e quello della situazione pregressa? In caso di risposta negativa come pensa il Governo di poter reperire quei 20-25-30 mila miliardi (la stima fatta si differenzia da regione a regione) che mancano?

GIULIO CONTI. Signor ministro, nella documentazione che c'è stata fornita non ho trovato, per il 1991, l'indicazione quantitativa delle entrate derivante dall'applicazione dei ticket.

Mi sia consentito suggerire al ministro De Lorenzo di far sì che in alcune regioni non si verifichi il passaggio alla forma di assistenza indiretta per i farmaci e per le analisi cliniche: è, del resto questo, quanto è avvenuto in Campania ma presto lo sarà anche in altre regioni. Fra l'altro ciò determina una perdita netta per l'utente al quale non verranno rimborsati dalle USL i soldi spesi. Cosa intende fare a tale riguardo il ministro?

GIUSEPPE SARETTA. Signor presidente, a me sembra che le questioni sul tappeto siano ben evidenti per due ordini di ragioni: la prima concerne l'indirizzo da dare e la seconda le riflessioni intorno alla spesa sanitaria.

Quanto all'indirizzo, ci sembra utile richiamare l'attenzione di tutti su quanto è stato compiuto nella passata legislatura, sottolineando l'intento di mantenere nel nostro paese un livello di assistenza sanitaria che faccia riferimento ad un sistema

sanitario nazionale, sia pure con quei correttivi che risultavano ben evidenti nel disegno di legge presentato dal Governo, sempre nella passata legislatura.

Circa le anticipazioni che abbiamo avuto — per la verità di tipo giornalistico — sarei tentato di chiedere al presidente della Commissione di interrogare l'avvocato Mario Racco ed il dottor Turno visto che entrambi vengono, prima di noi, a conoscenza dell'attività del Governo. Tuttavia, noi siamo dei lettori abbastanza puntuali delle diverse pubblicazioni e quindi conosciamo sostanzialmente anche l'impianto della legge delega, una legge che, pur nella sua genericità, ci pare riproponga i temi e gli argomenti discussi nella passata legislatura.

Noi vorremmo che nella legge delega fosse non solo previsto che la conferenza Stato-regione sia chiamata a dare pareri sui decreti che il Governo emanerà, a seguito della legge delega, ma anche che il parere delle Commissioni costituisca un momento importante...

PRESIDENTE. Ricordo che in questa fase i colleghi dovrebbero limitarsi a formulare semplici domande di chiarimento.

GIUSEPPE SARETTA. Signor presidente, desidero completare adesso le mie considerazioni, assicurando i colleghi che eviterò di intervenire successivamente.

Il ministro della sanità ha dichiarato che i suoi colleghi finanziari non intendono ripianare i debiti delle USL per il 1992, in quanto le regioni non avrebbero applicato le norme di contenimento previste dalla legge finanziaria. Ciò vuol dire che al ripiano dell'onere, valutabile in oltre 10 mila miliardi, dovranno provvedere soltanto le regioni tramite l'autonomia impositiva indiretta e tagli alle prestazioni? È vero che lei, signor ministro, ci ha detto, la settimana scorsa, che non vi saranno aggravii per l'utenza, ma nel momento in cui vengono tagliate delle prestazioni, l'utenza si trova di fatto dinanzi ad un aggravio della spesa sanitaria.

L'individuazione delle responsabilità regionali circa l'andamento della spesa sa-

nitaria deve tener conto anche di dati oggettivi, che confermano (lo abbiamo sempre sostenuto e per la verità lo ha sostenuto anche il ministro) una sottostima del fondo sanitario nazionale per il 1992.

In tale anno, sommando l'importo del fondo sanitario nazionale e quello dei decreti-legge di ripiano dei debiti delle USL, lo Stato ha stanziato complessivamente 82.662 miliardi, che hanno ugualmente portato ad uno « sforamento » di quasi 5 mila miliardi in base a quanto emerso, per altro, dalle rendicontazioni delle USL relative all'anno 1991. Nel 1992 il solo fondo sanitario ammonta invece a 78.750 miliardi, quasi 4 mila miliardi in meno rispetto all'anno precedente.

In queste condizioni non è difficile prevedere, in assenza di una integrazione da parte dello Stato, un intervento obbligato e consistente da parte delle regioni, con tagli alle prestazioni massicci e differenziati tra una zona e l'altra del paese, visto che la situazione debitoria è particolarmente differenziata nelle varie aree.

A questo punto rivolgo al ministro una domanda, che è insieme una spiegazione ed un suggerimento. Siamo convinti di dover richiedere al ministro, anche per dargli la forza di formulare analoga richiesta ai ministri finanziari, una reale valutazione dei bisogni sanitari di questo paese e di dotare il fondo sanitario nazionale delle risorse necessarie per poter garantire quanto sulla carta e attraverso un'apposita legge abbiamo dichiarato di voler dare ai cittadini?

CAROLE BEEBE TARANTELLI. Debbo rivolgere al ministro tre brevissime domande. La prima riguarda questioni numeriche. Noi abbiamo la spesa programmata delle varie regioni, ma constatiamo cheda alcune di esse la gente va a curarsi in altre. Vorrei, pertanto, sapere se la spesa *pro-capite* include le persone del sud che vanno a curarsi nel Veneto, in Lombardia e via dicendo.

Vorrei anche sapere — è questa la mia seconda domanda — se il ministro intenda intervenire sull'annoso problema del prontuario farmaceutico. Sappiamo che il no-

stro prontuario è di dimensioni enormi, addirittura enciclopediche.

La terza domanda infine riguarda la funzionalità. Una parte della spesa — non ne conosco la percentuale — è destinata ad analisi, che sono effettuate in convenzione fuori delle strutture sanitarie. A quanto mi consta, questo avviene spesso perché all'interno degli ospedali tali servizi funzionano per metà giornata. Chiedo al ministro se possa intervenire su questo aspetto, perché sarebbe un altro modo di agire sulla spesa.

MARIAPIA GARAVAGLIA. In data 30 gennaio avevamo approvato il progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani: sono stati distribuiti i 219 miliardi, che mi pare fossero a disposizione a questo fine? Se la risposta fosse affermativa, vorrei sapere come sono stati stanziati.

PRESIDENTE. Il ministro ha già affermato che questi fondi sono stati distribuiti.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Signor presidente, comincerò a rispondere alle domande che sono state formulate nella precedente seduta, a cominciare da quelle dell'onorevole Poggolini. Egli, partendo dalla constatazione di un aumento del 18 per cento delle spese del personale e del 24 per cento per la specialistica convenzionata interna, si chiedeva in quale misura l'aumento del 18 per cento delle spese del personale fosse direttamente e proporzionalmente riconducibile al rinnovo del contratto.

In realtà noi calcoliamo, ma è un aspetto da approfondire perché sono in possesso soltanto dei dati macroeconomici, che l'aumento del contratto nel 1991 non avrebbe dovuto produrre un incremento della spesa del 18 per cento. Si prevedeva infatti che tale incremento dovesse essere pari all'11 o al 12 per cento. Questa maggior spesa del personale deriva, a nostro parere, da una non corretta applicazione del contratto stesso, ma anche dalla metodologia usata da parte di alcune regioni — beninteso noi stiamo parlando dei dati complessivi, non di quelli relativi

alle singole regioni — per le deroghe alle assunzioni di nuovo personale. Come sapete, oggi il blocco delle assunzioni del personale può essere derogato non più dallo Stato, come avveniva in passato, ma direttamente dalle regioni. La programmazione delle deroghe non è sempre rispettosa del *turn over* e non è sempre stata in funzione della programmazione reale del fabbisogno di nuovo personale. Per questo, riteniamo che la cifra del 18 per cento sia esagerata rispetto al reale fabbisogno, e quindi rientri in quella quota che in qualche modo debba essere addebitata alle regioni perché, se non venisse interrotto questo circuito, il problema del deficit pubblico e della responsabilizzazione dei centri della spesa non verrebbe mai affrontato.

Per quanto riguarda la questione della specialistica convenzionata interna, vorrei chiarire che in realtà voci, emerse dal Parlamento in maniera distorta, hanno fornito interpretazioni diverse. È stranamente aumentata molto di più, in termini percentuali, la spesa per la specialistica convenzionata interna che quella relativa al convenzionamento esterno. Ciò vuol dire che per alcune regioni, con riferimento ad esempio alla Campania (in relazione alla quale sono sempre tirato in ballo, come se fossi l'assessore alla sanità del comune, della provincia o della regione: vivo a Napoli, ma preferirei vivere a Milano, perché in tal caso non mi verrebbero rivolte tante richieste), in realtà il convenzionamento esterno è aumentato dell'8 per cento, mentre quello interno è aumentato del 53 per cento.

Il convenzionamento interno secondo noi non è stato contenuto nella spesa, perché non vi è stata una corretta applicazione della convenzione. Volendo fare un esempio, il numero di prestazioni per ogni ora è di gran lunga inferiore a quello previsto. In altri termini, in un'ora dovrebbe essere effettuato un gran numero di prestazioni, ma nella realtà si registrano cifre di gran lunga inferiori. Stiamo parlando di specialisti che lavorano all'interno di una struttura pubblica. Da questo punto di vista in teoria sarebbe più conveniente

rivolgersi all'esterno, piuttosto che effettuare queste prestazioni all'interno. Parlo sulla base di numeri, che sono incontestabili. Spero che nessuno parli, come solitamente oggi si fa in maniera molto scorretta, di trasversalismo tra il ministro e il convenzionamento esterno. A mio avviso occorrerebbe cominciare ad esaminare le cifre e a parlare in maniera più rispondente alla realtà.

Si verifica inoltre una distorta applicazione dell'istituto dell'incentivazione: piaccia o no, è così. Quando facemmo il contratto, non fummo così disattenti al problema del contenimento della spesa, come qualcuno in seguito ci ha accusato. Dicemmo anzi che l'incentivazione avrebbe dovuto essere concessa in funzione della maggiore produttività, in modo tale da potenziare le strutture pubbliche all'interno e cercare di risparmiare effettuando nell'ambito delle stesse le prestazioni, per le quali prima si faceva ricorso all'esterno. Stabilimmo che l'incentivazione avrebbe dovuto essere attribuita in funzione della maggiore produttività, che avrebbe dovuto comunque provocare una minore spesa in altri settori e in altre voci. Si sarebbe dovuto così verificare un bilanciamento, che invece non vi è stato. Da una parte, la spesa è rimasta come era, semmai è aumentata, e dall'altra, l'incentivazione è stata attribuita senza tener conto della produttività, come se si trattasse del pagamento di un normale lavoro straordinario.

Piaccia o no, questa è la verità. So che domani l'ANAO ed altre associazioni protesteranno, ma questa è la verità, perché i numeri lo testimoniano in maniera inequivocabile.

Per quanto riguarda l'aumento di spese classificate sotto la voce « altre prestazioni » (dell'ordine del 29 per cento), faccio presente che ciò è stato determinato da un incremento di spese per l'assistenza agli anziani. Anzi, colgo questa occasione per dire agli onorevoli Renzulli e Garavaglia che due giorni dopo l'approvazione del progetto-obiettivo per la tutela alla salute degli anziani ci siamo rivolti al CIPE perché fossero ripartiti i finanziamenti.



Questo è quanto è avvenuto già nel mese di febbraio. Il fatto poi che molte regioni non abbiano utilizzato quel tipo di assistenza facendo « pesare » i « lungodegenti » sugli ospedali con un conseguente aumento della spesa ospedaliera, è un problema che non riguarda più il mio dicastero! A voi — come Parlamento — fino a quando andrete avanti con il regionalismo senza stabilire quali dovranno essere i poteri sostitutivi, non posso che rispondere di rivolgervi alle singole regioni. So che le regioni incontrano delle difficoltà per assicurare un'assistenza a domicilio, una nuova forma di assistenza — questa — di non facile applicazione, ma in buona parte delle regioni è stato fatto il punto della situazione relativa all'assistenza a domicilio per i soggetti affetti da AIDS ed è risultato che molte di esse non hanno nemmeno iniziato questo tipo di assistenza nonostante che i finanziamenti fossero stati ripartiti fin dal 1990.

L'incremento della spesa è stato determinato anche — ed è questo un dato che deve essere registrato con qualche preoccupazione — dall'aumento degli aiuti di natura economica che le USL e le regioni danno ai cittadini per far fronte ad esigenze di tipo socio-sanitario.

L'onorevole Renzulli mi ha chiesto un'analisi più dettagliata delle voci componenti la spesa per il 1991. Tale richiesta credo sia stata soddisfatta con la presentazione delle tabelle aggiuntive di cui ho parlato all'inizio.

L'onorevole Apuzzo ha richiamato la mia attenzione sul fatto che la spesa sanitaria *pro capite* sia pressoché uguale in Campania, in Veneto e nella Lombardia (rispettivamente 1.502.115, 1.614.369 e 1.494.213), a fronte di prestazioni diverse (è noto infatti che l'organizzazione dei servizi in Lombardia, per esempio, è di gran lunga superiore a quella della Campania). Tale spesa pressoché identica trova la sua giustificazione nella diversità delle prestazioni: ad una più alta spesa che in genere si ha per un numero di servizi che è maggiore nelle regioni settentrionali, fa riscontro una maggiore spesa, nelle regioni meridionali, per quanto attiene all'assistenza farmaceutica e specialistica.

All'onorevole Castellaneta che ha chiesto a quanto ammonti il gettito derivante dal pagamento di *ticket* sanitari, rispondo che esso è pari, per il 1991, a 2 mila 500 miliardi per la farmaceutica e a 900 miliardi per l'assistenza specialistica.

All'onorevole Di Laura Frattura, vorrei dire che l'articolo 4 della legge n. 412 del 1991 non pone a carico del Governo alcun adempimento in via esclusiva. Il Governo, pertanto, non è inadempiente!

Si è parlato di livelli uniformi di assistenza predisposti dal Governo e definiti di intesa con le regioni. Ma se con le regioni non è stato possibile raggiungere « l'intesa », cosa può fare il Governo? Diversa sarebbe stata la situazione se le regioni avessero dovuto essere soltanto « sentite ». Del resto, il Parlamento — molto correttamente — aveva stabilito una certa procedura, proprio per rispettare le regioni.

Sta di fatto che, non essendoci stata l'intesa con le regioni, di cui alla legge n. 412 del 1991, non è stato possibile stabilire *standard* obbligatori e uniformi per tutto il territorio, ai quali ha fatto cenno l'onorevole Saretta, *standard* che lo Stato vuole assicurare ma nel rispetto di quanto stabilito dalla legge finanziaria.

L'onorevole Conti ha richiamato la nostra attenzione sul problema dell'incremento della spesa sanitaria. Onorevoli colleghi, precedenti decreti (ma soprattutto la legge n. 412 del 1991) hanno modificato molti aspetti: sostanzialmente la sanità è stata regionalizzata. La responsabilità è ora tutta delle regioni! Del resto, nelle deleghe che sono state previste tale responsabilità delle regioni è stata, al limite, ancora più ampliata. Nel sottolineare come le regioni abbiano la responsabilità del controllo della spesa, non è mia intenzione scaricare la responsabilità su di loro ma semplicemente rilevare quali siano i soggetti titolari delle decisioni da assumere. Il Governo non è titolare di iniziative quali quelle previste, per esempio, dalla legge n. 412. Dobbiamo uscire dall'equivoco! Il Governo non contesta certamente quanto denunciato dalle regioni circa una carenza di risorse per il 1992, ma occorre appurare — se si vuole essere imparziali — se quanto

previsto in particolare dal comma 3 dell'articolo 4 della legge n. 412 sia stato attuato. Quante regioni, per esempio, hanno rideterminato il numero dei posti letto facendo sì che la loro utilizzazione non fosse inferiore alla media annua del 75 per cento? Quante sono state le regioni che si sono adeguate ad avere sei posti letto per mille abitanti? Mi consta infatti che alcune abbiano addirittura 7-8 posti letto per mille abitanti, e ciò con una forte incidenza sui costi. Quante regioni hanno provveduto a riconvertire quegli ospedali che non raggiungono lo *standard* minimo di 120 posti letto? A tale riguardo, qui è stato giustamente denunciato il caso di ospedali in cui a fronte di soltanto tre degenti si hanno ben 58 dipendenti!

È bene che tutti riflettiamo su tali aspetti per capire se questa autonomia regionale debba rimanere così com'è, lasciando ovviamente alle regioni l'onere di provvedere alle diverse necessità con la propria autonomia impositiva (prevista nella legge delega). In questo caso, però, è evidente che se le regioni vorranno mantenere in attività ospedali in cui vengono ricoverate tre persone a fronte di ben 58 dipendenti, lo Stato, e in particolare il Ministero della sanità, non potranno far nulla perché non hanno titolo per intervenire. A tale riguardo, ricordo che la Commissione igiene e sanità del Senato aveva chiesto, con una deliberazione unanime, al governo centrale del paese di intervenire per esercitare i poteri sostitutivi nei confronti della regione Campania che non portava avanti il discorso della convenzione nonostante la chiusura del policlinico, ma il Governo sostanzialmente non si è potuto muovere dinanzi ad una violenta presa di posizione da parte delle regioni che intravedevano in questo modo una possibile scalfitura della propria autonomia.

Ne consegue che non ci si deve tanto chiedere cosa il Governo possa fare ma piuttosto cosa il Parlamento ritenga di dover fare per consentire al Governo di intervenire.

Vorrei ricordare che la ripartizione del fondo sanitario nazionale è stata effettuata

quest'anno sulla base di una quota capitaria, come stabilisce la legge n. 412, prevedendo un fondo di riequilibrio per le regioni che spendono di più. In altri termini, per l'assistenza ospedaliera abbiamo fissato una quota di 770 mila lire per ogni cittadino. Non si tratta di somme vincolate e quindi nel rispettivo bilancio ogni regione può stabilire di spendere di meno a quel fine: in questa fase ai fini della ripartizione della spesa si stabilisce quanto costa, in media, allo Stato ogni cittadino per l'assistenza ospedaliera di un anno. Ripeto, questo calcolo dà come risultato 770 mila lire.

Debbo fare osservare alle regioni Lazio e Campania che i policlinici universitari non sono strutture private, ma pubbliche, che la legge prevede debbano essere obbligatoriamente convenzionate, non vedo perché debbano essere considerati come ospedali al di fuori del circuito regionale.

Occorre calcolare il costo del posto letto per l'ospedale pubblico e sapere se la regione vuole utilizzare i policlinici universitari. Esiste, ripeto, una norma di legge che prevede che i policlinici universitari debbano essere obbligatoriamente convenzionati e i relativi posti letto vanno compresi nel numero complessivo e quindi la ripartizione deve essere effettuata comprendendo anche i policlinici universitari. Non può più valere la logica in base alla quale le regioni, si tratta di policlinici, chiedono fondi ulteriori. La spesa per garantire il funzionamento dell'assistenza dei policlinici universitari deve gravare sul fondo sanitario regionale, che ha una quota di finanziamento per l'assistenza ospedaliera, comprensiva appunto di quella relativa ai policlinici universitari. Sulla base dei dati in mio possesso, posso affermare che a Napoli il posto letto nel policlinico universitario ha un costo inferiore di oltre un terzo rispetto a quello del posto letto di un ospedale pubblico, che per altro non corrisponde per alta specialità a quello dei policlinici universitari.

A questo punto il problema non si pone chiedendo al Governo cosa intenda fare per i policlinici universitari, ma chiedendo alle regioni come ritengano di dover utilizzare

i policlinici universitari nell'ambito della catena degli ospedali pubblici del servizio sanitario regionale.

L'onorevole Calderoli ha chiesto di conoscere le intenzioni del Governo rispetto agli esenti dal pagamento dei ticket. Per quanto riguarda il 1992, la cifra in termini assoluti è ovviamente diversa da quella che ci aspettiamo, perché i dati forniti si riferiscono ai casi di cui sinora abbiamo notizia, vale a dire 12.700.000, pari al 25 per cento rispetto al totale della popolazione. Ritengo comunque opportuno che questi dati vengano illustrati meglio dal dottor Falcitelli.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale della programmazione sanitaria*. I dati assoluti del 1991 sono diversi rispetto a quelli del 1992. Quelli del 1991 sono infatti quasi a consuntivo; per tale anno le risposte afferiscono al 79 per cento della popolazione, mentre per il 1992 soltanto al 25 per cento della popolazione. Ma abbiamo voluto fornire anche i dati relativi al 1992, onde permettere la verifica di una tendenza che esiste. I dati però non sono comparabili, in maniera completa.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. L'onorevole Casilli ha posto un problema che noi riteniamo di aver risolto. Ne discuteremo quando parleremo della delega al Governo per la riforma sanitaria. In materia vi è una grande novità. Essa è anche il risultato di un processo di maturazione, sviluppatosi nel corso del dibattito in Parlamento, che si è concluso con l'approvazione sia pure parziale di un testo, la cui definizione era condizionata ad una sperimentazione. Ebbene, tutta la materia relativa alla sperimentazione è stata trasferita nella proposta di delega al Governo. Sono previsti centri di responsabilizzazione della spesa, quindi il medico sarà chiamato a rispondere della quota che autorizza. Non so se qualcuno dei membri della Commissione abbia letto sull'argomento un articolo del professore Sirchia, pubblicato ieri su *Il Sole 24 ore*, in cui vengono posti problemi molto seri sui quali dobbiamo riflettere.

Ciò vale anche per il prontuario, con la speranza che una volta per sempre questo problema sia chiarito sulla base delle convinzioni che ho più volte esposto, fermo restando che il Parlamento, se lo volesse, potrebbe modificare la legge. Ma è mia intenzione rispondere anche alle domande relative al prontuario. Vi darò una relazione su questo argomento, così non si correrà più il rischio che vengano diffuse voci non rispondenti alla realtà dei fatti, tanto è vero che abbiamo posto all'ordine del giorno del Consiglio sanitario nazionale di martedì, cui parteciperanno gli assessori regionali, il problema del prontuario nazionale. Sarà riferito agli assessori ciò che essi ignorano e ciò che ignorano ancora di più i presidenti regionali, per cui si parla di prontuario in maniera completamente avulsa da qualsiasi conoscenza di carattere giuridico.

Per quanto riguarda la questione dei farmaci, siamo oggi vincolati alle direttive comunitarie vigenti in materia, che sono state recepite in decreti legislativi. Non siamo più in grado di non registrare prodotti sostanzialmente identici perché siamo obbligati a farlo. Non è opzionale, come alcuni con grande superficialità sostengono, inserire nel prontuario alcuni farmaci o meno. Cosa dobbiamo fare nel caso in cui venga presentata una domanda di registrazione di farmaci, che costano di più perché sono il risultato di una ricerca che grava sull'industria. Si vuole forse che queste specialità non vengano inserite nel prontuario? Nel caso in cui venga presentata la prescritta domanda e la documentazione sia in regola, i farmaci e le specialità sono registrati in tutti i paesi della comunità europea, nel Giappone e negli Stati Uniti. Il Parlamento dica quale dovrebbe essere in tal caso il comportamento del Ministero della sanità, assumendone la responsabilità relativa.

Esiste anche un automatismo per quanto riguarda la spesa. Oggi l'industria farmaceutica è garantita dal silenzio-assenso e una volta trascorso il termine di novanta giorni, il Governo non può fare più ricorso alla discrezionalità, a cui fanno riferimento alcuni membri della Commis-

sione. Oggi esistono automatismi ai quali dobbiamo adeguarci, perché sulla riforma farmaceutica la Comunità europea ha compiuto passi avanti consistenti.

I membri della Commissione vogliono che, di fronte alla richiesta di registrazione di un antibiotico di nuova generazione o di un nuovo farmaco, sia pure non essenziale (ad esempio, un ipotensivo), che magari è più costoso, essendo risultato di un processo di fabbricazione che comporti un miglioramento della qualità, tale nuovo farmaco non debba essere inserito nel prontuario? Questo è quanto alcune regioni vorrebbero che io facessi.

Il paziente ha il diritto di avere il farmaco prescritto. A tal proposito, però, è stato espresso un concetto che condivido, in relazione al quale dovremmo lavorare nell'ambito della definizione della delega: occorre avere la collaborazione dei medici, perché si adeguino al diritto del cittadino ad avere un farmaco, che lo curi in maniera adeguata, al prezzo più basso, piuttosto che prescrivano — poiché paga lo Stato — un farmaco cinque volte più costoso e con gli stessi effetti terapeutici.

È mai possibile che debba essere lo Stato a non inserire quel determinato farmaco nel prontuario, altrimenti si corre il rischio che il medico lo prescriva a chi non ne abbia bisogno? Se fossimo in queste condizioni, onorevoli colleghi, dovremmo compiere una scelta da paese del Terzo mondo e fornire soltanto i farmaci essenziali.

Il problema del numero delle specialità farmaceutiche contenute nel prontuario non è opzionale per il Ministero. Torno a ribadire con molta chiarezza che si tratta di una falsità espressa ripetutamente nel Parlamento negli anni passati. Alcuni membri del Parlamento ascoltano, acquisiscono dati forniti in via ufficiale, ma poi, piuttosto che a tali dati, preferiscono far riferimento agli scritti di grandi esperti, che spesso vogliono fare i grandi moralizzatori o i grandi soloni, senza nemmeno avere la documentazione necessaria.

L'Italia, rispetto ai paesi della Comunità economica europea, sta nella media per quanto riguarda il costo dei farmaci e

sotto la media per quanto riguarda invece il numero delle specialità inserite nel prontuario.

Mi rifiuto di compiere atti che, tra l'altro, le leggi dello Stato non consentono, per evitare che vi siano medici che prescrivano, magari sotto la richiesta del paziente, farmaci più costosi, come ad esempio antibiotici dell'ultima generazione, per un'appendicite che vada verso l'infezione o una tonsillite qualsiasi, casi nei quali sarebbe sufficiente prescrivere un antibiotico quale la penicillina. Occorre attuare questa distinzione e attribuire al medico la responsabilità della scelta del farmaco che effettivamente serve, altrimenti è inutile ridurre il prontuario. Spero che questa volta in buona fede i membri della Commissione vogliano ragionare insieme a me: se togliessimo dal prontuario — mi auguro che il collega Poggiolini sia d'accordo con me — un antiacido e un paziente si recasse dal medico accusando bruciori di stomaco, il medico gli prescriverebbe, non essendoci più l'antiacido, la ranichidina, che costa cento volte di più. Volete togliere dal prontuario farmaci che costano 2.500 lire, per la soddisfazione di dire che quest'anno il numero dei farmaci riportati in prontuario è minore di quello dello scorso anno? Si può anche fare ma — attenzione — la spesa potrebbe anche aumentare perché non è detto che le prescrizioni diminuiscano. Inoltre, può accadere che il medico, al quale il paziente abbia chiesto un farmaco per lenire il proprio bruciore di stomaco, gli prescriva l'omeprazolo, che ha sostituito la ranichidina, un farmaco che oltre a costare di più può dare anche degli effetti collaterali abbastanza negativi.

Il problema deve essere dunque affrontato nei termini cui si è riferito l'onorevole Casilli: è l'intera materia che dovrà essere riordinata. In particolare, dovrà essere razionalizzato il sistema dei ticket, sulla base di un criterio di eguaglianza, eliminando cioè le ingiustizie esistenti. Si dovrà altresì stabilire una quota personalizzata, prevenendo un tetto massimo per il riconoscimento delle esenzioni per i cittadini che ne hanno diritto. In altre parole, ciò che io proposi due anni fa e che i sindacati allora

non vollero accettare, in qualche misura viene ripreso nella legge delega. In buona sostanza, si tratta di individuare una sorta di « bonus » al fine di evitare il trasferimento di una prescrizione da un soggetto esente dal pagamento dei ticket ad un altro non esente. Che tale trasferimento accada lo dimostrano alcuni casi concreti (si veda, per esempio, quanto è accaduto a Capri). Accade che, anche in quelle zone in cui il livello economico medio è molto alto, la quota dei soggetti esenti sia molto rilevante (il 16-17 per cento), con una conseguente incidenza sulla spesa che corrisponde al 58 per cento di quella complessiva. Ora, anche se gli esenti « consumano » di più non è possibile pensare che tale consumo sia quadruplo rispetto a quello dei soggetti non esenti. Evidentemente ci troviamo dinanzi ad un meccanismo perverso che dovrà essere modificato.

All'onorevole Saretta, vorrei poi dire che noi non andiamo a riferire all'avvocato Racco o al dottor Turno. Sta di fatto, però, che al termine del Consiglio dei ministri spesso veniamo « scippati » delle informazioni, e talvolta nemmeno dalle nostre mani. Ciò è tanto vero che io ho aperto un'inchiesta presso il ministero, a seguito di dati che sono « usciti », a mia insaputa. Del resto, fatti analoghi sono accaduti presso altri settori della pubblica amministrazione. Non c'è quindi da meravigliarsi! Io ho pieno rispetto del Parlamento...

EMMA BONINO. Dobbiamo allora venire all'uscita?

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Mettetevi al mio posto! In una democrazia in cui tutto deve essere libero e trasparente, non credo che la segretezza degli atti possa essere imposta.

Non penso, del resto, che io possa dire al servizio di informazione di attendere che le notizie siano prima rese al Parlamento. Ciò, d'altronde, non avviene per nessun atto pubblico. Se voi poi riterrete di fare una legge di questo genere per cui un'informazione non deve essere pubblicata prima che ne sia a conoscenza il Parlamento, vorrà allora dire che ci senti-

remo liberati dall'angoscia di un'informazione che molto spesso diventa disinformazione; sovente, infatti, accade che vengano divulgati dati inesatti. Occorre invece assumersi la responsabilità di certe informazioni, così come sto facendo io dinanzi a voi.

Per quanto riguarda il problema della regionalizzazione della sanità, vorrei dire che nella legge delega vi è un apposito comma in cui si stabilisce che il trasferimento alle regioni è totale in tema di assistenza e di gestione, con la riserva per lo Stato di definire livelli uniformi per tutto il paese, affinché chi vive in Campania abbia lo stesso tipo di assistenza di chi vive nel Veneto o nel Piemonte.

Quanto alla questione del nomenclatore, debbo dire che con molte associazioni che tutelano diritti di soggetti portatori di handicap vi è stato un dialogo costruttivo. Purtroppo vi sono state anche associazioni che sono state un po' meno ragionevoli e comprensive. Colgo questa occasione per sottolineare positivamente la grande responsabilità dimostrata dall'associazione nazionale dei ciechi. Quest'ultima associazione ha infatti prospettato alcune esigenze ma, contemporaneamente, ha anche proposto l'eliminazione di altre ritenute superflue ed inutili.

Non rientra nella nostra competenza un intervento atto a risolvere il problema della diversità di gestione tra USL ed USL e tra regione e regione. Possiamo soltanto stimolare le regioni a far meglio, ma — ripeto — non possiamo intervenire per garantire un migliore funzionamento.

Rimane il problema di una revisione del nomenclatore protesico. A tale riguardo ci stiamo già muovendo ed anzi abbiamo invitato a collaborare con noi i vari rappresentanti delle associazioni. Mi auguro che in questo modo si possano evitare gli errori compiuti in passato, errori che ci hanno costretto a ricorrere a dei correttivi che sarebbe stato meglio evitare.

Per quanto riguarda il volontariato, problema sollevato dall'onorevole Randazzo, ritengo che, prima o poi, noi dovremo emanare una circolare per dare delle indicazioni su come attivare l'incom-

patibilità. Nel momento in cui emaneremo tale circolare troveremo anche il modo di far sì che queste ultime non vengano private di una collaborazione che viene data gratuitamente o a costi assai bassi. Si tratta, in ogni caso, di una norma interpretativa che dovrà essere tenuta in debito conto, al momento opportuno.

All'onorevole Giannotti rispondo che la legge delega non può ripianare debiti ma deve incidere sui meccanismi della formazione della spesa; si devono stabilire, cioè, regole nuove per evitare che vi sia una sottostima del fondo. La legge delega — lo ripeto — non affronta il problema del ripiano dei debiti! Ricordo a tutti voi che c'è un decreto, che attende di essere convertito in legge, con il quale si prevedono interventi per ripianare di 5.600 miliardi. Ma probabilmente tale decreto dovrà essere reiterato perché forse non sarà convertito in legge in tempo utile. Rimangono tuttavia da ripianare altri 4 mila miliardi, una somma che dovrà comunque essere verificata dal Tesoro e dal Ministero della sanità per appurare se essa sia interamente imputabile al settore della sanità.

Per il ripiano delle spese relative al 1991 vedremo cosa sarà possibile fare anche perché vi è stato un impegno del precedente Governo Andreotti a chiarire esattamente, attraverso la verifica fatta da una commissione tecnica, all'interno della conferenza Stato-regioni l'ammontare della spesa maggiore di quella programmata. La commissione tecnica è già stata costituita ma purtroppo — come voi sapete — la conferenza Stato-regioni durante il periodo di campagna elettorale e di crisi di Governo non si è riunita. Su questo specifico punto probabilmente il dottor Falcitelli potrà dare ulteriore indicazione; ritengo tuttavia che questa commissione tecnica stia per iniziare la sua attività.

All'onorevole Conti vorrei dire che con la legge n. 412 del 1991 è stata data piena autonomia alle regioni. Quanto alla questione relativa al passaggio all'assistenza indiretta, debbo dire che si tratta di un problema che attiene all'autonomia e libera scelta di ogni singola regione.

GIULIO CONTI. Non è possibile che la legge contraddica una norma dello Stato, che garantisce l'assistenza a tutti!

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. In questa sede ci dobbiamo capire: questa è la premessa perché insieme possiamo lavorare nell'interesse di tutti.

Nella legge n. 412 del 1991 avevamo stabilito che avrebbe dovuto essere concordato un livello uniforme di assistenza: il ministero lo ha proposto alle regioni, le quali non lo hanno accettato. Vedremo se lo faranno nei prossimi sei mesi. Il decreto-legge recentemente presentato, come i membri della Commissione sanno, blocca qualsiasi ripiano anche nel caso in cui non si stabiliscano i livelli di assistenza uniformi.

In altri termini, se le regioni non raggiungono un'intesa in materia, il ministero non può effettuare il ripiano del disavanzo. Vi è stato quindi un blocco, a seguito del quale il Governo ha invitato le regioni a osservare tali livelli di assistenza e a rientrare nella spesa: nel caso contrario la spesa maggiore è un problema di pertinenza esclusiva delle stesse regioni. Queste ultime non possono continuare a procrastinare un'intesa in materia.

Lo Stato può stabilire dei livelli di assistenza uniformi, dopo di che, se vi sono regioni che spendono di più e che a metà anno hanno già esaurito i fondi per la farmaceutica, altre che non hanno ancora approvato la legge riguardante il nucleo ispettivo necessario per effettuare i controlli, altre ancora che non fanno funzionare il lettore ottico o, infine, che non effettuano i controlli per verificare i consumi anche in altre voci, non vedo perché lo Stato debba ripianare i disavanzi.

Lo Stato non può più ripianare le spese che le regioni non controllano. Il meccanismo che abbiamo inserito nella legge riguarda l'eliminazione del cosiddetto pie' di lista, quando le USL in pratica non avevano bilanci preventivi e quindi spendevano quanto volevano, mentre le regioni assegnavano alle USL i fondi da queste richiesti, tanto poi lo Stato ripianava tutto.

Noi abbiamo interrotto questo circuito: è inutile, quindi, che i membri di questa Commissione sostengano che le regioni chiedono ulteriori fondi.

Le regioni si devono organizzare: se avessero chiuso gli ospedali che non servono, avrebbero ridotto il personale; se avessero accorpato le sezioni, avrebbero ridotto lo straordinario. Lo Stato non ce la fa più, per cui il Parlamento ha votato un provvedimento, che è diventato legge. Il problema è che oggi le regioni sono titolari di ampi poteri in materia, sulla base della loro volontà politica potrebbero addirittura introdurre l'assistenza indiretta o prevedere il pagamento di nuovi ticket. La regione Emilia Romagna sta opportunamente studiando un meccanismo per prevedere il pagamento di un ticket per il servizio di pronto soccorso, per evitare che vi si ricorra per avere gratuitamente dei farmaci. Mi auguro che anche le altre regioni seguano questo esempio.

GIULIO CONTI. Può succedere che qualcuno, per non pagare il ticket, si faccia ricoverare in ospedale!

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Questo è affermato dalle regioni, non dal sottoscritto. Del resto, ognuno ha la sua libertà di pensiero ed è in possesso della ragione, però le regioni, tutti i sindacati dei medici, dall'ANAO all'Associazione dei medici per l'emergenza, hanno preso atto che si verifica un abuso nell'esercizio del pronto soccorso. Se qualcuno in questa sede non riconosce ciò, è libero di pensarlo.

Succede che chi è benestante, invece di farsi prescrivere dal medico di famiglia un ipotensivo, vada al pronto soccorso sia perché lo trova più comodo, sia perché non trova il medico di famiglia, ottenendo così l'assistenza gratuita. In tal modo però egli intasa il pronto soccorso, distraendo il personale, che ha il compito di dare l'assistenza necessaria a chi è in una situazione di emergenza.

Al fine di evitare questo intasamento, ben venga dunque l'apposito ticket, che le regioni stanno autonomamente introdu-

cendo. La materia relativa all'assistenza indiretta e ai ticket è attribuita alla piena responsabilità delle regioni, che possono prendere decisioni in merito e naturalmente ottenere la collaborazione dei medici, per stabilire le specialità e le prestazioni da escludere eventualmente dal ticket.

Il problema del ripiano del disavanzo 1992 riguarda la competenza dei ministri finanziari, che hanno già proposto un blocco totale, qualora nell'ultimo quadrimestre non si applichi il livello uniforme di assistenza. Per la parte antecedente le regioni hanno dichiarato di avere qualche considerazione da svolgere: io farò la mia parte, insieme a voi.

GIUSEPPE SARETTA. Il fondo sanitario nazionale è sottostimato.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Tale fondo è sottostimato, perché non sono state applicate tutte le indicazioni che erano state previste.

GIUSEPPE SARETTA. Abbiamo calcolato ciò che avrebbero comportato le misure previste dall'articolo 4 della legge n. 412 del 1991. In sostanza, si è dato corso all'applicazione delle nuove norme non considerando una carenza iniziale di 5 mila miliardi. Non è stato mai stabilito un preciso punto di partenza, ai fini dell'applicazione dei nuovi criteri.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Non è così. Al riguardo, comunque, il dottor Falcitelli fornirà le opportune indicazioni numeriche, trattandosi di una competenza più squisitamente tecnica.

La verità è che il calcolo che era stato effettuato — questo mi pare ovvio, palese e incontestabile — prevedeva, per non superare quel tetto di spesa, che fossero adempite e attuate tutte le norme previste. Ciò non è avvenuto, dunque è chiaro che vi è uno « splafonamento » dovuto al mancato contenimento della spesa conseguente alla mancata adozione di provvedimenti, che erano stati considerati necessari per arri-

vare allo *standard* che le regioni purtroppo non hanno perseguito.

È molto meglio che sulla questione intervenga il dottor Falcitelli, poiché può farlo con maggiore competenza di me.

L'onorevole Tarantelli domandava se la spesa *pro capite* fosse sottratta alla mobilità. Risulta ad ogni regione che tale spesa è imputata alle rispettive regioni di provenienza, per cui ciò che la Lombardia, ad esempio, eroga in termini di assistenza per conto della Calabria, viene imputato nel calcolo della spesa sanitaria su quest'ultima e non sulla prima.

Per quanto riguarda il prontuario farmaceutico, ho già risposto. È auspicabile il potenziamento del pubblico per ricorrere il meno possibile al convenzionamento privato. Purtroppo debbono essere le USL e le regioni a creare condizioni di lavoro diverse, al fine di raggiungere questo risultato. Per questo nella delega che il Governo chiede al Parlamento per la riorganizzazione del personale sono contenuti anche i principi della mobilità e della meritocrazia e una serie di dati che servono a rendere maggiormente possibile l'erogazione di certi servizi all'interno delle strutture pubbliche.

Ritengo che il processo di regionalizzazione sia inevitabile e a questo punto irreversibile, perché lo Stato non è in grado di assumersi responsabilità a livello locale e quindi deve necessariamente affidare la gestione della sanità alle regioni e queste ultime debbono necessariamente affidarla alle USL. Lo Stato deve individuare, però, dei centri di spesa, a cui attribuire una totale responsabilità per la parte di loro competenza, a partire dai medici, per arrivare al direttore sanitario, al direttore amministrativo, al primario e al direttore generale, oltre che naturalmente alla regione, che oggi controlla il bilancio delle USL ed è in grado di dare all'amministratore straordinario i suggerimenti necessari per mantenersi nei limiti del bilancio.

Credo che la regionalizzazione sia un fatto scontato, necessario e anche utile. Da questo punto di vista, ho già dato una risposta personale. Noi dovremmo operare

dal punto di vista legislativo, prevedendo anche quegli strumenti che assicurino a chi vive in Calabria di avere il diritto ad una assistenza uniforme minima, identica a quella erogata a chi vive nel Lazio o in Lombardia.

Per uno Stato unitario, questo è un dovere. Alcune regioni, invece, non si adeguano agli *standard*, ma a tal proposito ritengo che occorra prevedere l'esercizio di poteri sostitutivi o magari l'approvazione di accordi di programma, che nella realizzazione di alcune iniziative vincolino la regione insieme allo Stato. Occorre in altri termini far sì che vi sia la partecipazione dello Stato medesimo, nell'esercizio di una funzione di stimolo nei confronti delle regioni inadempienti, che privano di determinati diritti i cittadini in esseresidenti e creano vere e proprie sperequazioni, che sono in contrasto con quella uniformità che vogliamo assicurare a tutti i cittadini italiani.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale della programmazione sanitaria*. Debbo esporre due sole considerazioni in maniera molto sintetica. Mi riferisco innanzitutto alla questione dei disavanzi annuali della spesa sanitaria. Fino al 1990 i disavanzi sono stati sempre ripianati. Per quanto riguarda il 1991, è stato effettuato ed è in corso di attuazione il ripiano parziale di 5.600 miliardi. La stessa legge ha previsto una verifica per il totale della spesa 1991. Verifica che, come ho accennato la volta scorsa, è già in atto presso il dipartimento degli affari regionali attraverso un comitato tecnico costituito da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e da rappresentanti delle regioni. L'attività di tale comitato, relativamente alla verifica della spesa per il 1991, dovrebbe concludersi al massimo entro lunedì o martedì della prossima settimana.

In ogni caso, dagli incontri avuti con i rappresentanti regionali sta emergendo che 5.600 miliardi non si dimostreranno sufficienti e che pertanto si renderà necessaria una spesa aggiuntiva di circa 3-4 mila



miliardi. Si tratterà poi di vedere se la spesa complessiva sia addebitabile per intero al settore sanitario.

Per quanto riguarda il 1992, non siamo ancora in grado di quantificare il disavanzo finale. La stessa legge n. 412 del 1991 ha previsto una verifica dell'andamento della spesa per il 1992, verifica che dovrebbe essere compiuta proprio in questo periodo. Successivamente, il comitato, istituito presso il dipartimento affari regionali, procederà alla verifica dell'andamento della spesa per il 1992.

Nel corso della precedente seduta ho già avuto modo di accennare che per il 1992 il fondo è stato determinato in 82 mila miliardi, a seguito dell'individuazione di una manovra di rientro della spesa e tenuto conto di alcune situazioni. Per alcune voci di spesa è possibile constatare che, per il 1992, l'andamento è tale per cui la manovra prevista non produrrà effetti, come ho già avuto modo di chiarire. La spesa farmaceutica non produrrà quei risparmi che erano stati preventivati; lo stesso discorso vale anche per l'assistenza ospedaliera e, in parte, per l'assistenza specialistica.

Ne consegue che sulla base delle previsioni della manovra finanziaria per il 1992, già oggi possiamo dire che vi sarà un aumento di spesa rispetto alle previsioni fatte all'inizio dell'anno. Per quanto riguarda poi la puntualizzazione di ogni singola voce di spesa, il comitato suddetto procederà alla verifica dei dati relativi al 1992, dopo aver completato quella relativa ai dati del 1991. In tal modo potremo essere più precisi sulle singole voci di spesa.

COSIMO CASILLI. Signor ministro, non a caso le ho posto due domande che sembravano non avere una attinenza precisa con i dati che lei ci ha fornito. Io credo che, al di là di un'analisi meramente tecnica dei dati, la sanità abbia bisogno di una riflessione più approfondita soprattutto con riferimento a come dovrebbero essere erogati i servizi, coinvolgendo in maniera diversa l'utente nel rapporto con lo Stato e le regioni.

Signor ministro, a me sembra che lei abbia dimostrato una certa apertura nel momento in cui ha affermato la necessità di responsabilizzare il medico nel disporre di un *budget* da gestire con il paziente. A me sembra, tuttavia, che ciò non sia sufficiente, pur riconoscendo l'estrema positività di questa linea di tendenza. Ritengo che fino a quando la gestione e le responsabilità saranno demandate da strutture a strutture (Stato, regione, provincia e comune) il nodo vero del problema non verrà affrontato. Se vogliamo definire e contenere realmente la spesa sanitaria, soprattutto per ciò che riguarda le prestazioni dirette tra il cittadino e il servizio (mi riferisco alla spesa farmaceutica, a quella specialistica e via dicendo) e se non si arriverà ad un meccanismo che responsabilizzi il cittadino, non risolveremo mai il problema, in modo serio.

È vero che è possibile ridurre il numero dei farmaci riportati in prontuario, ma è altrettanto vero che esistono regole assai precise per la sua compilazione. Al limite, signor ministro, si potrebbe porre il problema della riduzione di farmaci che abbiano la stessa molecola. Come è noto, infatti, non tutti possono « inventare » le molecole, spesso queste ultime si « comprano ». Può così accadere, per esempio, che una ditta, che abbia « comperato » una molecola da un'altra ditta, la immetta sul mercato applicandole un prezzo doppio del costo, con la compiacenza del medico che prescriverà quel dato farmaco. Ora tutto questo si sta modificando ed è positivo. Tuttavia, se diciamo che si sta andando verso un mercato diverso, più libero, che si confronti non solo con il mercato nazionale, è evidente che la risposta non potrà essere quella di una contrazione o dell'inserimento di rigidi vincoli bensì di una selezione intelligente e del rispetto di un codice deontologico. Da qui la mia affermazione che occorre arrivare ad una responsabilizzazione del cittadino, il quale spesso, finora, è ricorso ad un numero eccessivo di analisi, magari perché queste gli sono state prescritte dal medico. Assistiamo quindi a dei veri e propri sprechi, a farmaci, per esempio, che ven-

gono comperati e poi buttati appena iniziato l'uso. Accade, inoltre, che un determinato farmaco sia acquistato da un soggetto esente per trasferirlo ad un altro non esente dal pagamento dei ticket. Tutto questo accade — lo ribadisco — perché manca una responsabilizzazione dell'utente. Ma se noi diciamo all'utente, una volta che gli abbiamo garantito i farmaci salva-vita (il cui numero è piuttosto ristretto), che gli diamo un *budget* familiare da utilizzare in maniera oculata, questi si sentirà probabilmente molto più responsabilizzato nel chiedere al medico la prescrizione di un determinato farmaco.

Chi opera nel settore sanitario sa bene quanto danno procurano alle casse dello Stato e delle regioni il sistema di comparaggio e un'iperprescrizione di farmaci, non sempre indirizzati alla risoluzione della malattia.

Se noi non stabiliremo questo principio di responsabilizzazione dell'utente, cioè non metteremo l'utente in condizione di autocontrollare la spesa sanitaria, probabilmente continueremo a decentrare solo le spese, creando nuovi centri che possono erogarla, ma in realtà non elimineremo quella fascia di sprechi, di abusi e di cattive consuetudini che si concretizzano poi in un aggravio della spesa sanitaria.

Se è vero quanto risulta da alcune indagini pubblicate sulle riviste più accreditate (scientifiche e non) e cioè che gli abusi e gli sprechi rappresentano circa il 20 per cento della spesa sanitaria, si comprende allora perché attraverso la responsabilizzazione, di cui prima ho parlato, sia possibile arrivare ad una effettiva riduzione della spesa, senza che ne venga a soffrire il cittadino, in termini di qualità del servizio e di assistenza.

Vi è poi tutto il discorso che riguarda gli ospedali. È facile che si ricorra in maniera molto superficiale a convenzioni esterne, ma i dati confermano che le strutture pubbliche riescono a effettuare analisi e prestazioni a costi estremamente maggiori rispetto al privato. Dobbiamo partire da questo, che rappresenta un dato certo, anche se possiamo discuterne la veridicità o meno. In sostanza, il servizio

fornito da un privato, qualitativamente migliore, ha costi minori rispetto al servizio pubblico. Lo stesso discorso deve essere fatto per le farmacie comunali.

GIULIO CONTI. Parliamo della rianimazione, che il privato non prevede!

COSIMO CASILLI. Non sto parlando della rianimazione, non sto scendendo nel dettaglio. Una farmacia comunale non lavora sicuramente allo stesso modo e con lo stesso regime economico della farmacia privata. Anche per quanto riguarda le analisi, se confrontiamo il costo di un'analisi effettuata presso una struttura pubblica con quello della stessa analisi, effettuata però presso una struttura privata, ci rendiamo conto che per fornire lo stesso servizio si affronta una spesa molto maggiore.

Ho una personale convinzione e quanto dirò forse potrà sembrare un'eresia, ma fino a quando non verrà definita la situazione e lo Stato o la regione continueranno a concorrere alla dilatazione delle assunzioni e all'integrazione del personale, senza cercare di perseguire, nelle strutture periferiche e nella gestione dei servizi, la necessaria snellezza e, nell'ambito di tale snellezza, senza porre in discussione, in profondità e seriamente, il rapporto fra i dipendenti pubblici e il proprio datore di lavoro, a prescindere dal fatto che si tratti dello Stato, della regione o di un ospedale, il costo conseguente all'erogazione del servizio e l'importo dei bilanci saranno tali, che ogni anno saremo costretti a rincorrerli. Si tratta di un problema in relazione al quale, come diceva prima il ministro, le deroghe concesse dalle regioni per le assunzioni delle USL hanno evidentemente provocato un aggravio di spesa che non era stato previsto.

Se non daremo alle strutture private la possibilità, in maniera trasparente e seria, di avere rapporti di lavoro di tipo diverso per la fruizione dei servizi, non si risolverà mai il problema del costo dei servizi pubblici. Se esaminiamo i bilanci delle USL, dei comuni, delle regioni, ci accorgiamo che gran parte di essi sono assorbiti

dalle spese per la gestione del personale. In realtà le USL non servono per fornire servizi, ma finiscono paradossalmente per pagare gli stipendi al personale che ci lavora, quindi si perde la funzione dell'ente come momento di erogazione di un servizio e di messa a disposizione del servizio stesso al cittadino.

È sufficiente esaminare il bilancio di qualsiasi USL, per rendersi conto che spesso la spesa per il personale supera il 65 per cento dell'intero bilancio di quella struttura. Allora bisogna immaginare uno Stato, una regione, una USL che abbiano la possibilità giuridica effettiva di stabilire un rapporto diverso fra l'ente datore di lavoro e il lavoratore, che non deve più essere basato sui premi incentivanti.

Condivido quanto è stato scritto sulla deroga a questo proposito, perché il premio incentivante in molte strutture è uno strumento per dare un supplemento di stipendio, spesso a « pioggia », cioè a tutti o quasi. Ritengo però che in una struttura pubblica sia molto difficile, se non si introduce un rapporto di lavoro diverso, stabilire la vera natura dell'incentivazione.

In una struttura in cui si sostiene che manca il personale per garantire i servizi essenziali nella normale e quotidiana gestione, ciò spesso diventa straordinario e quindi meritevole di premio incentivante: occorre dunque spezzare questo tipo di rapporto fra l'ente e il personale che in esso lavora, introducendone uno completamente nuovo.

**SERGIO CASTELLANETA.** L'altra volta avevo chiesto la parola, oltre che per dare un giudizio negativo sugli amministratori straordinari delle USL, che non è in sintonia con quello del ministro e con quello della Corte dei conti, anche per conoscerne la sorte, dopo la prospettata proroga di due mesi dei relativi incarichi. Non mi è stata data risposta.

**PRESIDENTE.** Il Senato sta discutendo il decreto. Può darsi che venga presentato un emendamento *ad hoc* nell'ambito del disegno di legge di conversione.

**SERGIO CASTELLANETA.** Volevo conoscere le intenzioni del Governo.

**NICOLA FALCITELLI, Direttore generale della programmazione sanitaria.** Il Governo ha approvato venerdì scorso, nella riunione del Consiglio dei ministri, un emendamento proprio per consentire, sia pure con determinate modalità, la proroga degli amministratori straordinari fino al 30 giugno 1993.

**SERGIO CASTELLANETA.** Non è ancora una buona notizia, ma è una notizia.

Anche per quanto riguarda il contratto del comparto sanità, scaduto da un anno, avevo chiesto di conoscere quali fossero le intenzioni del Governo.

Vorrei fare una sola considerazione su quanto ha affermato il ministro a proposito del convenzionamento interno e sulla produttività di tale tipo di convenzionamento, ma non della specialistica convenzionata interna, che secondo il ministro non ha dato quei risultati che attraverso le incentivazioni ci si aspettava. Occorre però anche affermare che la specialistica convenzionata interna non può dare di più, poiché non è dotata delle strutture necessarie per dare un apporto consistente alla produttività. Faccio un piccolo esempio: negli ambulatori specialistici non sanno neanche cosa sia un ecotomo, non hanno mai visto un ecocardiografo e via di questo passo.

Sembra trattarsi di una presa in giro quando, a proposito delle famose prestazioni di particolare impegno professionale, emerge che la legatura della safena alla *cross* comporta per il medico un'ora e mezza di lavoro. A parte il fatto che per 40 mila lire nessuno andrebbe a legare una *cross*, ma non esistono le strutture necessarie, perché spesso manca il supporto di un'infermiera, non ci sono i ferri. Infatti, in molti ambulatori, anche del nord, non esiste neanche la sterilizzatrice. È chiaro quindi che scrivere sulla carta determinati obiettivi, è diverso dall'andare a conseguirli, il che non è mai avvenuto.

Avevo infine rivolto una domanda sul contratto.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Il contratto della sanità non è avulso dai contratti degli altri comparti, quindi le decisioni che saranno assunte dal Governo per gli altri contratti riguarderanno anche quello della sanità, fermo restando che nelle deleghe è prevista una revisione complessiva del pubblico impiego.

Ritengo che il Governo aspetterà che le deleghe siano approvate e che i decreti legislativi siano attuati, per poi procedere alla definizione del rapporto con il personale. Questo è quanto penso allo stato attuale, però si tratta di materia che appartiene ovviamente alla competenza del Presidente del Consiglio, a cui spetta dare direttive o provocare una decisione a livello collegiale nell'ambito del Consiglio dei ministri.

LAURA GIUNTELLA. Volevo ricollegarmi a quanto ha affermato l'onorevole Casilli al termine del suo intervento. Siamo di fronte ad un servizio sanitario, che sembra spesso finalizzato più al proprio mantenimento che ad erogare le prestazioni necessarie ai cittadini. Penso che sia questa la svolta che dovremo imprimere in futuro, per quanto riguarda l'utilizzazione del servizio sanitario nazionale. Vedo però che l'argomento nel disegno di legge di delega è posto al punto o).

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Non c'entra niente questo, dal punto di vista dell'importanza dell'argomento.

LAURA GIUNTELLA. Mi preoccupavo, ma non si tratta di un *last but not least*. Occorre definire gli opportuni principi, per garantire il diritto dei cittadini nei confronti del servizio sanitario, prevedendo modalità di partecipazione e di verifica nell'organizzazione dei servizi.

Penso che questo si ricolleghi a quanto diceva l'onorevole Amato nel suo programma di Governo parlando della capacità negoziale dei cittadini. Affinché tale capacità non si riduca ad una presa in giro i criteri di cui prima ho parlato dovreb-

bero essere quelli ispiratori dell'intera legge delega. In particolare intendo riferirmi al criterio della trasparenza del servizio sanitario pubblico e del suo bilancio. Il cittadino dovrà essere messo nelle condizioni di poter effettivamente scegliere tra quelle strutture che offrano il miglior servizio nel minor tempo possibile, cosa che finora non si è mai verificata.

STEFANO APUZZO. Il ministro De Lorenzo, nel rispondere al mio quesito, ha detto che mentre nella regione Veneto, per quanto riguarda il settore dell'assistenza sanitaria, si registra più che altro un'offerta di strutture, in Campania, a fronte della medesima spesa, il consumo *pro capite* è da riferirsi soprattutto all'uso dei farmaci. Mi chiedo se questa valutazione non sia però troppo meccanicistica. Forse si vuole dire che poiché mancano gli ospedali al sud, ci si sana ricorrendo solamente all'uso di pillole?

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Questo è quanto accade.

STEFANO APUZZO. Ma questa corrispondenza di cifre, a fronte di una popolazione quasi uguale, è una pura casualità?

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. È la conseguenza di una diversa organizzazione. Dove ci sono più strutture e meno servizi la spesa va in una certa direzione, ma su questo specifico punto occorrerebbe analizzare i dati disaggregati della spesa.

Non possiamo però dire che poiché in Calabria e in Campania il livello dell'assistenza è più basso, le spese debbono essere necessariamente più basse. In genere lo sono, ma alcune regioni ben organizzate hanno la possibilità di garantire prestazioni migliori applicando costi maggiori in determinati settori, mentre altre che possono offrire, per esempio, meno strutture ospedaliere o *day hospital*, sostengono spese minori per il personale e le strutture e spese maggiori per i farmaci. Il problema da risolvere è dunque quello di un riequilibrio del sistema.

STEFANO APUZZO. Signor ministro, vorrei fare un'altra osservazione sulla spesa per il settore psichiatrico. Si tratta, di una spesa quasi totalmente delegata alle regioni.

Nel nostro paese la situazione è drammatica: un malato di mente costa al servizio sanitario nazionale circa mezzo milione al giorno. Se però andiamo ad analizzare quale sia la situazione nei pochissimi ospedali psichiatrici rimasti (i soggetti interessati sono ancora tra 50 e 60 mila), ci accorgiamo che la spesa giornaliera per il costo del servizio che viene offerto dalle strutture non è superiore alle 15 mila lire al giorno. Dobbiamo però rilevare che il servizio offerto a queste persone è assolutamente insufficiente, in alcuni casi ci si trova quasi dinanzi ad un loro abbandono. Mi chiedo dunque se, in prospettiva, sia possibile tentare di valorizzare la persona umana non abbandonandola alla stregua di un cane in un canile, cercando di individuare piuttosto quelle formule alternative di assistenza e di recupero della persona, magari valorizzando al massimo il volontariato sociale, laico e religioso. Tale volontariato, infatti, potrebbe offrire a queste persone sicuramente di più dal punto di vista qualitativo, evitando spesso un loro abbandono se non addirittura una loro ghettizzazione. Il volontariato oggi è in grado di offrire lo stesso servizio, e ad un costo sicuramente inferiore rispetto a quello che si può avere con l'affidamento di una persona ad una clinica privata convenzionata. Probabilmente si può anche intuire quale sia l'interesse delle cliniche private convenzionate nel tenere ricoverata una persona al costo di 150 mila lire al giorno! È sufficiente pensare che spesso alle persone ricoverate viene offerta, in buona sostanza, una « cella », il vitto e l'alloggio, senza cioè prevedere alcun programma di recupero o socializzazione della persona.

Il volontariato sociale — che per altro ha le sue pecche, non sto qui certo ad enfatizzarlo! — potrebbe assicurare alla persona, ad un costo inferiore (intorno alle 80 mila lire giornaliere), un servizio migliore,

un maggior rispetto, consentendole magari di vivere in famiglia e dandole un'ideale assistenza.

Mi chiedo come sia possibile sbloccare questo meccanismo perverso che determina una spesa di mezzo milione al giorno per persone che di fatto vengono abbandonate in cronici a carico delle USL e delle regioni. Occorre cercare di comprendere quali siano le effettive necessità delle persone e non quale sia la soluzione migliore per tenere in vita cliniche private o altre strutture fatiscenti.

GIULIO CONTI. Su alcuni punti condivido quanto ha detto il ministro De Lorenzo mentre su altri mi trovo assolutamente in disaccordo.

Il ministro della sanità ci ha dato una buona chiave di lettura della situazione sanitaria attuale. Personalmente ritengo che se si vuole garantire un minimo di assistenza sanitaria a tutti, ma soprattutto alle categorie più deboli, non possiamo pensare che, in linea di principio, la spesa sanitaria possa essere inferiore a quella che si è avuta fino ad oggi e con quei parametri di aumento che di anno in anno si sono registrati. La mia vuole essere un'analisi realistica, senza entrare nel merito e nella valutazione di eventuali forme di volontariato nel settore sanitario.

Mi trovo però in disaccordo con il ministro nel momento in cui egli dà un valore miracolistico alla legge n. 412 del 1991 ed in particolare all'articolo 4 di tale normativa. Non credo, per esempio, che la chiusura indiscriminata di quegli ospedali che non abbiamo 120 posti letto o che comunque non possono assicurare l'utilizzazione dei posti-letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua (valore che viene stabilito con riferimento alla dotazione complessiva di sei posti letto per mille abitanti) provocherebbe quel risparmio di cui qui si è parlato. Anzi, a mio avviso ciò potrebbe addirittura determinare un aumento della spesa sanitaria. È vero che la legge infatti prevede la chiusura di piccoli ospedali in piccole comunità locali ma è altrettanto vero che, contemporaneamente, garantisce l'esi-

stenza del distretto sanitario, del poliambulatorio, del *day hospital*, della RSA e, infine, del polo periferico di emergenza, che sarebbe una sorta di pronto soccorso diurno di cui non saprei ben definire la sua efficacia in termini medici.

Quindi un'obiezione molto fondata è che non si può risparmiare sul personale chiudendo i piccoli ospedali, perché ovviamente il licenziamento non è previsto e il costo del personale nel 1991 mi pare che sia stato del 43 per cento circa. Si tratta di una spesa che non è comprimibile. Non lo è neanche quella per la farmaceutica, così come stanno dimostrando queste discussioni, perché si tratta di un settore in cui non si può risparmiare.

La spesa sanitaria è riducibile per quanto riguarda invece la voce relativa ai beni e servizi. Non mi pare però che questa possa essere una voce che assicuri un risparmio notevole nella spesa della sanità, se, a fronte della chiusura di strutture ospedaliere, si garantisce l'apertura di tutti gli altri presidi sanitari di cui ho parlato poc'anzi.

Riferendomi più particolarmente alla farmaceutica, condivido quanto ha detto il ministro sul prontuario farmaceutico. Ritengo che rappresenti uno *slogan* sostenere, a proposito del prontuario, che una riduzione del numero dei farmaci comporti una diminuzione della spesa. È verosimile, invece, che riducendo il numero dei farmaci, togliendo cioè dalla circolazione i farmaci meno importanti, si possa spendere di più.

È un discorso che deve essere chiarito, anche perché in ordine ad esso occorre fare alcune considerazioni di fondo. Innanzitutto, bisogna ricordare che la popolazione invecchia, e quindi diventa sempre più necessario ricorrere all'uso dei farmaci. Inoltre, mi sembra che il costo dei farmaci sia in continuo aumento, come del resto lo sono le cosiddette nuove malattie. Mi riferisco all'AIDS, ma anche all'epatite virale e ad altri tipi di virusi, la cui cura presuppone l'uso di farmaci ad altissimo costo: mi riferisco alle terapie basate sull'interferone o sugli antibiotici dell'ultima generazione. Anche gli ipotensivi e gli

antidislipidemici inclusi nelle ultime convenzioni costano molto di più. Nelle confezioni, infine, è contenuta una quantità di prodotto medicinale che assicura una capacità terapeutica, che ha una durata sempre minore nel tempo.

Mi pare dunque che anche la contrazione della spesa farmaceutica sia di difficile realizzazione, così stando le cose.

Non condivido la considerazione del ministro, relativamente al ticket, secondo la quale poiché il numero dei cittadini esenti ammonta al 23 per cento dell'utenza globale, mentre il contributo alla spesa da parte dello Stato è del 67 per cento, vi è qualcuno che approfitta della situazione. In parte questo è vero, ma è anche vero che le categorie esenti sono rappresentate da anziani e da malati cronici, quindi più soggetti al consumo di farmaci. Dunque, non criminalizzerei molto questo aspetto, anche se mi sembra opportuno parlarne.

Vorrei muovere, da ultimo, una critica sulla regionalizzazione ad oltranza della sanità. Mi sembra una critica piuttosto facile. Mi riferisco a quanto il ministro ha affermato poco fa, e cioè che il sistema della regionalizzazione ad oltranza comporterebbe sempre maggiori disfunzioni e difficoltà, soprattutto dal punto di vista di una saggia e buona amministrazione della sanità.

La regione non è attrezzata per la gestione sanitaria. Questo criterio di voler scaricare le responsabilità, che dovrebbero appartenere al sistema sanitario nazionale anche a livello centrale, è preoccupante: significa che nel giro di alcuni anni le regioni alzeranno le mani, come oggi sta facendo il ministro della sanità e ci troveremo dinanzi a proposte di privatizzazione della sanità, tanto per capirci, all'americana, purtroppo con la punizione delle categorie più deboli. Questo noi dovremo assolutamente impedirlo.

A livello di consigli, prima si è parlato della riduzione del numero dei farmaci prescrivibili come se si trattasse di un fatto miracolistico. Io non ho questa convinzione, ma credo che sia opportuno affrontare seriamente il discorso del brevetto per i farmaci. Innanzitutto perché, come

ha detto un collega poco fa, la ditta che è produttrice di una formula spesso la vende ad altre aziende, le quali dopo due o tre anni la rivendono ad altre aziende mettendo in piedi un vero e proprio commercio delle formule e delle molecole.

Mi pare che ciò non sia più tollerabile. Del resto, risolvere tale problema rappresenterebbe una forma di investimento nella sanità, perché incentiverebbe la ricerca, produrrebbe ricchezza e ridurrebbe la sudditanza nei confronti delle aziende multinazionali, che attualmente vengono a vendere in Italia il frutto della loro ricerca (stiamo scendendo al livello di una colonia dal punto di vista scientifico).

Occorre attuare anche un controllo sul Comitato interministeriale prezzi. Infatti, vi sono prezzi che secondo la mia esperienza sono troppo alti, anche perché nel 1991 il numero delle ricette è diminuito, ma è aumentato il loro costo medio. Questo significa che è il costo del farmaco contenuto sulla fustella ad essere aumentato. Il discorso non è quindi quello del medico che si diverte a prescrivere di più o quello del paziente, che si diverte a chiedere più medicine, perché, pur essendo diminuito il numero delle ricette, ne è aumentato il costo medio. Questo è un discorso da tenere ben presente.

Un altro discorso che invece è stato ben individuato dal ministro della sanità riguarda le indicazioni della legge, che ovviamente sono state avversate dalle regioni, in materia di accorpamento delle divisioni e di mobilità del personale.

Vorrei aggiungere anche alcune considerazioni sulla razionalizzazione del numero dei posti letto nei reparti. È assurdo pensare che il numero dei posti letto in un reparto di medicina oggi sia identico a quello di cinque anni fa, quando vi sono malattie nuove che presuppongono il potenziamento di altri reparti, ad esempio quelli delle malattie infettive. La mancata razionalizzazione e riorganizzazione, portano a sostenere che il malato di AIDS deve essere curato a casa o che il malato di epatite virale B non può essere ricoverato nel reparto, che è saturo, e deve essere curato a casa, sicché abbiamo casi di

diffusione della malattia nelle famiglie, vale a dire vere e proprie epidemie familiari di epatite virale B.

Se questi argomenti fossero affrontati in un certo modo, si potrebbe ridurre la spesa della sanità, per lo meno conseguire la razionalizzazione del servizio, rendendolo migliore di quello che è oggi.

Un altro suggerimento riguarda la riduzione del numero delle USL. Questo dovrebbero farlo le regioni; sul punto invito il ministro a rispondermi.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. È previsto nel disegno di legge di delega.

GIULIO CONTI. Non so se le regioni vogliano farlo. Sono perfettamente d'accordo che il criterio da seguire a questo fine dovrebbe essere quello di prevedere una USL ogni 300-450 mila abitanti, il che porterebbe alla coincidenza di molte province con le USL. Ritengo che ciò rappresenterebbe un passo in avanti e soprattutto un'iniezione di fiducia nei confronti dell'utenza, alla quale dobbiamo dare prova di serietà e di buona volontà.

Un'altra discussione, alla quale si è accennato prima, riguarda l'amministratore unico. È stato comunicato che sarà proposta una proroga. Vorrei che il ministro, quando si discuterà il relativo decreto, voglia prevedere anche criteri di valutazione di merito dell'amministratore (una specie di giudizio) e nello stesso tempo impedire che la politicizzazione delle USL, oggi trasferitasi alla regione nella scelta dell'amministratore unico, in qualche modo venga limitata, non dico bloccata — mi rendo conto che è impossibile — scegliendo gli amministratori unici nell'ambito di categorie di personaggi, che pregiudizialmente e aprioristicamente non siano con la forza inquinante dei partiti e che per tale motivo sono premiati con l'affidamento nella stessa regione della gestione di una USL. Mi sembra anche questo un criterio per affrontare la sanità e identificare la figura dell'amministratore unico in un modo diverso da quanto è avvenuto fino ad oggi.

Fra l'altro, ho sentito qualche collega attribuire l'aumento della spesa sanitaria al fatto che dal 1990 al 1991 vi è stata l'introduzione dell'amministratore unico. Non mi sembra che l'amministratore unico possa essere considerato il responsabile di questi aumenti di spesa, ma egli deve essere controllato in modo diverso, come ho in precedenza cercato di suggerire.

ALDO GABRIELE RENZULLI. Ringrazio il ministro per la sua ampia relazione che ci consente di avere una serie di dati utilissimi per il nostro lavoro. Indubbiamente è assai importante la decisione del Governo di far approvare quanto prima la legge delega di cui qui si è parlato. Direi anzi che si tratta di un'occasione storica, assolutamente da non perdere soprattutto da parte di chi, come noi, ha sofferto questa vicenda difficile, complessa e articolata della cosiddetta riforma della riforma che, malgrado la buona volontà di tutti o quasi, non si è riusciti a portare a termine.

Ritengo per altro che la legge delega si muova lungo una linea quanto mai importante e per molti versi decisamente innovativa. Ma non è mia intenzione parlare qui della legge delega anche perché avremo modo di farlo nei prossimi giorni.

In ogni caso, il lasso temporale che ci separa dall'adozione di quel provvedimento dovrà essere coperto con fatti ed atti importanti nonché con decisioni coerenti al disegno che successivamente si vorrà perseguire.

Voglio riferirmi essenzialmente a tre fatti. Il primo attiene alla conversione in legge del decreto che proroga la carica degli amministratori unici. Si tratta di un primo banco di prova dell'esigenza di riannodare il rapporto con le regioni. Occorrerà dare agli amministratori unici un tempo sufficiente a svolgere i loro compiti: si dovrà cioè cercare di avere una sorta di amministratori delegati *sui generis* da parte delle USL, per far sì che sulla base di accordi di programma si possano raggiungere seri obiettivi di risanamento, se non altro dal punto di vista finanziario e dell'organizzazione del lavoro.

Il secondo fatto attiene alla concreta attuazione di alcune norme della legge finanziaria. Signor ministro, sarà quanto mai opportuno che le regioni vengano chiamate singolarmente ad un confronto con lo stesso Ministero della sanità per conoscere il tipo di pianificazione da loro predisposto, in particolare quello ospedaliero che rappresenta il punto fondamentale per arrivare ad un miglioramento qualitativo del servizio e ad una razionalizzazione della spesa.

È vero poi che ci si avvia verso un processo irreversibile di regionalizzazione — è questo il terzo fatto che volevo sottolineare — però tale processo di regionalizzazione potrebbe partire davvero male se si portasse dietro questioni finanziarie pressuose.

È chiaro che non si tratta — come del resto hanno fatto alcune regioni — di presentare semplicemente il conto della spesa o di porsi in una posizione di pressoché non dialogo con il Governo qualora le esigenze regionali non fossero soddisfatte. Sta di fatto però che dovrebbero essere accelerati i tempi di lavoro di quella commissione, costituita per altro un po' in ritardo, che avrebbe dovuto — in ossequio all'impegno assunto dal precedente Governo — eliminare tante incomprensioni. Tale commissione potrebbe essere considerata una sorta di terreno neutrale sul quale verificare finalmente la congruità generale della spesa sanitaria. Più semplicemente, questa commissione potrebbe appurare quali siano le spese maggiorate in virtù di decisioni regionali e quali quelle maggiorate in virtù di decisioni nazionali, il cui onere potrebbe successivamente essere assunto dallo Stato.

In tale modo sarà possibile rasserenare il rapporto tra lo Stato e le regioni e il secondo semestre del 1992 potrebbe essere considerato come il tempo in cui finalmente si è risolto il contenzioso con le regioni mettendo queste ultime in condizione di poter operare con molta serenità.

Concludo, signor ministro, dicendo che da regionalista convinto mi batterò perché nella legge delega siano previsti poteri



sostitutivi per il Governo; diversamente non si avrebbe un serio e compiuto regionalismo.

EMMA BONINO. Signor ministro, se dovessimo prendere alla lettera le sue parole sul ruolo e sul rapporto fra il Governo e le regioni, dovremmo allora convenire che innanzi tutto vi è da modificare quell'articolo del nostro regolamento che autorizza la presentazione di interrogazioni e di interpellanze al Governo.

Se è vero, infatti, quanto lei ci ha detto e cioè che ci troviamo dinanzi ad un processo di regionalizzazione assai spinto, non si comprende allora il motivo per cui dovrebbero essere utilizzati certi strumenti di controllo nei confronti del Governo. In questo modo, probabilmente, si porrebbe fine alle varie polemiche sull'effettiva competenza dell'esecutivo e delle regioni. Il Governo potrebbe finalmente non dirci più che non è competente a rispondere, per esempio, su quanto è accaduto a... « Rocca Cannuccia » ! In questo modo, risulterebbero forse più chiari i limiti e la portata degli strumenti di controllo del Parlamento sulla programmazione del Governo, e non ci sarebbe bisogno di soffermarsi sul comportamento, per esempio, della USL di Bra o della USL di Salice Terme !

Vorrei soffermarmi per un attimo sulla legge delega. Mi consta che il provvedimento sarà esaminato prima dal Senato e, successivamente, direi quasi in zona Cesarini, dalla Camera. Mi risulta che il Governo in Conferenza dei capigruppo, abbia chiesto con fermezza l'approvazione della legge delega prima dell'inizio delle ferie estive e cioè entro il 6 o al massimo il 13 agosto. La cosa è piuttosto rocambolesca ma del resto il compagno Stachanov ci è stato d'insegnamento ! Qualora ciò non fosse possibile, è di tutta evidenza che il Governo non potrebbe vedere approvata tale legge delega prima di ottobre.

In ogni caso, nella migliore delle ipotesi, la Camera inizierà a discutere la legge delega quando il Senato avrà già sospeso i propri lavori per le ferie estive e sarà già a... Rimini !

Noi saremo pronti con le valigie per altre più amene destinazioni, ma non saremo certo nella condizione di modificare un testo: a chi dovremmo rimandarlo, quando il Senato starà... in una pensione di Rimini ?

Poiché non avremo molte altre occasioni per discutere della legge delega, se questi sono i tempi, avverto i colleghi, che per caso non lo sapessero, che questo è stato chiesto nell'ambito della Conferenza dei capigruppo con molta forza: se la richiesta venisse approvata, avremmo veramente pochissimo tempo per discutere nel merito.

Da questo punto di vista vorrei esporre tre considerazioni. Innanzitutto, rispetto ad una materia così complessa ritengo che ognuno un suo modo di affrontarla. Mi sembra di capire, da osservatrice più moderna sul problema della sanità, che certamente la discrasia che si è venuta a creare fra l'ente erogatore, vale a dire lo Stato con i suoi principi di indirizzo, e l'ente di spesa, vale a dire le regioni, che pure non hanno responsabilità precipue, ha portato sostanzialmente ad una situazione di pagamento a piè di lista. In sostanza, lo Stato stabiliva un *budget*, lo distribuiva fra le regioni, che non essendo responsabili di far quadrare il bilancio come altre amministrazioni dello Stato, dall'ENI, all'EFIM, all'IRI — mi pare che le regioni siano in buona compagnia — ad un certo punto verso la fine o la metà dell'anno decretavano la mancanza di un certo numero di miliardi.

Dal punto di vista della responsabilità delle regioni, così come prevista dalla lettera f) della legge delega, a prescindere dal meccanismo del decreto-legge, mi sembra molto corretta la condizione che il *plafond* annuale da distribuire alle regioni venga calcolato con criteri basati sull'auspicio di una riduzione della spesa e quindi di riduzione del *deficit*, ma tutto ciò deve avere le « gambe », cioè i numeri debbono essere poggiati su qualcosa di realistico. Da questo punto di vista, poiché la legge delega è di per sé uno strumento in bianco e poiché ormai il Governo non rispetterà l'articolo 118-bis del Regola-

mento, che lo vincola a presentare nel mese di luglio il documento di programmazione economica e finanziaria dell'anno successivo, suppongo che nelle migliori tradizioni non vedremo nulla di tutto ciò.

Sarebbe interessante sapere dal Governo, prima dell'esame della prossima legge finanziaria, visto che della delega stiamo discutendo adesso, se la previsione di spesa per il 1993 è analoga a quella del 1992, cioè intorno agli 81 mila miliardi, spesa che già sappiamo ampiamente « splafonata », oppure se l'orientamento di spesa per il 1993 è simile a quello per il 1991, vale a dire 93 mila miliardi.

La legge delega è di per sé uno strumento praticamente in bianco. Il risultato dell'intera vicenda qual è? A quanto ammonta il fondo per il 1993?

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Come ho detto, è collegato al punto f) del provvedimento di legge.

EMMA BONINO. Proprio per questo, definire i principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento, significa che dividendo un dato globale, per cinquanta milioni di cittadini, si arriva alla soglia minima.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Occorre arrivare a stabilire i livelli uniformi con le regioni.

EMMA BONINO. Non lo metto in dubbio. Voglio sapere se il fondo che si prevede per il 1993 sia di 81 mila miliardi, tenuto conto che invece esso è già stato ampiamente « splafonato » per il 1992 e che le regioni non hanno applicato la normativa che qui è stata più volte richiamata. La legge delega ha ovviamente una forbice di applicazione molto ampia; il resto dipenderà dai decreti legislativi: sapere, per esempio, da quali fondi complessivi si parte, per poi ripartirli e responsabilizzare le regioni. Si tratta di una procedura sulla quale sono assolutamente d'accordo perché è un elemento non irrilevante.

Ho molto apprezzato l'intervento del collega sull'ipotesi di *bonus* familiare. In questo paese non tutti hanno una famiglia propria, spero però che abbiano ugualmente diritto di cittadinanza! Voglio dire che vi sono i cittadini singoli che hanno diritto di cittadinanza più o meno come gli altri. Credo che l'idea del *bonus* non sia nuova, e tuttavia la ritengo una strada da seguire. Il ministro ci ha detto che questa ipotesi è prevista anche nella legge delega, anche se io non ho trovato questa previsione, pur avendola cercata.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. È previsto nel punto d) del provvedimento.

EMMA BONINO. Qui si parla di « rafforzare le misure contro l'evasione e l'elusione contributiva e contro i comportamenti abusivi nell'utilizzazione dei servizi, anche attraverso l'introduzione di limiti e modalità personalizzate di fruizione delle esenzioni ».

Sarebbe il colmo se in una legge delega si dicesse di voler favorire i comportamenti abusivi nell'utilizzazione dei servizi! In ogni caso, se uno non ha conseguito il premio Nobel, non ci capisce niente: se qualcuno volesse scrivere questi concetti in lingua italiana e spiegare cosa significano, saremmo grati al ministro ed eviteremmo richieste di specificazione.

Sono altrettanto d'accordo con la proposta di istituire un *bonus* individuale, non affidato alla responsabilità del medico o ad altri. Mi sembra una strada da perseguire. Si può farlo con detrazioni fiscali o con cumuli, si possono esaminare varie possibilità, purché si capisca che di questo si tratta.

L'ultima questione che voglio affrontare è quella del disservizio o dei disservizi, non tanto degli abusi del cittadino. Probabilmente una delle strade, quella della responsabilizzazione dell'ente, cioè della regione, favorisce una condotta più saggia in termini di assunzioni di personale: dovendo far tornare i conti e quadrare il bilancio, può darsi che questo sia un freno più o meno indiretto.

Ancora non ho capito il meccanismo di verifica e di certificazione del cittadino esente dal ticket. Lo fanno i comuni, ma non ho capito ancora chi certifica. Immagino che ciò avvenga in base al reddito, quindi in base al modello 740 o al modello 101. Ma è il comune che dichiara che il cittadino è esente dal ticket oppure è la regione ?

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Per il reddito è il comune, per la patologia è la USL. Non c'entra il riferimento regionale.

PIERLUIGI PETRINI. Signor ministro, lei ha più volte posto l'accento — e giustamente — sul ruolo del medico nel controllo della spesa sanitaria. D'altra parte, i medici hanno più volte rivendicato un ruolo meno marginale e, verrebbe quasi la voglia di dire, meno avvilente nella gestione sanitaria.

Lei ritiene che questo ruolo, piuttosto che evocato, dovrebbe essere riconosciuto al medico ? Se crede che questa strada debba essere percorsa, il medico come potrebbe essere utilmente coinvolto e responsabilizzato nella gestione del servizio sanitario ?

FRANCO TRAPPOLI. Vorrei sottolineare l'esigenza di prevedere un potere sostitutivo da parte del ministero, soprattutto per quanto riguarda i controlli, stante l'affermazione fatta dallo stesso ministro e le notizie di cui siamo in possesso, in base alle quali i compiti rispettivi delle regioni o non vengono svolti o, se lo sono, in maniera molto carente. Poiché considero questo fatto assai scandaloso ritengo urgente una iniziativa del ministero.

Penso poi che sia necessario compiere una revisione dei piani e dei finanziamenti per l'edilizia ospedaliera, alla luce delle norme contenute nella legge finanziaria. In alcune regioni, per esempio, si sta andando verso la chiusura di decine di nosocomi e, contemporaneamente, verso la costruzione di nuovi nosocomi, insistenti nelle stesse aree. Tutto ciò prefigura uno spreco francamente inammissibile, su cui il ministero

dovrebbe esercitare un maggiore controllo, anche per quanto riguarda la futura dinamica della spesa.

AUGUSTO BATTAGLIA. Io credo che sia corretto affrontare il problema della sanità partendo dalla definizione e dal contenimento della spesa. Si tratta certamente di un criterio importante ma sarebbe limitativo considerarlo l'unico, anche perché dai dati fornitici dal ministro è possibile desumere che la spesa, dopo la riforma sanitaria, ha subito un aumento, anche se rispetto al prodotto interno lordo si è mantenuta fondamentalmente su livelli accettabili. Dal 1982 al 1991 si è passati da una percentuale del 5,82 ad una del 6,28. Se si rapportano questi dati con quelli di altri paesi europei allora è possibile rendersi conto che la spesa non ha avuto una crescita incontrollata e sconsiderata. Il servizio sanitario nazionale è stato un elemento di contenimento della spesa. Ora, se analizziamo gli incrementi di spesa negli anni precedenti l'istituzione del servizio sanitario nazionale, ci rendiamo conto che la spesa era effettivamente incontrollata. È questo il motivo per cui non comprendo bene perché si insista sulle responsabilità delle regioni, che vengono indicate un po' come la causa di tutti i mali. Indubbiamente, non tutte le regioni si sono dimostrate all'altezza di migliorare i servizi e di ricondurre sotto controllo tutte le spese, ma alcune cose sono state fatte. Bisognerebbe domandarsi se tutte le misure individuate dal Governo erano realisticamente misure realizzabili.

Signor ministro, dobbiamo certamente guardare i numeri ma si dovrebbero guardare anche i servizi ! In una circolare distribuita alcuni giorni fa dalla USL RM6 di Roma, si dice che « il servizio UTR adulti (unità territoriale di riabilitazione per gli handicappati) viene soppresso, mantenendo solo gli ambulatori... Dare comunicazione agli utenti entro il 1° settembre 1992 ».

In molte unità sanitarie locali del nostro paese sta avvenendo che una serie di servizi dell'area non solo socio-sanitaria ma anche riabilitativa vengono soppressi o

parzialmente bloccati. Gli amministratori straordinari delle USL di Roma hanno dichiarato, non più di una settimana fa, che non pagheranno più i sussidi riabilitativi psichiatrici. Altre difficoltà provengono, per esempio, dalla chiusura estiva di alcuni reparti di ospedali. Oggettivamente c'è, dunque, una situazione di grave difficoltà del servizio sanitario nazionale.

Le misure adottate erano tutte attuabili? Non basta dire: le indicazioni sono state date ma le regioni non sono state capaci di ottemperare ai loro compiti! In alcuni casi, ciò sarà senz'altro vero ma in altri — ripeto — occorrerà vedere se le misure erano tutte quante attuabili. L'amministratore straordinario è una sorta di figura monocratica e risponde solamente all'assessore che l'ha nominato...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Risponde alla giunta.

AUGUSTO BATTAGLIA. Sì, risponde alla giunta di cui è espressione. Vi sono amministratori straordinari che hanno operato al di fuori di ogni controllo da parte dei comuni, anche perché i comitati dei garanti si sono dimostrati inefficaci e insufficienti. In attesa che si arrivi ad un rapido superamento di questa figura degli amministratori straordinari, non vi sarebbe il bisogno di un maggiore controllo sugli stessi? Non si potrebbe cogliere l'occasione della proroga della legge n. 111 del 1991 per eliminare i comitati dei garanti e restituire ai comuni e ai sindaci un effettivo e più autorevole potere di controllo? La quota capitaria è un principio di per sé valido, ma applicata così repentinamente senza la necessaria gradualità rischia di essere uno strumento senza efficacia. Occorre inoltre considerare quanto è stato costruito in alcune regioni e quanto non è stato fatto in altre; del resto notevoli sono state le difficoltà che in questi anni hanno incontrato anche quelle regioni che sono più avanti nell'organizzazione dei servizi sanitari. Non si può dunque dire semplicisticamente: tagliate, licenziate, accorpate, ristrutturare! Infatti, anche una misura come quella relativa alla

chiusura di alcuni ospedali necessita risorse. La chiusura e la riorganizzazione dei servizi richiedono — lo ripeto — risorse! Ma la caratteristica e la costante di tutti questi anni — la responsabilità è dunque dei vari ministri che si sono succeduti — è stata la sottostima delle risorse all'inizio di ogni anno. In questo modo, infatti, le unità sanitarie locali sono state messe nelle condizioni di non poter effettuare nemmeno quei processi di riorganizzazione, di ristrutturazione e di razionalizzazione, che comunque necessitano di risorse. Non è dunque il « localismo » del comune, che non vuole veder chiuso il proprio ospedale, ad impedire la ristrutturazione del servizio ospedaliero, al fine di ottenere un risparmio ed una migliore utilizzazione del personale!

I livelli uniformi di assistenza devono essere realizzati attraverso graduali modificazioni dei servizi regionali. In questo modo sarà possibile anche eliminare il fenomeno della « migrazione », che fin quando rimane una « migrazione » sanitaria interna al paese può essere in qualche modo compensata. Molto spesso, però, si tratta di una migrazione verso l'estero perché — come lei ben sa — in alcuni settori le carenze sono totali. Ciò vale, per esempio, per i processi di cura d'urgenza dei traumatizzati alla colonna vertebrale, i quali migrano verso la Germania.

Ma vale anche per la spesa farmaceutica. È vero, in alcuni casi saranno mancati i controlli, ma il problema del costo dei farmaci e della formazione di esso rimane, insieme a quello relativo alle confezioni dei farmaci. Vi è infine il problema di chi prescrive, che in genere non è il malato, bensì il medico. Quando abbiamo responsabilizzato il medico di base, quando abbiamo dato indicazioni e vincoli che possono consentire di scegliere il medicinale meno costoso rispetto a quello più costoso ( spesso è avvenuto anche questo ), quale ricordo bisogna creare fra medicina di base e USL? Alcune voci di spesa, che risultano incrementate, non possono essere riviste, modificando la convenzione SUMAI e vedendo, nell'ambito di queste conven-

zioni, se è possibile migliorare i rapporti fra numero delle visite e qualità dei servizi che si erogano ?

Su questo le lamentele dei cittadini sono notevolissime e non dipende soltanto dalla capacità dell'amministrazione e della regione, ma in parte da vizi insiti nella convenzione.

Vi è tutta una serie di altre questioni, come le misure sugli infermieri, che purtroppo registrano un grave ritardo. Sarebbe interessante sapere, ad esempio, quanto hanno pesato sulle difficoltà finanziarie gli interessi passivi e i ritardi nei trasferimenti da parte dello Stato alle regioni, nonché alcune decisioni del Governo. A tal proposito, chiedo se risponda a verità che a Napoli vi siano due centri specializzati per il trapianto osseo e che ne è stato autorizzato un terzo, e se era necessario autorizzare questo terzo centro ultraspecializzato, che quindi comporterà altri incrementi di spesa. Forse ne erano sufficienti due: in ogni caso, è stato autorizzato un centro che forse dovrebbe esserlo in altre regioni, dove invece sono in ritardo da questo punto di vista.

Non si tratta di puntare l'indice contro le regioni, che non hanno attuato le direttive del Governo. Intanto si tratta di ristabilire un rapporto più corretto, di collaborazione e di fiducia, fra il Governo e le regioni, facendo un'analisi anche critica delle misure adottate fino adesso: tale rapporto più corretto dovrebbe ripartire dalla certezza di alcune condizioni, innanzitutto di quelle finanziarie, in cui le regioni sono chiamate ad operare.

Da questo punto di vista alcune considerazioni che leggiamo sul testo del provvedimento di delega non mi convincono molto e non mi tranquillizzano, anche se saranno oggetto di discussione. Leggiamo di livelli minimi, che quindi corrispondono ad un trasferimento finanziario che fa riferimento a delle condizioni minime. Ma se i livelli minimi vengono varcati, così come finora è stato varcato il tetto finanziario, ogni regione, per la qualità dei servizi che debbono essere erogati ai cittadini, imporrà nuove tasse ? Mi sembra alquanto discutibile stabilire un rapporto

siffatto fra Stato centrale e regioni, così come siamo d'accordo a dinamizzare il servizio sanitario nazionale, tenendo conto di esigenze diverse che ci possono essere fra i cittadini.

Mi sembra che nella proposta del ministro vi sia uno sbilanciamento verso il rischio che una parte consistente degli utenti del servizio sanitario nazionale si organizzi da sé. Sarebbe un grave errore. Laddove il servizio sanitario nazionale si è spezzettato, non ne sono venuti benefici per il servizio pubblico, anzi ne sono venuti fuori dati negativi, in quei paesi che hanno scelto tale strada, per quanto riguarda sia lo stato di salute dei cittadini sia l'organizzazione e il rapporto fra pubblico e privato. Credo che sarebbe più opportuno ristabilire un rapporto corretto con le regioni e insieme con esse concordare tutte quelle misure di contenimento e di razionalizzazione della spesa, di miglioramento della qualità dei servizi; il che potrebbe gradualmente assicurare un migliore servizio ai cittadini italiani.

**RAFFAELE FARIGU.** Stavo per rinunciare a prendere la parola, in omaggio alla stanchezza di tutti, compresa la mia, ma ho deciso di farlo anche per l'atteggiamento del ministro, che è venuto qui a dirci che è stato espropriato di tutto, che la sanità è stata affidata alle regioni e che quindi la responsabilità non appartiene al ministro.

Credo che la regionalizzazione, se in parte è avvenuta, sia stata realizzata in modo distorto. Pur essendo io un regionalista ed appartenendo ad una regione a statuto speciale, che lamenta di essere diventata speciale in negativo anziché in positivo, facendo riferimento a come venne approvato lo statuto sardo, parto dalla considerazione che il diritto alla salute riguarda in maniera fondamentale tutti i cittadini e non può essere esposto a buoni e cattivi gestori. Ci debbono essere soglie minime garantite e su di esse ci deve essere anche chi vigila e chi ne porta la responsabilità. Non è possibile vigilare senza portare alcuna responsabilità! Allora si può delegare e trasferire quanto

vuole alle regioni, ma tutto ciò non può avvenire su una materia che attiene alla salute del cittadino, su cui lo Stato come tale deve essere il primo e insuperabile garante. Credo che su questo non si possa discutere. Tutto il resto viene poi di conseguenza.

Ho sentito tanti discorsi, su spese, « splafonamenti » e altre questioni una tutte negative. Tutto sommato, non sono però così negative, se andiamo a fare i confronti. Ci troviamo infatti nella media della spesa sanitaria; siamo invece un po' sotto per i prontuari, in un confronto con altri Stati europei.

Quindi no al catastrofismo, o a questi giudizi negativi sulla sanità in Italia, perché poi questa non è così cattiva come si vorrebbe far credere !

Quello sanitario è uno dei servizi su cui il cittadino si scontra e si confronta, purtroppo, tutti i giorni, direttamente o indirettamente. È difficile trovare un cittadino che possa dichiararsi soddisfatto ogni qual volta abbia per disavventura la disgrazia di venire in contatto con chi gestisce la sanità.

Allora tutto questo nasce in un popolo di folli e di ingrati verso una classe politica odiata e giudicata in termini negativi *a priori* ? Ritengo che così non sia, che ognuno di noi abbia una propria esperienza personale per poter giudicare complessivamente il sistema sanitario e che possa dichiararsi soddisfatto.

Ho sentito parlare di tentativi di incentivazione per il personale e per migliorare l'organizzazione. Io, tra l'altro, mi avvalgo di una certa esperienza essendo stato un collaboratore leale della pubblica amministrazione.

So perfettamente che gli incentivi nella pubblica amministrazione servono soltanto a creare clientele, inutili tensioni, senza migliorare assolutamente né la qualità né la quantità della produttività. Si inventano, infatti, progetti-obiettivi per risolvere dei problemi, ma spesso ciò vuol dire non occuparsi dell'ordinario. Taluno, in questa sede, ha detto che queste forme di intervento economico sono surrogatorie di migliori trattamenti contrattuali: così, per

esempio, lo straordinario viene dato per integrare lo stipendio; i premi incentivanti finiscono con l'avere lo stesso significato.

Del resto, nell'ora di lavoro straordinario i dipendenti svolgono esattamente lo stesso lavoro compiuto nell'ora di lavoro ordinario. Soltanto chi non ha esperienza nel settore della pubblica amministrazione può accreditare significato e bontà a certe iniziative. Quali strumenti, dunque, debbono essere apprestati perché funzioni la macchina della sanità ? Certo questi strumenti non possono essere né i premi incentivanti né il lavoro straordinario, ma altri. Da qui la necessità di coinvolgere e di responsabilizzare gli stessi sindacati dinanzi ad una situazione di emergenza generale nel comparto della sanità. Diversamente, data la delicatezza dei problemi sul tappeto, il rischio che si corre è di commettere un grandissimo errore.

Le regioni rivendicano una maggiore autonomia, ma a mio avviso il problema è anche quello di una maggiore gestione delle risorse. Si tratti di sanità o di altro settore, le regioni oggi sono protese verso la massima gestione possibile delle risorse disponibili. Ovviamente, su questo punto si registra il massimo conflitto con il potere centrale, un conflitto che non riguarda soltanto il settore della sanità. Lo Stato, del resto, non può assolutamente dare deleghe liberatorie alle regioni. Potrà dare deleghe di gestione, sulle quali il controllo dovrà risultare costante, altrimenti lo Stato verrà meno al proprio compito che è quello di garantire al cittadino il diritto alla salute.

Ma anche i diritti dei disabili sono fondamentali ! Taluni oggi hanno parlato di eventuali chiusure di centri di assistenza. Ebbene, io dico che le categorie più deboli (e quella dei disabili lo è senz'altro) non possono essere lasciati alla mercé della sensibilità, della discrezionalità, della capacità, valori non sempre presenti. Lo Stato deve essere assolutamente il garante più importante di queste categorie.

Oggi molte USL si stanno dimostrando sempre più carenti e fatiscenti nei loro compiti. A fronte di uno spazio di intervento privato o pseudo privato spesso

assistiamo a certe forme di gestione dei problemi relativi alla salute dei disabili o degli anziani, che in concreto si stanno dimostrando un grossissimo affare in cui molti si cimentano con un accanimento feroce e con un atteggiamento dal punto di vista morale alquanto discutibile.

Desidererei sapere dal ministro De Lorenzo - sempre che ciò non sia già contemplato - se nella legge delega sia possibile far riferimento a progetti, seriamente controllati, finalizzati all'occupazione dei giovani, ai servizi per i disabili e gli anziani, con un conseguente consistente alleggerimento dell'onore finanziario e non, della struttura pubblica. Sarebbe altresì necessario sviluppare il progetto relativo al servizio di assistenza a domicilio, un servizio che per gli anziani e molti ammalati (compresi i disabili) ritengo sia possibile.

Si potrebbero in questo modo, lo ripeto, ridurre le spese e contemporaneamente creare dei fondi sufficienti a coprire gli oneri derivanti dai nuovi posti di lavoro, che verrebbero assicurati ai giovani nel settore dei servizi per i disabili, gli anziani e nel servizio di assistenza a domicilio.

Quanto alla questione relativa alla esenzione dal pagamento dei ticket il punto di riferimento, a mio avviso, è costituito dalla denuncia dei redditi. Le mie considerazioni si basano sulla esperienza da me acquisita in Sardegna, anche se credo che il problema non riguardi soltanto questa regione. Come è noto, alcune categorie sono esenti dal pagamento dell'imposta dell'IRPEF (mi riferisco a contadini, pastori e via dicendo). Accade però anche che alcune categorie, che in determinati comuni sono dal punto di vista economico le più solide, ottengano l'esenzione dal pagamento dei ticket perché denunciano nel modello « 740 » l'esistenza di nessun reddito o di un reddito bassissimo. Da qui la necessità di introdurre criteri tali da individuare i redditi sostanziali e non solo quelli formali eventualmente risultanti nel modello « 740 ».

GIUSEPPE BICOCCHI. Ritengo che questa Commissione dovrebbe essere un

po' più attenta nell'affrontare l'argomento in esame, perché non si tratta di dare delle deleghe ma di completare un processo costituzionale che precisi la competenza delle regioni in questa materia, insufficientemente gestita fino ad oggi. Evidentemente dovrà essere contemporaneamente affrontato anche il problema della gestione finanziaria perché non si può continuare a distinguere la gestione dalla disponibilità finanziaria. Diversamente, è inutile, a mio avviso, parlare di un controllo della spesa.

Dal ministro, vorrei conoscere, in particolare, quale sia il rapporto instaurato dal Governo con le regioni relativamente al deficit del 1992. La volta scorsa, si è parlato di un mancato risparmio di qualche migliaio di miliardi. Ebbene, anche in considerazione del fatto che presto dovremo ascoltare i rappresentanti delle regioni, sarebbe utile sapere quale sia la posizione del Governo per arrivare all'azzeramento del debito pregresso e ad una responsabilizzazione delle regioni. Fino ad oggi, infatti, più volte il Governo ha fatto delle minacce. Ma poiché alle minacce, come alle « gride », nessuno crede più, penso che ormai nessuna regione ritenga davvero che il Governo non pagherà più, a piè di lista, la spesa sanitaria.

Vorrei dunque sapere, in concreto, da quale livello il Governo intenda partire per la sua manovra, altrimenti la discussione potrebbe di fatto risultare puramente teorica. Se non si stabilisce una volta per tutte qual è la cifra oltre la quale il Governo non va, (poi magari dice di « no » oggi, ma dice di « sì » fra tre o sei mesi, così come è accaduto fino ad oggi), è ovvio che non sarà attuata alcuna istanza di razionalizzazione della spesa a livello locale, con delega o meno. Questo mi pare un punto fondamentale.

A proposito della legge delega, ha ragione il ministro: al di là di alcuni punti che non hanno convinto nemmeno me, l'impostazione del totale trasferimento alle regioni è corretta; anzi, è da risolvere un problema probabilmente nel dialogo regioni-Governo- Parlamento, in relazione alla proposta di referendum abrogativo del Ministero della sanità, che alcune regioni

stanno portando avanti. Non si tratta di un problema di poco conto, rispetto ai problemi regolamentari circa le interpellanze, di cui ha parlato l'onorevole Bonino, ma si tratta di un problema ovviamente molto più radicale.

Non sarebbe male se nell'ambito di una discussione complessiva, si ragionasse anche su questo: il pieno riconoscimento delle regioni non vuol dire che nella legge delega non siano previsti poteri ispettivi e sostitutivi. L'altra faccia della medaglia di una non deresponsabilizzazione dello Stato nei confronti della sanità è che il riconoscimento dei poteri regionali non vuol dire disinteressarsi al problema, ma riconoscere poteri che sono di piena autonomia. Lo Stato conserva il suo potere ispettivo e sostitutivo, per il rispetto delle leggi da esso approvate.

Sottolineo che occorre discutere la legge delega senza nessuna fretta, perché ritengo che si tratti di un tema relevantissimo. Mi permetto solo di formulare questa osservazione, collegandomi al discorso di prima, perché a mio avviso già in questa proposta è anche troppo dettagliata la parte relativa agli organi, mentre è molto generica quella sui livelli che deve raggiungere un'assistenza sanitaria uniforme.

Io sono molto più interessato a discutere questi livelli, che non l'organizzazione gestionale delle USL. Non vedo perché, accanto ad una autonomia legislativa non si preveda anche un'autonomia sulle organizzazioni dei servizi e dal punto di vista amministrativo, non esistendo una copertura istituzionale, come quella del comune e della provincia, per le USL.

Non vedo perché tutto debba essere regolamentato dallo Stato. Mi sembra invece interessante prevedere garanzie circa i livelli di trattamento uniforme e i meccanismi, attraverso i quali lo Stato e il Parlamento possono intervenire per assicurare tali livelli, attraverso controlli o ricorrendo a poteri sostitutivi. Il mio è solo un accenno al problema; ne discuteremo più ampiamente in ben altro modo, quando entreremo nel merito della legge-delega, per confermare che l'autonomia regionale deve essere piena sul piano dell'organizzazione legislativa, mentre lo

Stato deve assolvere fino in fondo i suoi compiti, che sono quelli di assicurare il trattamento uniforme anche attraverso – lo ripeto – i suoi poteri ispettivi e sostitutivi.

**MARIA GRAZIA SESTERO GIANOTTI.** Sarò rapidissima. Ho preso la parola solo per esprimere il mio dissenso sul taglio che in parte è stato dato e in parte ha assunto questa discussione. In realtà l'analisi della spesa è stata effettuata secondo un criterio che nessuna impresa, visto che il modello impresa è stata frequentemente richiamato dal ministro, adotterebbe.

Non vi è azienda che ragionerebbe sulla necessità di contenerla, senza parlare dell'efficacia della spesa stessa e del rapporto con la qualità del servizio, in relazione al diritto primario della salute e agli obiettivi che tale legge si prefigge. Capisco la sindrome del baratro, introdotta dal Presidente del Consiglio dei ministri, però in questo caso parliamo del funzionamento dei servizi sanitari e di prestazioni che vanno o dovrebbero essere dirette verso tutti i cittadini.

La spesa aumenta e di questo ci si è preoccupati. Sicuramente ci sono dei meccanismi che non funzionano; non siamo di fronte ad un miglioramento della qualità dei servizi e nell'opinione pubblica, vi è un giudizio pesantemente negativo sul servizio sanitario e sulla qualità delle prestazioni. Non è possibile ragionare attorno alla spesa, senza ripensare a questo giudizio, che sebbene ingiusto, è largamente condivisibile, soprattutto se pensiamo alla legge istitutiva, che aveva una serie di obiettivi, fra cui – sono aspetti a cui tengo molto – la prevenzione e il sistema territoriale dei servizi preventivi, che non è stato in gran parte realizzato e che non produce effetti sulla riduzione del numero delle malattie della popolazione. Di questo abbiamo parlato poco. Mi auguro che si trovi un'altra occasione per farlo, perché mi sembra un problema essenziale.

L'analisi dei costi non può non tenere conto dell'efficacia della spesa e non può essere neanche asettica. Non si tratta di costi e di bilanci certificati. Sappiamo tutti sicuramente che nella spesa sanitaria sono



fiorite speculazioni e illegittimità, che hanno determinato inchieste e prodotto condanne. Questa è una variabile politica da non trascurare, per individuare gli elementi costitutivi della spesa sanitaria: non possiamo ragionare attorno ad una bontà generale e reale di questa spesa.

Il ministro De Lorenzo, ha affermato che da quando vi sono gli amministratori unici, hanno cominciato a finire in galera i presidenti delle USL e i dirigenti corrotti. Mi spiace di dovergli dare una delusione. Non si impressionerà certamente per questo, ma a Torino è finito già in galera un amministratore straordinario di una USL, che aveva una lunga storia.

Temo che in conseguenza della lottizzazione, che è stata attuata, di questi *manager*, che per lo più sono politici riciclati, sia alquanto difficile far passare l'istituzione di essi come risolutiva della corruzione e della « malasanità ». La proroga di questa figura, che viene annunciata da molto tempo, mi preoccupa. Bisogna rilevare che da quando esiste nelle USL il potere monocratico, non si conoscono più neanche le delibere e non vi è più alcun controllo: i garanti, infatti, non hanno alcuna funzione di controllo democratico; ma di ciò parleremo in altra occasione.

Non voglio entrare nel merito della legge delega, di cui avremo occasione di discutere. Io non voglio acquisirla come fatto normale. Si tratta di un provvedimento abnorme dal mio punto di vista, che espropria un potere democratico del Parlamento. Ne discuteremo quando sarà proposta.

Mi pare alquanto strano che un organo del Parlamento, com'è la Commissione, avalli in qualche modo una concezione, per cui la legge delega diventi una procedura normale, che si riconosce di diritto al Governo.

GIOVANNI ALTERIO. Mi convincono molto le osservazioni di alcuni colleghi in merito ad un peccato originale che questa audizione, per quanto interessante, ha in sé, pur avendoci fornito dati veramente importanti e significativi.

Abbiamo finito per parlare soltanto della spesa, mentre il nostro compito era anche quello di ragionare sulla qualità delle strutture, sull'efficienza, sulla lotta agli sprechi e sui servizi. Per questo mi ero permesso la volta scorsa di ringraziare il ministro per la puntualità della risposta sul problema dell'edilizia, perché in un sistema sanitario come quello del sud, che vive un *gap* dovuto ad una serie di fattori storici, la questione dell'edilizia sanitaria è senz'altro fondamentale.

Così come credo che da questa discussione, sia pure parcellizzata, sulla spesa sia emersa in modo inequivocabile la necessità di affrontare questo moloc della spesa farmaceutica che ormai divora circa 16 mila miliardi. Si tratta infatti di un problema, che — come ha giustamente affermato il ministro De Lorenzo — non può più essere affrontato soltanto con una periodica « disinformazione » sul prontuario, ma cercando — così come hanno detto gli onorevoli Conti e Casilli — di attuare una ipotesi vera sulla problematica delle molecole e quindi sui brevetti, al fine di limitare il ricorso ad una logica consequenziale di logaritmicità della spesa del farmaco.

Quanto alla problematica relativa al *bonus*, condivido la reazione avuta dal ministro sulla equazione: esenzione del ticket — spesa (soprattutto con riferimento alla situazione di alcune ricche isole), dinanzi a statistiche che fanno per certi versi rabbrivire. Da qui la necessità di sperimentare strade nuove, con uno sforzo da parte di tutti, e ritenendo appunto che l'innovazione del *bonus* possa rivelarsi utile per evitare fenomeni che, almeno per quanto riguarda la situazione del Mezzogiorno sono sicuramente collegati a casi di « farma-truffa », come del resto dimostrano periodiche vicende giudiziarie.

In conclusione, ritengo che la linea preannunciata dal ministro di richiedere al Parlamento un potere sostitutivo nei confronti dell'attività regionale debba essere sostenuta ed incoraggiata, non intendendosi però con tale strumento limitare l'autonomia regionale, ma, come ha sottolineato il collega Biccocchi, responsabiliz-

zare le strutture dello Stato, Governo e Parlamento, su una questione importante e delicata qual è quella della tutela del diritto alla salute.

**PRESIDENTE.** Poiché non vi sono altre domande, invito il ministro De Lorenzo a replicare.

**FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità.** È stato utile per il Governo conoscere l'orientamento e le posizioni dei membri di questa Commissione, anche con riferimento agli aspetti relativi alla legge delega, un argomento — quest'ultimo — che verrà ripreso e approfondito in questa sede.

Il Senato affronterà per primo il dibattito e la discussione sulle deleghe. Quanto è emerso stasera, in questa sede, su tale argomento lo ritengo utile anche al fine di apportare eventuali modificazioni o integrazioni ai relativi provvedimenti.

Circa il problema della psichiatria, all'onorevole Apuzzo vorrei dire che il Governo aveva presentato nella scorsa legislatura un apposito disegno di legge prevedendo un finanziamento per l'organizzazione dei servizi territoriali e residenze protette al fine di smantellare quanto rimaneva dei manicomi e di avviare quella organizzazione per l'assistenza ai malati mentali, che oggi, soprattutto in alcune regioni, è molto precaria se non addirittura quasi assente, finendo con il gravare pesantemente sulle stesse famiglie dei malati. Era stato previsto un investimento complessivo di circa 1.200 miliardi per 3-4 anni, nonché spese in conto capitale e in conto corrente per l'aumento del personale e l'organizzazione del dipartimento. Ma non essendo stato approvato il suddetto disegno di legge, non è stato possibile utilizzare le risorse previste, che invece sono state impiegate in altri settori della sanità.

Rimane l'esigenza di porre mano alla riforma psichiatrica, non pensando ad un ribaltamento dell'attuale impostazione ma a rendere attuabile ciò che oggi non è stato fatto in coerenza con i principi sanciti dalla legge, principi da tutti condivisi ma

che hanno lasciato vuoti assai ampi, che dovranno essere, pertanto, colmati al più presto.

**GIUSEPPE BICOCCHI.** Ma è intenzione del Governo ripresentare questo disegno di legge?

**FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità.** Il Governo ripresenterà il provvedimento: lo ha detto anche il Presidente Amato! Indubbiamente, rimane aperto il problema relativo alla copertura della spesa.

Due anni fa utilizzammo, sulla base di una mozione presentata al Senato e votata all'unanimità, una quota parte delle risorse che erano state accantonate per la psichiatria. Purtroppo, non essendo stato poi approvato il dipartimento e la relativa organizzazione, quella somma che serviva per ripianare i debiti è stata stralciata; per tale motivo oggi ci troviamo a non avere più una copertura. Propongo dunque un disegno di legge che preveda piccole modifiche alla normativa sulla psichiatria, senza avere però le necessarie risorse per la organizzazione delle strutture e dei servizi, a me non sembra andare incontro a quel cambiamento di impostazione che è stato richiesto.

Ritengo che in sede di discussione della legge finanziaria si dovrà individuare la copertura necessaria al disegno di legge in esame.

L'onorevole Conti si è soffermato sul problema della riduzione delle spese relative a beni e servizi. È possibile arrivare ad una riduzione ma fino ad un certo punto. Nell'ambito dei beni e servizi, infatti, non dobbiamo dimenticare gli aspetti relativi al nomenclatore protesico e all'assistenza. Non tutto è riconducibile alle spese per le autovetture degli amministratori straordinari o ai beni accessori! Ciò è tanto vero che si è dovuto fare una apposita legge per evitare un blocco nella spesa per i beni e servizi, un blocco che aveva finito con il legare le mani agli amministratori straordinari e il contrarre un certo tipo di assistenza, che deve essere comunque erogata.

Ci stiamo avviando verso una revisione dei prezzi dei farmaci. Nell'ultima seduta del CIP, proprio in applicazione del nuovo metodo in materia di prezzi, è stata avviata una procedura di riallineamento degli stessi in modo tale da evitare che vi siano specialità farmaceutiche identiche ma a prezzi diversi. È stato infatti abbattuto del 25 per cento il prezzo di numerose specialità farmaceutiche (a partire dalle calcitonine), con un risparmio di 25-30 miliardi. E tutto ciò nonostante che la legge finanziaria abbia già stabilito una riduzione dei prezzi dei farmaci.

Ebbene, credo che questo sia un esempio di come il Governo intenda muoversi. Tuttavia, come voi sapete, la determinazione del prezzo di un farmaco è di competenza del CIP e, conseguentemente, afferisce la competenza Ministero dell'industria. Comunque, su richiesta del Ministero della sanità, è stato possibile, in virtù anche della collaborazione con il Ministero dell'industria, ottenere una riduzione del prezzo di numerose specialità farmaceutiche, che in passato avevano registrato prezzi diversi. Al riguardo, vorrei ricordare che non è detto che per specialità identiche debbano registrarsi prezzi uguali.

Risulta bloccato il processo perverso registratosi negli anni passati, in cui si poteva dare l'autorizzazione per prodotti copia di molecole, che non erano protette. Oggi questa norma esiste e il 20 per cento di riduzione dei prezzi dei farmaci, è previsto come un'iniziativa che parte nell'anno in corso, ma che verrà riprodotta e ripetuta negli anni futuri.

Debbo comunicare all'onorevole Renzulli e agli altri deputati, che hanno rivolto domande in proposito, che il disegno di legge di conversione del decreto riguardante la proroga degli amministratori unici è in corso di discussione al Senato. Speriamo che questo recepisca l'emendamento proposto dal Governo, naturalmente con i correttivi che intenderà apportare, onde evitare la reiterazione del decreto stesso. Gli amministratori straordinari necessitano di certezze, per avere la possibilità di programmare comportamenti, che siano coerenti con l'esigenza di assumere

iniziative che portino anche al contenimento della spesa. Abbiamo previsto una verifica per la riconferma degli amministratori straordinari e un intervento del prefetto per rinnovare i componenti dei comitati dei garanti che, come i Consigli comunali, dovessero rendersi responsabili di determinati reati, al fine di consentire un'azione di moralizzazione da parte dei prefetti, è stata prevista l'attribuzione ad essi di compiti che nella legge precedente erano affidati al commissario di Governo e che la Corte costituzionale ha dichiarato non poter essere di competenza di quest'ultimo. I parlamentari del Senato hanno chiesto una proroga aggiuntiva, perché vogliono che sia effettuato un calcolo basato anche sugli atti legislativi che sono di competenza della regione, dopo l'approvazione dei decreti legislativi, derivanti dalle deleghe.

VASCO GIANNOTTI. Non tutti i gruppi del Senato hanno chiesto questa ulteriore proroga.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Vi è una preoccupazione abbastanza diffusa di programmare le scadenze.

VASCO GIANNOTTI. Credo che vi sia da discutere sul piano politico e il PDS chiede una proroga a tempi molto ben definiti, in modo da decidere sul piano della concretezza. Si può benissimo stabilire una scadenza precisa.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Credo che vi sia poco da discutere sul piano politico e molto da decidere sul piano della concretezza. Si può benissimo stabilire la scadenza del 30 dicembre, dopo di che, se i decreti legislativi non saranno stati varati e le regioni non avranno approvato le leggi regionali per decidere come nominare i nuovi consigli di amministrazione se l'albo nazionale non sarà stato attuato, occorrerà prorogare ulteriormente. Vorrei sapere quale senso avrebbe stabilire la data del 30

dicembre, quando si sa che entro tale data tutti gli adempimenti non potrebbero essere attuati.

VASCO GIANNOTTI. Siamo in un regime transitorio. In base a quello che il ministro dice, rischia di diventare definitivo: un amministratore straordinario che dura in carica anni è un pericolo ancora più grave.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Lasciamo stare i pericoli. Siamo noi qui dentro artefici del destino del paese, non è il Governo. O ci organizziamo qui dentro in maniera tale, che facciamo dibattiti concentrati e legiferiamo, oppure, onorevoli colleghi, potrete programmare quello che vorrete, ma non realizzeremo niente. Sappiamo quanto è difficile decidere e allora è inutile che rendiamo discrezionale il tempo della proroga. Facciamo i conti e rispetto ad essi, ammesso che la legge si approvi entro il 30 settembre, sappiamo che per un decreto legislativo occorrono tre mesi, (se volete la verifica delle Commissioni ci vogliono circa 4 o 5 mesi), dopo di che occorrono 6 mesi alle regioni per varare le leggi regionali: se demagogicamente volete stabilire la data del 30 dicembre, poi vi troverete di fronte ad un altro decreto e dovrete affrontare un'ulteriore discussione, con la riproposizione degli stessi argomenti di oggi. Bisogna anche dare certezza con il calendario alla mano. Decidete voi quando ritenete che il Parlamento approvi le leggi. Per me il tempo lo decide il Parlamento.

Per quanto mi riguarda, va bene la data del 31 dicembre 1992, ma se si fa il calcolo con il calendario alla mano, non vi è da discutere politicamente, ma occorre solo prendere atto dei tempi necessari. Infatti le regioni in meno di sei mesi non potrebbero legiferare, per quanto attiene alle regole necessarie per la nomina dei consigli di amministrazione, e per la ridefinizione dei confini delle singole USL, per cui occorrerebbe certamente affrontare successivi decreti di proroga.

La formula più corretta sarebbe quella di far riferimento all'entrata in vigore

della legge di riforma sanitaria nei tempi necessari per l'emanazione dei decreti legislativi e le leggi di tipo regionale. Si tratterebbe di un criterio oggettivo, al quale il Governo intenderebbe adeguarsi: se non ne esistesse un altro ugualmente convincente, credo che potrebbe prevalere in questo caso non la demagogia, ma la concretezza.

EMMA BONINO. In base a questi calcoli, bisognerebbe fissare la data del 3 giugno 1993.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Il decreto è in discussione al Senato e, a meno che non lo si voglia far decadere, non potrà ritornarvi e quindi non credo che sia fuor di luogo parlarne in questa sede. La proposta del Governo è appunto la data del 30 giugno 1993. Siccome da diverse parti politiche sono venute proposte di proroga, deciderà il Parlamento. Operando una serie di conti, la data del 30 giugno 1993 - se il Parlamento rispetterà certi tempi - risulta obiettivamente rispettabile.

Per quanto riguarda invece le questioni relative alle deroghe, di cui parlava l'onorevole Renzulli, non vi è dubbio che la sfida più importante da vincere è quella del contenimento della spesa ospedaliera. Qui si sono sostanzialmente arenati una serie di provvedimenti, perché è molto facile intervenire sulla contrazione della spesa farmaceutica, e ridurre la spesa corrente in settori come quelli della specialistica e in altri settori dove non sono in atto riforme strutturali, è molto più difficile contrarre la spesa ospedaliera. Tale spesa, se il dottor Falcitelli non mi corregge è pari a circa il 55 - 60 per cento. Quindi, se prescriviamo alla regioni di accorpate le divisioni, attuare la mobilità, eliminare lo straordinario, e queste ultime non lo fanno, non vi è contenimento della spesa su una quota rilevante della spesa sanitaria globale.

È inutile domandarsi dove si sono fermati i provvedimenti. Si sono fermati proprio su questo aspetto. Ricordo che quando il ministro Donat Cattin approvò

nel 1986-87 la chiusura di ospedali con meno di 120 posti letto, ma che questi non sono stati chiusi dalle USL, tranne in qualche caso in cui qualche amministratore straordinario in Calabria, in Toscana o nel Veneto ha assunto provvedimenti del genere.

Non si può parlare di contrazione della spesa e di riutilizzazione delle risorse in applicazioni produttive, se non si eliminano gli sprechi. Il problema non è tanto quello di affermare che la percentuale della spesa sanitaria rispetto al prodotto interno lordo è aumentata di più, perché siamo al 6,8 per cento. Se andassimo a verificare gli sprechi che si verificano nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, potremmo riconvertire quelle somme per assicurare una migliore qualità dell'assistenza, prima ancora di aumentare la spesa.

Credo che da questo punto di vista non sia necessario compiere un grande sforzo, ma ciò deve avvenire, se vogliamo ottenere dei risultati. Da questo punto di vista il Governo ha forse esagerato in termini di correttezza nei confronti del Parlamento. Come avrete potuto notare, nelle deleghe non è previsto il potere sostitutivo. Abbiamo ritenuto di non farlo, poiché si parla di regionalizzazione, di esaltazione del ruolo e della funzione delle regioni. Sono lieto che un regionalista come Renzulli abbia affermato di voler responsabilizzare le regioni, ma di prendere in esame, di fronte ad una inadempienza di queste ultime, i poteri sostitutivi e ispettivi. Se il Parlamento ritiene che debba esservi una piena autonomia regionale, ma che debba essere previsto anche l'intervento dello Stato laddove le regioni fossero inadempienti, questo andrebbe precisato meglio nella legge delega. Diversamente, sarebbe valida l'obiezione dell'onorevole Bonino, ripetuta mi pare dall'onorevole Farigu, nel senso che occorrerebbe verificare in quale misura il Ministero della sanità può rispondere al Parlamento sulle richieste in materia sanitaria.

Il Ministero della sanità naturalmente provvede ad assumere tutte le iniziative di carattere politico generale, di indirizzo e di

coordinamento. Abbiamo approvato il progetto-obiettivo per l'AIDS e quello per la salute degli anziani, però non possiamo rispondere di atti specifici che sono di diretta ed esclusiva competenza delle regioni. Lo dico non perché sia mia intenzione entrare in polemica con le regioni, o perché voglia fare a scaricabarili, ma perché risulti evidente qual è il punto debole della questione. Se vogliamo avere, come Parlamento oltre che come Governo centrale, la possibilità di garantire a tutti i cittadini uguali diritti nel rispetto delle leggi dello Stato, allora probabilmente dovremo meglio studiare le modalità di intervento del governo centrale del paese, dimostrando quanto sia provocatoria ed inutile la stessa proposta di indire un referendum abrogativo del Ministero della sanità. Quest'ultimo potrà anche non chiamarsi più in questo modo, oppure lo si potrà, per esempio, chiamare Ministero degli affari sociali, oppure ancora si potranno trasferire le sue competenze al Ministero dell'interno, ma in ogni caso a me pare che per la decisione sui centri interregionali di alta specializzazione, per tutta una serie di ordinanze afferenti questioni igienico-sanitarie e per tutte le grandi malattie non possa che essere il Governo centrale del paese ad intervenire.

Se si riconosce valido quanto ho appena detto, c'è allora poco da discutere con le regioni! Una volta che tutte le competenze sull'assistenza e sulla gestione sono state trasferite alle regioni, si tratterà di individuare i compiti di competenza dello Stato, dando però a quest'ultimo la possibilità di intervenire esclusivamente con i poteri sostitutivi laddove si verificassero inadempienze nell'applicazione di leggi approvate dal Parlamento.

Quanto ho appena detto potrà senz'altro essere recepito nella legge delega. Mi sembra in ogni caso che dal dibattito emergano chiaramente certe esigenze: il nostro compito è quello di lavorare insieme affinché al Parlamento il Governo dia garanzie precise su argomenti di interesse nazionale.

Quanto al problema della previsione della spesa — rispondo ai vari colleghi, ed

in particolare all'onorevole Bonino che si sono soffermati su questo specifico punto — debbo dire che noi abbiamo avuto un tempo « zero », rappresentato dal consuntivo del 1989. In altri termini il 1989 è stato considerato l'anno « zero », cioè l'anno con riferimento al quale è stato concordato l'ammontare della spesa. Non c'è dubbio che ci troviamo dinanzi ad una situazione nella quale è difficile prevedere una spesa per la sanità, che sia corrispondente a quelle che sono le aspettative dei cittadini e le esigenze da tutti previste, perché la spesa sanitaria tende sempre ad aumentare: aumenta il numero degli anziani; le biotecnologie si sviluppano; i costi della diagnostica aumentano e via dicendo. Ecco perché dico che la delega cambierà radicalmente il sistema. Del resto, è la stessa legge finanziaria a stabilire la disponibilità delle risorse: ci confronteremo con i ministri finanziari, ai quali farò presente le esigenze da soddisfare per assicurare livelli uniformi minimi per tutelare il diritto alla salute di tutti i cittadini. Raggiunti quei livelli, potremo decidere che quello sarà per noi il tempo « zero ».

Per quanto riguarda poi il ripiano dei debiti del 1991 e del 1992 si dovrà discutere sulle responsabilità delle regioni, dello Stato e sulla mancata intesa tra Stato e regioni. Ne consegue che per le previsioni di spesa per il 1993 occorrerà riferirsi a quanto previsto nella legge delega.

In particolare, relativamente al settore ospedaliero, noi prevediamo pagamenti non per giornata di degenza ma per prestazione. In questo modo daremo una autonomia funzionale, gestionale e finanziaria all'ospedale, venendosi così a determinare un meccanismo competitivo tra pubblico e pubblico e tra pubblico e privato, con la certezza di non avere pagamenti per degenze che si prolungano nel tempo e che incidono sulla spesa senza miglioramenti qualitativi. A tale riguardo, assicuro che è intendimento del Governo — e credo che sotto questo aspetto dalle deleghe non emerga una volontà diversa — mantenere un servizio sanitario nazionale

pubblico in grado di garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute.

Ciò non toglie, però, che ci troviamo di fronte a meccanismi che hanno fatto degenerare il sistema (mi sto riferendo, per esempio, a quello delle convenzioni) in cui si è registrata sostanzialmente una metodologia di tipo monopolistico, che lo Stato ha esercitato anche quando ha delegato il privato a sostituirlo.

Nel diverso sistema che si vorrà costruire l'obiettivo non dovrà essere quello di abbattere lo Stato sociale, ma di far sì che vi sia una certa competitività. Ad un certo punto sarà più corretto dire, ad esempio, che le convenzioni non verranno più stipulate con nessuno. Potrà determinarsi il caso per cui poiché un determinato intervento chirurgico (ad esempio, una appendicectomia) non può più essere praticata dall'ospedale pubblico, il cittadino sarà libero di rivolgersi altrove per tale intervento e non necessariamente alla casa di cura, scelta e convenzionata con un potere discrezionale da parte della USL e della regione. È questo il meccanismo che è nostra intenzione prevedere! Tutto ciò, naturalmente, lasciando allo Stato il compito di predisporre una organizzazione che garantisca soprattutto l'assistenza ospedaliera e gli interventi di medicina generale.

Ritengo inoltre che dalla delega emerga una certa elasticità di interventi: per alcuni tipi di prestazioni, per esempio, non direttamente erogati dal servizio sanitario generale nazionale ma da mutue aziendali già esistenti, il trasferimento del costo di queste prestazioni dallo Stato alle mutue potrà continuare ad esserci, al fine di consentire al cittadino la scelta della struttura. Ritengo che in questo modo si abbia anche una sorta di liberalizzazione del sistema, senza però compromettere il diritto ad avere le stesse prestazioni ma ad un prezzo più competitivo. In questo caso, lo Stato potrebbe risparmiare e non sarebbe costretto a far tutto e magari a costi che in alcuni casi risulterebbero assai elevati perché non rispondenti a quell'indice di produttività cui si uniforma un privato, certamente competitivo ma non speculativo o assicurativo. Questo è quanto

vorremmo cercare di raggiungere con le deleghe, sempre disponibili tuttavia ad accettare modifiche laddove queste si dimostrassero necessarie. Ma tale margine di libertà per il cittadino è quanto lo stesso Presidente del Consiglio Amato ha sottolineato, illustrando il programma di Governo alla Camera e sul quale ha ottenuto la fiducia della stessa.

A proposito del problema del cosiddetto *bonus*, si tratta di una questione correlata a quella dei ticket. Anche in questo caso, se ce ne fosse bisogno, nella legge delega il punto potrebbe essere disciplinato in maniera più chiara, anche se l'obiettivo che vogliamo raggiungere è quello cui si è riferita la stessa onorevole Bonino.

Abbiamo responsabilizzato i comuni, nel senso che sono state create delle condizioni per cui non c'è o non ci dovrebbe più essere una discrezionalità nel riconoscimento delle esenzioni per reddito. Dovranno infatti risultare esenti soltanto coloro che beneficiano di una pensione sociale. È strano dunque che vi siano abusi nel riconoscimento di esenzioni per reddito! Del resto, abbiamo già sanato questa piaga togliendo tutta una serie di esenzioni che c'erano per fasce di reddito superiore. Dovranno indubbiamente essere condotti controlli efficaci: abbiamo previsto controlli « misti » con la collaborazione del Ministero delle finanze, al fine appunto di evitare abusi.

L'onorevole Petrinì ha fatto riferimento a dei medici che sarebbero stati chiamati in causa dal sottoscritto al fine di ottenere una loro maggiore responsabilizzazione nella manovra di contenimento della spesa sanitaria e nel loro coinvolgimento non come controparte ma come parte del servizio sanitario nazionale. Non c'è dubbio che una uguale responsabilizzazione vogliamo che sia data ai vari centri di spesa. Ma noi non ci rivolgiamo soltanto ai medici perché sia risolto il problema del contenimento della spesa! Partiamo senz'altro da loro, ma — come risulta evidente dalla stessa legge delega — abbiamo anche individuato una serie di centri di spesa da responsabilizzare. Lo stesso medico di famiglia avrà un suo *budget* da gestire; anche

il primario ospedaliero avrà un suo *budget*, per cui qualora dovesse mancare un farmaco o una attrezzatura specialistica, non si bloccherà l'attività di un dato reparto perché questi si sentirà responsabilizzato ad intervenire per ripristinarne il funzionamento.

Tutto ciò sarà evidentemente accompagnato da un meccanismo diverso di organizzazione del rapporto di lavoro, come risulta dalla normativa, contenuta nella delega, che si occupa della riforma del pubblico impiego. Ci siamo limitati ad inserire nella legge delega la parte normativa riguardante i livelli di organizzazione del personale, a seguito di un voto del Parlamento. Credo che, se ci allontanassimo troppo dal disegno di legge che è stato approvato nella passata legislatura da una delle due Camere, anche se non è stato convertito in legge, andremmo allo sbando. Poiché abbiamo direttive, che sono state già approvate dal Parlamento, ci muoviamo sul sicuro, nella certezza che il risultato sarà migliore.

L'onorevole Trappoli parlava dell'attivazione dei piani edilizi delle regioni. Tali piani sono stati approvati nell'ambito del piano sanitario nazionale. Di volta in volta i piani di fattibilità ci assicurano che, quando si chiude un ospedale, quella struttura venga utilizzata per residenza di anziani, per poliambulatori o altro. Questo tipo di controllo esiste. Se sfugge qualcosa, potrà essere preso certamente in considerazione nella valutazione complessiva che si fa alla fine del finanziamento di tutti gli interventi previsti.

All'onorevole Battaglia rispondo che non vi è dubbio che la spesa sanitaria sia aumentata. È chiaro che vogliamo contrarla, nonostante la percentuale rispetto al prodotto interno lordo sia ancora bassa, però per migliorare la qualità del servizio, come ho già detto, occorre modificarla e razionalizzarla, perché tale spesa è alta rispetto al servizio che viene erogato. Ciò non significa che il Governo non dovrà tener conto che nel tempo sarà necessario aumentare la percentuale della spesa sanitaria rispetto al prodotto interno lordo.

Le misure applicabili agli amministratori straordinari dovranno anche essere meglio definite nell'ambito del decreto di proroga degli stessi. Anche i problemi relativi agli accorpamenti di USL o questioni similari saranno di competenza delle regioni, quando verranno rivisti i confini delle singole USL. Una serie di servizi sociali vengono in qualche modo, se non soppressi, sacrificati.

La parte più delicata e più carente del servizio sanitario nazionale è quella relativa alla prevenzione e alla riabilitazione. Non a caso nella scorsa legislatura abbiamo presentato un piano sanitario nazionale con una serie di progetti-obiettivo che andavamo incontro alle esigenze dei malati cronici e renali, a quelle dei malati che avevano avuto alterazioni della colonna vertebrale. Abbiamo previsto la creazione di unità spinali, con finanziamenti che abbiamo attribuito sulla base di piani e privilegiando quelle regioni che sono state giudicate capaci di utilizzare immediatamente i finanziamenti disponibili, avendo già una cultura in materia e quindi una struttura da ampliare o da riproporre sul territorio. Non sappiamo in quale misura queste risorse siano state utilizzate. Però a ciò sono state finalizzate. Nell'ambito della programmazione sanitaria dovremmo naturalmente tenere in particolare evidenza questo aspetto.

All'onorevole Bonino debbo testimoniare l'imbarazzo di chi non può rispondere su tutto quello che viene richiesto, perché le competenze sono diversificate. Questo tipo di preoccupazione esiste in molti, spero anche la Commissione. Dobbiamo trovare insieme il modo perché lo Stato rimanga garante della tutela dei diritti del cittadino, al di là e al di sopra della regionalizzazione, che tutti vogliamo. È un tema che è stato da più parti ripreso e che dobbiamo affrontare con lo strumento del potere sostitutivo. In questo modo elimineremmo una serie di divergenze, che si sono create soprattutto in alcune aree del nostro paese. Qualcuno andrà a rivedere meglio le competenze delle regioni, delle USL e del personale che viene di volta in volta chiamato a svolgere

un determinato ruolo. Per le pensioni, dobbiamo rivedere meglio alcune questioni che attengono all'*handicap* e, nell'ambito della delega, la revisione e la razionalizzazione delle pensioni, contiamo di poter portare avanti tenendo conto del principio di uguaglianza.

All'onorevole Bicchieri voglio dire che è opportuno specificare alcune questioni, se non vogliamo che questo Stato sia poi tanto disarticolato. Se non creassimo l'albo nazionale degli amministratori straordinari, sconteremmo nuovamente gli stessi effetti negativi che abbiamo avuto con gli albi regionali degli stessi amministratori. Nella proposta di delega abbiamo, quindi, voluto dettagliare alcuni aspetti, che sono il risultato di un lungo dibattito parlamentare.

A me pare che l'albo regionale sia fondamentale per assicurare un certo livello di prestazioni e di professionalità, che un direttore generale deve avere. Dopo il superamento dell'albo regionale, si sosteneva che non fosse necessario intervenire nel dettaglio di questo aspetto, che invece credo sia molto importante: preciso che stavo parlando di albo nazionale e quindi di definizione dei compiti.

Ritengo giusto aver previsto il consiglio dei sanitari, perché esso individua una funzione che finora è mancata e che è necessario i medici abbiano. È stato inoltre utile aver previsto responsabilizzazione dei medici anche nella gestione. Infatti abbiamo previsto che essi debbano far parte non solo del consiglio sanitario, ma anche del consiglio di amministrazione. Evidentemente deve trattarsi di medici non dipendenti della medesima USL, ma sono favorevole ad inserire i medici nell'ambito del consiglio di amministrazione, poiché questo significherebbe portare un contributo di competenza nella gestione, che altrimenti non si avrebbe. Infatti, a fianco dei medici abbiamo previsto rappresentanti degli assistiti ed esperti di programmazione ed organizzazione, per migliorare la qualità di chi dovrà assistere il direttore generale nel funzionamento del servizio sanitario nazionale.



Un altro aspetto tra quelli trattati dall'onorevole Bicocchi riguarda i livelli, ma non possiamo entrare nel dettaglio di come dovranno essere definiti. Ciò rientra nell'accordo con le regioni, che abbiamo affrontato in qualche modo. Per il momento basta affermare che occorrerà arrivare a livelli uniformi e tener conto che essi comunque non dovranno andare al di sotto di un certo livello, altrimenti distruggeremo lo stato sociale, che vogliamo mantenere, pur nel rispetto della regionalizzazione.

Voglio concludere affermando che alcuni altri aspetti che sono stati qui posti, e che non possono essere esaminati punto per punto, potranno essere discussi nell'occasione che ci sarà fornita in sede di discussione della legge delega. In quell'occasione sarò in grado di fornire maggiori dettagli, e soprattutto, di assumere contributi più definiti anche in termini di proposte concrete, per modifiche e correttivi

alle deleghe, che speriamo possano essere migliorate dal contributo del Parlamento.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, e il direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità, dottor Nicola Falcitelli, per i loro interventi, che sono stati puntuali ed esaurienti. Ringrazio anche tutti i colleghi, i quali hanno partecipato all'audizione, che mi è sembrata molto interessante. Abbiamo creato le basi per il lavoro che ci attende.

**La seduta termina alle 20,15.**

---

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO  
STENOGRAFIA*

*DOTT. VINCENZO ARISTA*

---

*Licenziato per la composizione e la stampa  
dal Servizio Stenografia il 22 luglio 1992.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO