

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

VII

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 MARZO 1993

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

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE RAFFAELE COSTA, IN ORDINE AI PROVVEDIMENTI ATTUATIVI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502, DI RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, NONCHÉ ALLE INIZIATIVE CHE IL GOVERNO HA ALLO STUDIO E INTENDE PRENDERE PER APPORTARVI MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni:	
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	155, 161, 167, 172
Battaglia Augusto (gruppo PDS)	165
Beebe Tarantelli Carole Jane (gruppo PDS)	171
Casilli Cosimo (gruppo DC)	161
Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	171
Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i>	156, 165, 166, 169, 170
Giannotti Vasco (gruppo PDS)	162, 166
Mori Gabriele (gruppo DC)	169, 170, 171
Poggiolini Danilo (gruppo repubblicano)	166, 167
Provera Fiorello (gruppo della lega nord)	166
Sulla pubblicità dei lavori:	
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	155

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,40.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Informo la Commissione che l'onorevole Marco Pannella ha chiesto, a nome del gruppo federalista europeo, che la pubblicità della seduta sia assicurata anche mediante ripresa audiovisiva a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni.

Desidero anzitutto rivolgere, anche a nome della Commissione, il saluto più cordiale al neo ministro della sanità, onorevole Costa, ringraziandolo perché già il giorno successivo alla sua nomina a ministro si è messo in contatto con me per comunicare la propria disponibilità ad in-

tervenire in Parlamento e, in particolare, nella nostra Commissione per eventuali audizioni.

Dico subito che nel corso dell'audizione odierna, che avrà per oggetto il decreto legislativo sulla sanità, ci occuperemo anche delle conseguenze determinate dall'adozione di provvedimenti di carattere economico (*ticket*, bollini e via dicendo), nonché della difficile situazione in cui si trova il nostro paese relativamente al comparto sanitario.

Desidero informare il ministro che la nostra Commissione, subito dopo l'emanazione del decreto legislativo sulla sanità, ha calendarizzato una serie di audizioni dei rappresentanti di vari organismi istituzionali (regioni, comuni, comunità montane) nonché dei rappresentanti di quelle categorie che sono impegnate nel servizio sanitario nazionale e dell'utenza.

Da alcune audizioni è emersa la valutazione corale che le osservazioni fatte dalla nostra Commissione sul decreto legislativo in materia sanitaria erano sicuramente migliorative del testo del decreto stesso.

Saremmo grati al ministro se oggi egli ci potesse dare una sua valutazione della realtà che stiamo vivendo, ma soprattutto se ci volesse informare (alcune anticipazioni sono già state date dalla stampa) su eventuali iniziative che possono essere messe in atto per correggere l'attuale situazione.

Colgo l'occasione per informare il ministro della sanità sullo stato dell'*iter* dei più importanti provvedimenti all'ordine del giorno della nostra Commissione. Ci siamo occupati prevalentemente, oltre che, ovviamente, dei decreti concernenti il settore della sanità, di quei provvedimenti

giunti, diciamo così, in dirittura d'arrivo nel corso della legislatura precedente. Tra i provvedimenti di cui abbiamo ripreso l'esame, particolare importanza riveste quello sull'accertamento di morte. Sappiamo che il ministro Costa si è occupato di tale specifico problema, per cui mi auguro che egli voglia prestare la massima attenzione al riguardo, affinché il relativo provvedimento sia inserito nel calendario dei lavori dell'Aula. Un suo intervento in tal senso potrebbe senz'altro essere utile, a meno che — rivolgo un preciso appello ai colleghi — coloro che hanno chiesto la rimessione in Assemblea del provvedimento non intendano rinunciarvi.

Come è noto, quello dell'accertamento di morte è un problema assai importante e delicato perché collegato al problema dei trapianti di organi.

Tra gli altri provvedimenti al nostro esame, ricordo quelli sulla psichiatria, sulle professioni infermieristiche, sugli hanseniani, sulla mucoviscidosi o fibrosi cistica, sul doping, sul termalismo, sugli odontoiatri.

Sono questi — lo ripeto — i problemi che si trovano già in fase di avanzato esame da parte della nostra Commissione.

Scontata la nostra massima collaborazione, sono certo che anche il ministro della sanità vorrà fornire la sua.

Per concludere l'elenco dei nostri impegni, aggiungo che abbiamo avviato l'esame della relazione trasmessaci dal ministro sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, relativa alla tutela della maternità ed all'interruzione volontaria della gravidanza. Peraltro, anche in questo campo sono già state preannunciate iniziative a sostegno della maternità e della donna.

Do subito la parola all'onorevole ministro.

RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità. Signor presidente, onorevoli colleghi, desidero innanzi tutto ringraziare la Commissione per la sua accoglienza; credo che nel poco — o non molto — tempo durante il quale dovrò occuparmi come ministro dei problemi della sanità avrò assoluta necessità di avere contatti frequenti, informa-

zioni e rapporti utili e costruttivi con questa Commissione alla quale oggi riferisco.

Non credo sia necessario ricordare che ho assunto il mio incarico solo da due settimane (tra l'altro cinque giorni di influenza mi hanno subito proiettato nel clima della sanità) e che la mia introduzione sarà sicuramente lacunosa e probabilmente — non vorrei essere troppo severo con me stesso — incerta. Di ciò mi scuso con la Commissione nella convinzione di avere sicuramente modo di lavorare meglio nel futuro.

Auspico un rapporto costante con il Parlamento non solo perché sono assolutamente convinto che in una democrazia il Parlamento stesso debba legiferare e quindi decidere — ciò significherebbe ribadire un'ovvietà — ma anche perché ritengo che le molte difficoltà del comparto sanitario possono essere superate — o quanto meno si può risalire la difficile china che si è imboccata — attraverso uno sforzo congiunto del Governo, del Parlamento, delle regioni e delle loro articolazioni sul territorio (in primo luogo delle unità sanitarie locali), degli operatori che per lavoro vivono la sanità in modo diretto e dei sindacati dei lavoratori del comparto sanitario, dei medici e del personale farmaceutico. Dico ciò con grande convinzione anche alla luce dei molteplici incontri che ho avuto in questi giorni — e che promuoverò ancora nelle prossime settimane — proprio per cercare di instaurare una sorta di osmosi, un rapporto stretto che mi consenta di essere informato, ma anche adeguatamente stimolato.

Il decreto legislativo n. 502 del 1992, che è stato lungamente all'attenzione del Parlamento e del paese, desta ancora oggi interesse e polemiche ed è probabile che in futuro, quando più compiutamente di oggi sarà legge e verrà applicato e vissuto, si dovrà in qualche modo verificarne gli effetti e quindi stabilire — anche se il Governo è chiamato innanzi tutto ad eseguire le leggi — l'eventuale necessità di addivenire a qualche correttivo.

Del resto mi pare che la stessa legge ci consenta, senza particolari stravolgimenti,

senza che le modifiche siano interpretate come desiderio di tornare indietro o di rompere con ciò che si è realizzato, di arrivare a qualche correzione.

Il provvedimento, come loro sanno, è fondato essenzialmente su sei punti: il rapporto tra lo Stato e le regioni, il modello di programmazione ed ovviamente di finanziamento, quello organizzativo degli enti sanitari, l'assetto della dirigenza sanitaria, il modello di erogazione delle prestazioni ed, infine, il controllo di qualità dell'assistenza previsto dall'articolo 10.

Senza voler ripercorrere le singole tappe — mi dilungherei in maniera eccessiva — ritengo tuttavia utile fornire qualche indicazione degli elementi fondamentali, degli « scalini » principali su cui si dimensionano i sei aspetti del decreto legislativo di fine anno.

Per quanto riguarda le competenze dello Stato e delle regioni, ovviamente spettano al primo i seguenti compiti: la quantificazione delle risorse destinabili al Servizio sanitario; l'individuazione dei livelli uniformi che devono essere garantiti a tutti i cittadini; la verifica dei risultati in rapporto allo stato di salute dei cittadini e alle risorse impiegate; la definizione, come elemento strutturale, di regole uniformi in tema di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi che i presidi sanitari, sia pubblici sia privati, devono possedere per essere abilitati ad erogare le prestazioni a garanzia della qualità delle stesse; infine, la definizione di regole uniformi per la determinazione delle relative tariffe.

Alla regione — sempre mantenendoci in un quadro sintetico — compete: l'assetto organizzativo e gestionale del servizio; la programmazione e il finanziamento, ovviamente in ambito regionale, degli enti sanitari regionali; il potere di riconoscere i livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti uniformemente in sede nazionale; la potestà di prevedere prelievi aggiuntivi a carico dei cittadini residenti per finanziare i livelli aggiuntivi o ripianare i disavanzi; la nomina e la revoca degli organi di gestione; infine — aspetto

non solamente burocratico — il controllo sugli atti e la gestione degli enti sanitari regionali.

Il secondo aspetto di questo grande tema affrontato dal decreto riguarda il modello di programmazione e di finanziamento: in sostanza, il piano sanitario. In proposito è intervenuta una delegificazione, in quanto tale piano è approvato con atto non più del Parlamento, ma dall'Esecutivo. Esso tende ad offrire qualche certezza e « correntezza » all'attività di indirizzo del Servizio sanitario nazionale.

Caratteristica essenziale è l'indicazione dei livelli uniformi di assistenza. In questa materia sono fondamentali il modello di finanziamento, che riflette lo schema di ripartizione dei poteri tra Stato e regioni, nonché una legge finanziaria che fissa l'importo del Fondo sanitario nazionale, la destinazione di una quota dell'1 per cento al finanziamento delle attività di ricerca degli istituti centrali e di quelli scientifici e, infine, la ripartizione della parte residua del fondo, che è poi la grande maggioranza, in quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione residente, con ricorso a quote di riequilibrio per fronteggiare situazioni di squilibrio rispetto agli *standard* strutturali.

Il modello organizzativo degli enti sanitari assunto a base è quello dell'azienda regionale a conduzione monocratica tecnica, volto a realizzare sul territorio una distribuzione delle strutture meno polverizzata, il conferimento di personalità giuridica e di autonomia gestionale agli enti operanti sul territorio e il tentativo di superare normativamente l'ingerenza del momento politico nell'amministrazione, l'introduzione di nuove regole privatistiche, nonché di tecniche di gestione e di controllo tipiche delle aziende con il superamento degli strumenti amministrativi propri degli enti pubblici.

In merito alla dirigenza sanitaria, come i colleghi sanno, avendo a lungo dibattuto soprattutto questo tema, il decreto interviene in materia di rapporto di lavoro del personale dipendente limitatamente al ruolo della sanità. Per le altre figure pro-

fessionali si rinvia al decreto legislativo riguardante la riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche e il pubblico impiego, del 3 febbraio 1993. Si prevede un'articolazione della dirigenza su due livelli e nuove idoneità per l'accesso al secondo livello dirigenziale, con l'intento di accertare, oltre alle capacità professionali, anche quelle organizzative e di direzione.

Il quinto punto è legato al modello di erogazione delle prestazioni. Esso tende a realizzare un radicale recupero della qualità delle stesse in un quadro di ricerca della massima efficienza, a creare un sistema di soggetti pubblici e privati che erogano prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale in regime di libera competizione, nonché ad attuare il superamento nel settore dell'assistenza ospedaliera e di quella specialistica dell'istituto della convenzione, quale strumento regolatore dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale e strutture private, fondato sulla programmazione degli ingressi e su istituti retributivi disancorati dalle prestazioni effettivamente rese. Infine, riserva al servizio nazionale la definizione *ex ante* dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi che i presidi sanitari devono, in quanto tali, possedere.

L'ultimo punto riguarda l'articolo 10 e cioè la qualità dei servizi. La determinazione di principio dei requisiti minimi delle strutture e delle classificazioni delle medesime è molto severa. Rinvio ai primi tre commi di questo articolo per quanto riguarda il controllo della qualità, un argomento sicuramente trattato a lungo in questa Commissione. Mi limito ai primi tre, perché forse il quarto comma, relativo ai lettori ottici, in parte esorbita dal tema; questo strumento può essere destinato al controllo della qualità ma, in parte, inerte ad altre funzioni e ad altre attività. Pertanto, lo affronterò in seguito.

Il provvedimento in oggetto non esaurisce la delega che il Parlamento ha dato e che non deve scadere. Abbiamo dinanzi a noi ancora tre mesi e mezzo per poter provvedere con i seguenti atti: un decreto legislativo sulla revisione del ministero, su

basi dipartimentali; i provvedimenti relativi agli istituti a carattere scientifico, che sono pronti e verranno quanto prima proposti al Parlamento; la riforma dell'istituto superiore di sanità; infine, il provvedimento relativo all'ISPES.

Credo che sia necessario parlare brevemente dei primi provvedimenti legati alle scadenze. Mi permetto di consegnare alla Commissione un documento dal quale si evince una serie di scadenze, sia legate al tema generale, cioè al settore della sanità, sia relative alle strutture che riguardano questo settore e, quindi, alla necessità di interventi da parte di organi diversi dal Ministero della sanità. Un secondo documento contiene l'elenco aggiornato dei provvedimenti, con l'indicazione degli organi competenti e delle relative scadenze, legate ad attività specifiche del Ministero della sanità.

Per quel che riguarda la lettura ottica delle prescrizioni, ho già detto che il comma 4 dell'articolo 10 del decreto legislativo n. 502 stabilisce che il ministro accerti, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del decreto, lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica, nonché delle commissioni professionali di verifica ed acquisisca il parere della Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le provincie.

In proposito abbiamo di recente indirizzato alla Conferenza Stato-regioni, quindi al Presidente del Consiglio o al ministro delegato, una dettagliata analisi dei dati che ci sono pervenuti dalle varie regioni a proposito dell'attuazione delle norme legate al funzionamento dei lettori ottici. Le risposte sono state poche e molto diverse da regione a regione.

La regione autonoma Valle d'Aosta, nei cui confronti l'azione sostitutiva fu sospesa in attuazione di impegni attuativi di apposito programma regionale, ha comunicato l'insuccesso del programma, come conseguenza del mancato funzionamento del sistema acquistato. La regione ha attivato, in sostituzione, un sistema di controllo mediante penna ottica, limitato agli

aspetti contabili; non risultano attivati flussi informativi per le commissioni professionali.

La regione Friuli-Venezia Giulia ha inviato un rapporto sul sistema di lettura ottica installato su due poli e finalizzato al controllo contabile delle ricette. Le rilevazioni di carattere statistico ed epidemiologico sono state eseguite utilizzando i dati forniti dalle organizzazioni delle farmacie private, ai sensi dell'articolo 23 del decreto del Presidente della Repubblica n. 94 del 1989. Il rapporto evidenzia che le commissioni professionali, pur regolarmente costituite, non sono mai intervenute in materia di prescrizioni farmaceutiche.

La regione Sardegna ha comunicato di essere tutt'oggi sprovvista di sistema di lettura automatica delle ricette e, valutando l'urgenza e necessità di adempiere all'obbligo di legge, ha richiesto l'intervento sostitutivo del ministero.

La regione Toscana ha inviato un dettagliato rapporto sul sistema attivato, operante attualmente su 5 centri ed in via di completamento, evidenziando i seguenti punti: il ricorso ad un modello di gestione attraverso le organizzazioni delle farmacie pubbliche e private in conformità al decreto del Presidente della Repubblica prima citato; lo svolgimento delle funzioni di controllo contabile prima della presentazione delle ricette al servizio sanitario nazionale, con verifica campionaria presso un polo regionale di controllo; l'esercizio delle funzioni di controllo statistico-epidemiologico anche attraverso il collegamento con apposito centro di calcolo esterno. Il rapporto non evidenzia l'operatività di flussi informativi per la commissione professionale.

La regione Campania è dotata di un servizio di controllo automatizzato, esteso a tutto il territorio regionale. Tale sistema è gestito in via sostitutiva dal Ministero della sanità. Non risultano attivi flussi informativi per le commissioni professionali.

Riguardo alle altre regioni, da informazioni in possesso del ministero, risulta che ad oggi hanno provveduto all'acquisto dei lettori ottici le seguenti regioni: Piemonte,

Liguria, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia e la provincia di Bolzano. Non si hanno informazioni sull'effettivo livello di operatività dei sistemi. La regione Veneto sta espletando apposita gara per l'acquisto dei lettori ottici. Non si dispone di alcuna informazione relativamente alla provincia autonoma di Trento, alla Lombardia, all'Emilia Romagna, al Lazio e alla Puglia; probabilmente da qualcuna di queste regioni, in prima linea nella realizzazione di quanto richiesto dalla norma, potrebbero non essere giunte informazioni, anche se il processo potrebbe essere stato avviato.

Un altro adempimento legato all'applicazione del decreto n. 502 è relativo alla commissione per la predisposizione e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale delle unità sanitarie locali delle aziende ospedaliere e dei presidi multinazionali di prevenzione, di cui all'articolo 3, comma 10, del decreto legislativo. La commissione è stata costituita, è stata insediata e ha iniziato i propri lavori.

Sono in corso di raccolta — sempre sulla base dell'articolo 4, comma 1, e cioè in adempimento del decreto n. 502 — le indicazioni regionali per la formulazione delle proposte al Consiglio dei ministri in materia di individuazione degli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. La Commissione è sicuramente informata del fatto che il provvedimento deve essere esaminato dal Consiglio dei ministri entro il 31 marzo e che stanno arrivando da parte delle varie regioni le proposte su questa materia.

Per quel che riguarda gli elementi di trattativa con associazioni di categoria o di altri enti, devo rilevare che già dal ministro De Lorenzo era stato raggiunto un protocollo di intesa con talune organizzazioni mediche (ANPO, ANAO, COSMED e via di seguito) contenente una serie di indicazioni circa eventuali modifiche concordate da apportare al decreto legislativo n. 502. Anche per questa materia, signor presidente, poiché si tratta di norme tecniche e sostanzialmente di numerose mo-

difiche a disposizioni del decreto legislativo n. 502, mi permetto di lasciare alla Commissione l'opportuna documentazione perché venga esaminata compiutamente.

Ho richiesto alle regioni, attraverso la conferenza Stato-regioni, un incontro che abbia come particolare oggetto i motivi in base ai quali vi è stata opposizione, culminata addirittura in un ricorso alla Corte Costituzionale, su tale provvedimento. I grandi motivi di doglianza, che sono complessivamente sette, saranno posti all'ordine del giorno della prossima riunione della Conferenza Stato-regioni.

Vi è stata altresì una presa di contatto con taluni rappresentanti delle associazioni mediche che avevano manifestato le perplessità più forti (in alcuni casi anche avversità) ad alcune parti o al complesso del decreto legislativo. Il discorso con tali associazioni è appena avviato ma qualche punto di riferimento preciso è sicuramente individuabile.

Sono stati posti all'attenzione della Conferenza Stato-regioni altri temi sui quali è necessario fare chiarezza perché si tratta di materie molto importanti già trattate dal Parlamento, dal Governo e dalla magistratura amministrativa. Mi riferisco in particolare all'attivazione del numero 118, a proposito del quale sarà necessario verificare le ragioni che hanno portato alla pronuncia del TAR Lazio e alla richiesta di sospensiva presso il Consiglio di Stato. La realizzazione di tale progetto non è semplice non soltanto perché richiede esborsi rilevanti, ma anche perché interessa molta gente, e sovente quella più semplice e meno preparata all'impatto con la realtà multiforme della sanità organizzata; è tuttavia un progetto che deve sicuramente ottenere qualche punto di riferimento certo affinché si possa partire concretamente. C'è una concreta disponibilità finanziaria, per cui è assolutamente ingiustificata al riguardo una paralisi determinata da interessi pur nobili, pur importanti, ma che comunque sono di una ridotta quota di persone.

Ho inoltre proposto che nella prossima riunione della Conferenza Stato-regioni, che sicuramente si articolerà su un arco di

tempo abbastanza lungo, si cominci a discutere del problema dei trapianti, con particolare riferimento alla localizzazione delle strutture attuali. Sull'argomento ho avuto un incontro con il collega francese. La Francia, che — come voi sapete — è sempre stata generosa di interventi e di collaborazione con il nostro paese, alcuni mesi fa ha dovuto fronteggiare una serie di problemi di carattere sia interno sia di relazione con i numerosi pazienti esterni, provenienti soprattutto da Israele e dall'Italia.

L'accordo con il governo francese sembra in grado di assicurare che non ci saranno discriminazioni o distinzioni che favoriranno i cittadini francesi; peraltro, la collocazione in graduatoria dei candidati italiani al trapianto sarà sicuramente mantenuta e anche per il futuro sarà quella derivante dall'ordine cronologico o da altre ragioni oggettive di priorità. Sono stati poi definiti alcuni punti relativi al costo delle prestazioni passate e credo che il Governo italiano abbia eliminato ogni tendenza sul punto; si pone sicuramente il problema legato ai costi futuri, perché da parte francese si è fatto rilevare proprio in questi giorni che la levitazione dei costi renderà necessario un adeguamento delle tariffe riguardanti sia i cittadini francesi sia i cittadini italiani o israeliani.

Rimane il desiderio francese, al quale ci pare necessario accedere, della creazione di una commissione mista italo-francese che verifichi il fenomeno dei trapianti, che si presenta oggi piuttosto disordinato o comunque poco programmato e a favore di alcune persone che, probabilmente esterne al mondo della sanità, sono capaci di coagulare necessità, persone, bisogni e disperazioni portandoli verso cliniche o chirurghi ben identificati nell'ambito del territorio francese. Sull'argomento la razionalità ci impone di dire che quanto richiesto da parte francese, cioè la sottoscrizione di convenzioni di grandi ospedali italiani e francesi che intervengono nel settore, porti in materia ad una maggiore trasparenza ed anche a minori costi, prevedendo ad esempio che la fase di preparazione dell'opera-

zione possa essere attuata nell'ospedale italiano e conclusa nell'ospedale d'oltralpe.

Sul problema dei trapianti, cui il presidente ha fatto un cenno poco fa, credo che io debba auspicare che una rapida approvazione del provvedimento da parte del Parlamento possa facilitare il lavoro. C'è una grande generosità da parte dei cittadini italiani, ma c'è anche una insoddisfaccente cultura sull'argomento, per cui quello che il mercato italiano in materia rende disponibile non è sicuramente ciò che serve ed inoltre, anche sulla base dei parametri dei paesi della CEE, dobbiamo dire che in materia il nostro paese non è certo tra quelli più avanzati. Ho citato l'argomento dei trapianti sia per l'accento che aveva fatto il presidente sia perché riguarda i rapporti con le regioni.

Concludendo vorrei soffermarmi brevemente sul provvedimento n. 438. Non credo di dover discutere qui del problema dei bollini o dei *ticket*, che è stato recentemente affrontato prima da De Lorenzo e poi da me in risposta ad alcune interrogazioni. L'argomento è molto vasto e per molti versi inquietante, e va affrontato in maniera organica e progressiva. Il primo obiettivo è quello di rendere più facile e meno doloroso l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, soprattutto di coloro che hanno maggiori difficoltà economiche, per poi passare ad affrontare il tema più generale della contribuzione dei cittadini alle spese sanitarie.

Ieri sull'argomento si è svolto un incontro fra il Governo, che io rappresentavo, e i sindacati confederali, incontro durante il quale sono stati individuati alcuni punti di riferimento, soprattutto ipotizzando un lavoro congiunto con coloro che in materia hanno da dire la loro in misura rilevante, ed è stato programmato per la prossima settimana l'avvio di riunioni quadrangolari tra il Governo, le regioni, le organizzazioni sindacali e le organizzazioni di categoria, almeno quelle che in misura più rilevante partecipano, per esborsi diretti o attraverso l'esborso del dipendente, alla formazione del contributo destinato alla sanità.

Crede che questo modo di procedere possa portare ad alcuni risultati. Comin-

ceremo dai punti apparentemente semplici, perché maggiormente pragmatici, ma anche più stridenti della realtà di oggi per avvicinarci poi ai nodi strutturali legati alla contribuzione e al grande sforzo che la collettività nazionale deve fare per il servizio sanitario nazionale.

Inizieremo la prossima settimana con questo che mi auguro possa dimostrarsi un modo di procedere utile ed in tale attività vorrei essere confortato, con consenso e dissenso, dal Parlamento.

PRESIDENTE. Nel ringraziare il ministro, desidero avvertire i colleghi che, se non vi sono obiezioni, è possibile avviare subito la discussione, tenendo però presente l'esigenza di sconvocare la Commissione alle 17,50.

COSIMO CASILLI. Desidero innanzitutto osservare che fa piacere sentire un ministro disponibile ad ascoltare l'opinione della Commissione e del Parlamento.

Il ministro Costa mi sembra abbia riassunto i punti fondamentali del decreto emanato dal Governo; al di là di questo apprezzamento, mi preme però sottolineare alcune considerazioni emerse anche quando affrontammo in Commissione i provvedimenti di risanamento economico relativi alla sanità ed il decreto delegato emanato di recente. Al riguardo dobbiamo rilevare — e lo facciamo con grande serenità — che molte delle osservazioni che il Parlamento aveva adottato, con riferimento al decreto delegato, con due pareri pressoché analoghi espressi dalla Camera e dal Senato (alla Camera si era avuta la disponibilità quasi unanime della Commissione) non sono state considerate appieno in sede di recepimento da parte del Governo.

Il fatto che su quel parere non si fosse registrato in Commissione alcun voto contrario avrebbe suggerito maggiore attenzione da parte del Governo prima dell'emanazione del decreto. Lei, signor ministro, come ha ricordato, ha questo incarico da poco tempo ed è vero — lo ha sottolineato anche lei — che esistono delle incongruenze nei provvedimenti di conteni-

mento della spesa sanitaria, ma mi corre l'obbligo di ricordare che tali incongruenze erano già state sottolineate dalla nostra Commissione, che aveva affrontato l'esame di tali provvedimenti prima della Commissione bilancio.

Il Governo aveva l'esigenza di risparmiare 6500 miliardi e tale esigenza non poteva che essere oggetto di grande attenzione, soprattutto da parte delle forze che sostengono il Governo stesso. In questo senso ci eravamo permessi di porre in votazione un parere che recepisce in pieno l'esigenza di risparmio, ma al tempo stesso facesse un po' di ordine nell'esenzione dai *ticket* e soprattutto eliminasse alcune palesi incongruenze oggi esistenti. Mi riferisco, ad esempio, al fatto che i pensionati al di sotto di un certo reddito abbiano tale esenzione, mentre non altrettanto accade per una persona indigente, se non attraverso un intervento da parte dei comuni, che si è rivelato carente e non rispondente alle vere esigenze della collettività.

In quel parere avevamo anche sottolineato le difficoltà attuative che si sarebbero incontrate per la determinazione dei tetti di reddito e debbo aggiungere che, in un confronto tra partiti e organizzazioni sindacali, sul parere poi formulato dalla Commissione vi era stata anche una espressione di gradimento da parte delle organizzazioni sindacali. Poi, per la dinamica dei lavori parlamentari, è avvenuto che la Commissione bilancio ha tenuto in poco conto il nostro parere, tanto che il presidente della Commissione affari sociali avanzò formale protesta rispetto a tale atteggiamento.

Credo, signor ministro, sia utile tenere in maggior conto i lavori svolti dalla nostra Commissione perché tutti quanti abbiano dovuto registrare una certa altrui superficialità nella valutazione del nostro lavoro, mentre riteniamo, per la esperienza personale di ciascuno di noi, di esser portatori di qualche conoscenza rispetto al mondo della sanità.

Se il suo impegno, come crediamo ed auspichiamo, sarà rivolto a dare maggiore evidenza e rilievo al lavoro della nostra Commissione e troverà in questo un valido

supporto alla propria iniziativa, si potrà avviare un buon lavoro nel settore, mentre dobbiamo rilevare che purtroppo i tentativi fatti in questi mesi non hanno, almeno per il momento, fornito una risposta di comprensibilità da parte dell'utenza e, sicuramente, non hanno ancora realizzato quel miglioramento della qualità e dei servizi da tutti auspicato.

Sosterremo con grande lealtà tutte le iniziative del Governo volte in tale direzione, per trovare un momento utile di confronto e perché finalmente si sfati il tabù secondo il quale la sanità è considerata come un settore capace soltanto di inghiottire soldi senza dare risposte adeguate alle esigenze dei cittadini.

Uno Stato moderno deve comunque immaginare che una quota più consistente del prodotto interno lordo venga destinata alla sanità perché la storia di questi ultimi anni ci ha insegnato che la sottostima del fondo sanitario nazionale non si è rivelata un risparmio, ma un gravissimo appesantimento del bilancio dello Stato quando si sono dovuti introdurre provvedimenti di ripiano dei debiti e stipulare mutui a tal fine.

Una stima realistica del fondo sanitario nazionale può apparire nell'immediato un incremento di spesa, ma può rivelarsi a lungo termine una fonte di enorme risparmio per la sanità pubblica.

Questo ragionamento è anche in parte rivolto al passato perché, come sappiamo, il decreto in materia sanitaria attribuisce alle regioni svariate possibilità di finanziamento, escludendo il ripiano dei debiti. Mi auguro peraltro che ciò non significhi paralizzare la sanità in alcune regioni.

Auspico, infine, che il lavoro della nostra Commissione possa essere apprezzato dal Governo e dal ministro.

VASCO GIANNOTTI. Signor ministro, credo sia giusto darle atto che quindici giorni sono pochissimi, dei suoi cinque giorni di influenza, nonché dell'esigenza di entrare nella materia. Cerchiamo però di intenderci: la gente non ne può più! Lei sa bene, come noi, che è diffusa nel paese una rabbia profonda, ma anche un'attesa che

lei, con le sue prime affermazioni, ha in qualche modo autorizzato.

Ritengo pertanto che, se oggi dovessimo uscire dalla Commissione senza aver detto qualche parola chiara in ordine alle attese che lei stesso ha suscitato, ciò significherebbe aver perso un'altra importante occasione sul piano del rapporto tra Parlamento e paese.

Signor ministro, lei ha esordito in questa sede con l'affermazione (per la quale desidero ringraziarla, rilevando che tale intento, se mantenuto, rappresenterebbe una innovazione profonda ed un titolo di merito rispetto all'atteggiamento del suo predecessore) che sarà rispettoso del confronto con il Parlamento, un confronto che — anzi — intende sollecitare e favorire.

Lei sa molto bene, signor ministro, che nei mesi passati tale aspetto del rapporto Governo-Parlamento ha rappresentato un elemento di grande sofferenza relativamente al settore di cui ci occupiamo. In questa Commissione molti — sicuramente la mia parte politica — hanno attribuito pesanti responsabilità al ministro De Lorenzo per non aver consentito al Parlamento ed alla Commissione affari sociali di interloquire in una materia così delicata.

Voglio prendere per buone le sue affermazioni di questa sera e quelle che lei ha reso alla stampa. Se lei tiene ad un corretto rapporto con il Parlamento, potrebbe darne dimostrazione a cominciare da oggi: pertanto, intendo porle alcune semplici e lapidarie domande, alle quali la invito a fornire altrettanto semplici e chiare risposte.

Lei sa bene che le cose non vanno e posso comprendere il suo imbarazzo per essere arrivato ora a ricoprire la carica di ministro, dovendo fare i conti con la gestione precedente. Credo però che l'autorità e la qualità di un ministro si misurino anche in relazione al suo coraggio di affrontare le difficoltà compiendo atti chiari e netti nei confronti del paese.

Mi preme dirle che sarebbe molto apprezzato in questo momento un suo atto di grande coraggio. Mi rivolgo a lei come rappresentante di un partito di opposizione, al quale potrebbe, come tale, anche

interessare il « tanto peggio-tanto meglio »; noi però non siamo quel tipo di partito e in questa Commissione ci siamo sempre adoperati per cercare di favorire la ricerca di soluzioni. Il sistema dei *ticket* e quello dell'autocertificazione, come lei sa bene, signor ministro, rappresentano, insieme ad altre misure, soluzioni inique e profondamente sbagliate, che colpiscono chi non dovrebbe essere colpito.

Come ha affermato il collega Casilli, è possibile che, per quanto riguarda i bollini, si citi soltanto l'esempio dei pensionati sotto un certo reddito e non anche quello dei disoccupati del Mezzogiorno? È possibile che in materia di autocertificazione si chieda al cittadino di dichiarare il reddito del 1992 quando si contano decine di migliaia di nuovi cassintegrati? È possibile che questi soggetti siano chiamati quest'anno a pagare quanto non dovrebbero in relazione al loro precedente reddito? E potrei continuare con numerosissimi altri esempi.

Le pongo quindi, rispetto a tali problemi, la stessa domanda che ho recentemente avanzato in Assemblea: non ritiene il Governo, di fronte a tali fatti ed alla giusta protesta dei cittadini, di fronte alle richieste delle regioni e dei sindacati, che sarebbe utile e saggio che Governo, ministro e Parlamento dicano basta a questo regime?

L'immediato superamento dell'attuale regime rappresenterebbe un importante segnale per il paese e vorrebbe dire che vi è un Governo che non ha sempre bisogno del Presidente della Repubblica per correggere i propri errori, essendo capace di farlo anche da solo.

Lei potrebbe rispondermi che esiste una legge e che il Governo non può sospendere l'applicazione, anche per il fatto che essa produce un gettito, ma lei sa bene che, non a caso, il Governo — mi consenta questa maliziosa affermazione — ha mancato di esercitare proprio quella delega che appariva come la più urgente (credo di non essere il solo a pensarlo), quella concernente il riordino della materia dei *ticket*.

Lei non può rispondermi, signor ministro, che il Governo non è in grado di

sospendere: il Governo dispone dello strumento necessario, potendo emanare un decreto che disciplini immediatamente l'istituto del *ticket*, affrontando radicalmente la materia.

Come ho rilevato in Assemblea, sono in grado di confermarle che domani presenteremo una proposta di legge capace di dimostrare senza tanta fatica che il sistema dei *ticket* e dell'autocertificazione può essere totalmente abolito, reperendo anche quei 4.600 miliardi che il Ministero della sanità aveva messo a bilancio. Il Governo infatti ha indicato in 2 mila miliardi il gettito del *ticket* regolato dal vecchio regime e in 2.600 miliardi il gettito derivante a seguito della emanazione del decreto n. 384 del 1992.

Mi domando se sia ancora possibile costringere il paese a queste sofferenze senza prendere atto che non è difficile reperire in altro modo questi 4.600 miliardi. E le chiedo se anche lei pensi, come il ministro De Lorenzo, che non sia assolutamente possibile toccare il problema del prontuario farmaceutico nazionale, la cui soluzione, a detta di autorevoli studiosi ed esperti, sarebbe a questi fini determinante.

Dimostreremo con la nostra proposta di legge che un intervento sul prontuario farmaceutico nazionale è immediatamente praticabile e può consentire un risparmio di almeno 3 mila miliardi l'anno. Mi limito peraltro ad indicare questa cifra attenendomi ad una stima estremamente prudente.

Posso comprendere che la logica ispiratrice del *ticket* derivi dall'esigenza di calmierare il prezzo dei medicinali. Ma davvero bisognava essere sadici per inventare un sistema che espone il cittadino a gravi tribolazioni quando era evidente che si sarebbe persa per strada gran parte dell'incasso per approntare tutto il meccanismo dei bollini e dell'autocertificazione (non so se sarà mai possibile quantificare l'importo di questi espletamenti burocratici).

Il nostro intento è invece quello di introdurre un *ticket* moderatore, come avviene in altri paesi, che scoraggi gli eccessi nell'acquisto dei medicinali, ma che non

richieda farraginose procedure amministrative. Per raggiungere tale intento basterebbe applicare il *ticket* moderatore e la soluzione che abbiamo suggerito in sede di discussione del decreto, quella della revisione dei prezzi dei servizi che USL ed ospedali forniscono ai cittadini per esigenze non direttamente derivanti dal loro stato di salute (ad esempio, i certificati). Basterebbe rivedere queste cose per reperire, senza molta fatica, quei 4.600 miliardi di cui prima abbiamo parlato.

Lei è disponibile oggi, subito, ad un confronto su questo terreno? È disponibile a sospendere il regime dei *ticket* e delle autocertificazioni? Penso che in Parlamento potrebbe anche emergere la volontà politica di procedere con molta urgenza ad una revisione radicale del sistema dei *ticket*. Vorrei, a tale riguardo, una sua risposta precisa perché il paese l'attende. Lei stesso, del resto, ha in qualche modo autorizzato a pensare così. Ma devo dirle, onestamente, che dalla sua introduzione non ho capito se lei sia veramente disponibile a tradurre in atto, in tempi brevi, quella sua volontà, affermata più volte, di modificare l'attuale situazione.

Infine, come ha detto poc'anzi l'onorevole Casilli, non c'è bisogno di inventare tante cose rispetto all'esigenza di rivedere compiutamente ciò che non va nei decreti di applicazione della legge delega. Il collega Casilli ha ragione: in Commissione c'è stata una discussione molto ricca, che ha registrato l'impegno di tutti. Lei sicuramente avrà avuto modo di leggere i risultati del lavoro della Commissione; sono emerse indicazioni molto semplici. Alcuni partiti le hanno trasformate in pareri; il PDS, per esempio, ha allegato un documento per dimostrare che quel decreto si poteva e si doveva scrivere in altro modo.

Il presidente l'avrà certamente informata che la nostra Commissione ha proceduto a molte audizioni. Non c'è dunque alcun bisogno di fare chissà che cosa! È possibile confrontarci, nei prossimi giorni, su questi punti che rappresentano già elaborazioni compiute? C'è una disponibilità del Governo al riguardo? Se è vera, signor ministro, quella sua affermazione

perentoria di ricercare un rapporto con il Parlamento, ebbene è questa la sede per dimostrarlo.

Lei deve dare una risposta chiara, netta ed immediata a tali quesiti, per farci anche capire quali atteggiamenti dovremo tenere nei confronti suoi e del Governo.

Da parte nostra c'è molta buona volontà perché ciò che ci turba e ci preoccupa maggiormente è il fatto di cercare di dare una risposta alle sofferenze, ai disagi profondi dei cittadini. Vorremmo, dunque, sapere se lei sia un interlocutore disponibile e se la sua volontà di interloquire intenda affidarla ad atti chiari e concreti e non soltanto ad affermazioni verbali. Il primo atto che le chiediamo di adottare stasera, o comunque nelle prossime ore, è molto chiaro: il Governo deve riconoscere di aver sbagliato e quindi deve cambiare il sistema dei bollini e delle autocertificazioni, affidandosi ad un confronto con il Parlamento per riscrivere il decreto. Questo è quanto le chiediamo, signor ministro! Credo però che, se fosse in grado di farlo, se ne avesse la volontà, a meritare sarebbe certamente molto di più lei e il Governo.

AUGUSTO BATTAGLIA. Sulla scia delle occasioni che ha voluto offrirle il collega Giannotti per tentare di proporsi come un ministro nuovo, la informo che, tra poco più di un'ora, verrà posto in votazione in Aula un'emendamento, presentato dal gruppo del PDS, concernente i *ticket*. In particolare, questo emendamento riprende parzialmente il più ampio discorso sviluppato dal collega Giannotti. Sto parlando dell'aspetto relativo ai *ticket* per gli indigenti e ai *ticket* che gli invalidi totali debbono pagare sulla ricetta.

Avevamo già presentato questo emendamento in Commissione, ma poi esso fu ritirato di fronte all'impegno del sottosegretario Azzolini di verificare la questione con i ministri finanziari. Poiché corrono voci che ci verrà chiesto nuovamente di ritirare tale emendamento, debbo dedurne che o il confronto con i ministri finanziari non vi è stato, oppure che non siete d'accordo nel rivedere questo particolare

punto. Che i poveri debbono pagare il *ticket* e che gli invalidi, che percepiscono 300 mila lire di pensione, debbono pagare 4 mila lire per ogni ricetta a me sembra alquanto esagerato.

Lei, signor ministro, potrebbe contattare subito i ministri finanziari per valutare se, almeno per questa piccolissima parte, il Governo e la maggioranza siano in grado, sin da stasera, di esprimere un voto che dia al paese un segnale di reale cambiamento.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. È quantificata la spesa?

AUGUSTO BATTAGLIA. È facilmente quantificabile. Noi speravamo che il Governo avesse già determinato la spesa, anche perché aveva assunto un impegno preciso. Mi rendo tuttavia conto che lei non è stato coinvolto visto che è diventato ministro della sanità da pochissimo tempo.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Per gli indigenti, per coloro che sono disoccupati (in particolare è questa la categoria da tenere presente) ho iniziato un confronto con il ministro dell'interno per valutare quali interventi i comuni abbiano adottato al riguardo.

Proprio stamane ho provveduto a far inviare, attraverso il ministero dell'interno, a 300 comuni (piccoli e grandi) una serie di quesiti per ottenere una risposta precisa in argomento. Attendo tale risposta, ed è comunque mia intenzione trovare un capitolo di spesa (eventualmente inventandolo) per saldare il nostro debito.

È questo l'impegno che mi sento di assumere formalmente e che sicuramente verrà rispettato. Non so se ciò potrà avvenire fin da questa sera, perché sarà molto difficile acquisire precise informazioni in proposito.

AUGUSTO BATTAGLIA. Ma stasera può dirci comunque qualcosa.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Ripeto, non so se per questa sera sarà possibile, ma sicuramente per ciò che è di

mia competenza mi attiverò senz'altro fino al limite, evidentemente, di un rapporto politico corretto.

VASCO GIANNOTTI. Mi scusi, signor ministro, ma su tale questione il collega Battaglia ha ragione. Noi siamo disponibili anche a trasformare l'emendamento di cui ho prima parlato in un ordine del giorno, a condizione però che lei si assuma la responsabilità di fornire una risposta adeguata.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Sotto il profilo politico – e personale – nei limiti in cui il ministro della sanità può esplicitarsi, assumo un impegno formale in questo senso.

IORELLA PROVERA. Vorrei richiamare l'attenzione del ministro sul tema dei trapianti di organi.

Relativamente a questo aspetto il nostro paese occupa l'ultimo posto in Europa. Da recenti dati del *North italian transplant* risulta che siamo stati superati anche dalla Cecoslovacchia.

Ho sentito il suo accenno alla necessità di facilitare il ricorso alle strutture francesi ed austriache (ma anche a quelle di altri paesi); personalmente lo ritengo un provvedimento tampone che non cancella, a mio avviso, la vergogna e la gravità della nostra situazione.

Disponiamo delle capacità tecniche (mi riferisco agli uomini) e delle strutture per effettuare i trapianti. Mi auguro che lei voglia sollecitare provvedimenti legislativi adeguati, accettando suggerimenti e, soprattutto, lanciando una campagna di sensibilizzazione generalizzata e di massa per favorire le donazioni. Un intervento in questo campo consentirebbe, secondo me, di far compiere un salto di qualità all'assistenza sanitaria e di portarci al livello dei paesi civili. Si eviterebbero inoltre le gravi sofferenze ben conosciute a chi ha svolto l'attività di medico o che sono note per sentito dire. Si evierebbe, inoltre, alla dispersione delle risorse economiche migliorando drasticamente la qualità della vita di migliaia di cittadini. Vorrei quindi

il suo impegno, signor ministro, per un intervento attivo in un campo che considero di estrema importanza.

DANILO POGGIOLINI. Signor ministro, prendo atto anch'io del nuovo atteggiamento che lei ha assunto in questa sede, quasi di umiltà nei confronti della complessità della materia e dello stesso Parlamento. Pur scorporando tale atteggiamento dalla *captatio benevolentiae* che forse esiste da parte di un consumato politico quale è lei, voglio darle totalmente credito del suo impegno, anche conoscendo la sua serietà come uomo politico.

I problemi che abbiamo di fronte sono veramente difficili e complessi: non voglio riferirmi agli errori che, secondo la mia parte politica, sono intervenuti prima nella legge delega ed, in maggior misura, nel decreto delegato. Per ora su questi argomenti siamo stati sconfitti; non siamo per esempio affatto convinti che la politica sia stata estromessa dalle unità sanitarie locali perché il direttore generale, questo *manager* al quale è affidato tutto, viene scelto in fondo dai partiti (abbiamo l'esempio di come in Piemonte siano stati scelti ed a quali fini alcuni amministratori straordinari). Siamo inoltre convinti che il problema del finanziamento del servizio sanitario non sia stato risolto ed abbiamo una nostra opinione anche su altri aspetti sui quali torneremo.

Per quanto riguarda invece gli argomenti oggi alla nostra attenzione, crediamo anche noi che il sistema dei *ticket* sia totalmente iniquo e possa e debba essere cambiato. Ho affrontato più volte una questione di cui lei, signor ministro, ha capito subito l'importanza: mi riferisco al fatto che gli indigenti non sono protetti. Ho sollevato più volte tale problema in questa sede ed anche durante il *question time* in Assemblea dedicato alla questione dei *ticket*. Tra tanti importanti quesiti, la mia era l'unica domanda – poi ripresa da altri – che verteva su questo punto. Voglio sottolineare che, se anche i comuni avessero provveduto, la soglia di indigenza che essi prendono in considerazione è diversa: il comune di Torino, per esempio, ha

stabilito che sono indigenti coloro che hanno un reddito fino a sei milioni l'anno. Quindi, una famiglia con un figlio disoccupato che ha un introito di sei milioni e centomila lire non è considerata indigente. Alcuni comuni hanno mantenuto il limite di indigenza ancora più basso, mentre altri non hanno ancora provveduto a stabilirlo.

Mi limito ad accennare a questo problema e voglio parlare invece di un altro tema, già toccato dai colleghi che mi hanno preceduto, che costituisce la questione centrale alla quale lei, signor ministro, non ha dimostrato una soddisfacente apertura anche se non mi aspettavo che lei potesse dire nulla di diverso.

La questione che abbiamo di fronte è la seguente: questa Commissione, insieme alla Commissione sanità del Senato, doveva esprimere un parere sul decreto delegato e lo ha fatto. Di fronte ad errori grossolani contenuti nel decreto, le due Commissioni hanno chiesto, all'unanimità, delle modifiche prescindendo dalla divisione tra maggioranza ed opposizioni, salvo restando il diritto di queste ultime di non approvare il decreto delegato: si sono infatti astenute dal voto.

La posizione assunta in questa Commissione — e, a quanto mi risulta, anche al Senato — da tutte le opposizioni significava che se la maggioranza condivideva quelle proposte, l'opposizione, pur non essendo favorevole alla legge in generale, si asteneva ritenendo importante il recepimento delle modifiche avanzate.

Tali modifiche, invece, non sono state recepite quasi per nulla, perché quando il ministro De Lorenzo ci ha presentato un documento nel quale doveva risultare, a suo dire, l'accoglimento delle indicazioni formulate — a suo avviso l'ottanta per cento — egli si riferiva alle richieste di una serie di parti sociali, mentre quasi nessuna delle sollecitazioni della Commissione affari sociali era stata recepita.

La Commissione non si è rassegnata a questo tipo di rapporto, ma ha riaperto le audizioni, ha ascoltato nuovamente le parti sociali ed intende discutere con lei, signor ministro, su come rivedere il decreto delegato. Altri colleghi hanno accen-

nato alla questione e mi aspettavo che lo facesse anche il presidente.

PRESIDENTE. L'ho fatto.

DANILO POGGIOLINI. Mi scusi, forse mi è sfuggito. La mia osservazione consente però di ribadire questo punto.

La presidente della Commissione sanità del Senato ha addirittura presentato, non so se a titolo personale o con la firma dei gruppi, una vera e propria proposta di legge che recepisce le indicazioni della Commissione che sono più o meno conformi alle nostre.

Nella sua introduzione, signor ministro, lei ha detto invece che, tra qualche mese, quando il decreto « sarà vissuto » — riprendo una sua espressione — e comincerà ad avere applicazione, se sarà necessario, potrà essere rivisto, come consente la stessa legge, senza che ciò venga interpretato come la volontà di tornare indietro. Capisco che da parte del Governo non si vogliano rivedere i principi informativi della legge delega, ma quelli che pongo sono problemi sollevati dalla Commissione di fronte ai quali, purtroppo, è necessario tornare indietro su qualche punto e non credo che lo strumento del decreto delegato sia sufficiente; comunque, si potrà aprire una discussione su tale punto.

Uno degli aspetti toccati — ne richiamo alcuni dei più eclatanti — riguardava, per esempio, la scomparsa totale della specialistica ambulatoriale. Non voglio soffermarmi sul fatto che nel campo operano 20 mila specialisti qualificati che hanno superato un concorso per titoli e che assicuravano un servizio di tipo specialistico, né sui 7 mila medici, la cui convenzione è stata totalmente abolita, che lavorano nel settore della medicina dei servizi prestando un'importante opera nel campo dell'assistenza ai tossicodipendenti e nei consultori. Questa potrebbe essere considerata una questione di tipo corporativo-sindacale che verrà legittimamente sollevata in altre sedi. Qui dobbiamo però porci il problema dei cittadini, che, a volte, aspettano un mese per essere sottoposti, per esempio, ad una visita oculistica.

Quando saranno scomparsi gli specialisti ambulatoriali i quali, invitati a svolgere la libera professione, seguiranno in molti questa strada praticando però tariffe ben diverse, si aprirà il grave problema del costo di prestazioni mediche che non possono essere lasciate a libero mercato perché vi è tra l'altro il problema, che lei ha toccato, della qualificazione delle prestazioni.

Dovrà poi essere senz'altro rivista la questione della guardia medica notturna e festiva che nel decreto scompare totalmente (non si sa se si tratti di una formulazione molto ambigua). Su questi punti la Commissione aveva espresso all'unanimità un proprio parere. Credo che si tratti di questioni importanti da affrontare subito. Lei ha detto, signor ministro che, per quanto riguarda, per esempio, la questione della dirigenza — un altro dei problemi sui quali la Commissione si era espressa — è già stato trovato un accordo con una parte delle organizzazioni sindacali. Di ciò mi compiaccio ed aggiungo solo che bisognerà interpellare tutte le organizzazioni perché mi sembra che alcune fossero state escluse in quanto avevano sottoscritto i referendum (sottoscrivere i referendum credo sia un diritto di qualunque cittadino od organizzazione).

Per quanto riguarda gli altri temi, è assolutamente indispensabile che il Governo ci dica se ha capito che non basta assicurare formalmente che si interpellerà il Parlamento; quest'ultimo, infatti, si era già espresso, ma non è stato ascoltato.

Il Parlamento intende essere sentito ed ha riaperto la discussione: credo che i colleghi di tutte le parti politiche siano d'accordo sul fatto che il problema riguarda i rapporti tra il Governo e Parlamento e che, pertanto, non basta che l'esecutivo ci dica che tra qualche mese, quando la legge sarà applicata, se ne verificherà il funzionamento e che, qualora se ne riscontrasse la necessità, si vedrà di introdurre correzioni attraverso ulteriori decreti. Bisogna individuare i punti da correggere e gli strumenti con cui affrontarli.

Per evitare equivoci — concludo, signor ministro, perché mi interessa esprimere pochi concetti centrali — desidero precisare che quanto è stato detto da me e da altri colleghi, non significa da parte mia, ma anche degli esponenti della maggioranza e della opposizione, che si ritiene di dover tornare alla legge n. 833. Quella normativa affermava principi naturalmente condivisi da tutti e tuttavia presentava moltissimi (secondo noi) o alcuni (secondo altri) difetti; essa è comunque superata e deve essere modificata.

Bisogna andare avanti anche rispetto ai problemi degli operatori medici, non secondari in questa vicenda; essi non venivano mai nominati come tali nella normativa precedente, ma questa volta lo sono ancor meno, dato che per identificare gli specialisti il decreto delegato parla di « coloro che non sono medici generici » ! A volte anche il linguaggio può contare.

A questo punto ci interessa verificare come le modifiche vadano incontro alle esigenze della popolazione e migliorino il servizio. La legge n. 833 doveva essere modificata anche rispetto agli operatori; essi sono convinti — e se non lo fossero lo è il Parlamento, lo sono sicuramente i cittadini — che occorre mutare il rapporto di lavoro all'interno e fuori dall'ospedale, per quanto riguarda i medici convenzionati, quelli di famiglia, gli specialisti, e che occorre responsabilizzare il medico.

Tutto questo è vero, ma l'intreccio non si risolve con affermazioni totalmente « campate in aria », eliminando ogni aspetto che abbia in modo diretto o indiretto a che fare con il rapporto di impiego. Applicando una simile affermazione di principio, non si può chiedere che il medico si occupi dei bollini, collabori, trasmetta notizie; il libero professionista fa l'orario che vuole ! Se vogliamo una collaborazione per un servizio sanitario di Stato — perché questo è — reso più funzionale, rendiamoci conto che certe affermazioni di principio sono declamatorie e producono il risultato finale di un cattivo servizio reso ai cittadini.

Nessuno poteva pensare, signor ministro, che lei sarebbe venuto in questa

Commissione con l'intenzione di cambiare ciò che peraltro è stato fatto da un ministro del suo stesso partito. Le chiediamo tuttavia disponibilità verso il Parlamento, fornendo risposte precise, in termini positivi o negativi, ai problemi posti in modo che ciascuno possa assumersi le proprie responsabilità e prendere le relative iniziative politiche.

GABRIELE MORI. Pochissime sottolineature, signor ministro. Anzitutto, molti auguri.

Se tornerà fra sei mesi alla astanteria del San Giovanni sicuramente vedrà molte più persone di adesso, nonostante l'autorità e la disponibilità che lei ha dimostrato...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Ho dato una diffida!

GABRIELE MORI. Non è un problema di diffida. Avendo seguito la vicenda da molto tempo...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Ci sono i soldi e vi è una stortura da correggere.

GABRIELE MORI. La pianta organica del dipartimento è ferma da tre anni; è necessario fare la pianta organica. La sanità non è una materia semplice, ma essa è estremamente complessa!

La astanteria del San Giovanni nonostante il suo impegno, tra sei mesi, sarà peggio di adesso perché il sistema introdotto per contenere la spesa sanitaria — quello dei *ticket* e dell'autocertificazione — in realtà non consentirà allo Stato di introitare di più. Si verificheranno tre danni rilevanti: l'aumento del peso burocratico dello Stato con una spesa, come sosteneva prima il collega Giannotti, non quantificabile ma certamente enorme (basta pensare a quello che deve mettere in piedi il ministero per verificare le autocertificazioni; è una cosa impensabile, come dissi a suo tempo a Goria, purtroppo senza essere ascoltato); il disagio immenso della gente; infine, la mancanza totale di qualunque intervento di medicina preventiva,

che è un elemento fondamentale per ridurre la spesa complessiva della sanità.

Ecco perché bisogna ripensare complessivamente il sistema dei *ticket*. A novembre, anche in disaccordo con i colleghi del mio partito, presentai in Commissione bilancio emendamenti al testo presentato dal Governo, che era molto velleitario. Non c'entra in questa vicenda De Lorenzo, ma la mania di questo paese di seguire la moda del momento. In quel modo non si riduce ma si aumenta la spesa sanitaria, per cui bisogna incidere su altri aspetti.

Occorre andare all'interno della legge delega: quello è il momento per verificare in che modo ridurre la spesa sanitaria, evitare disagi ed aumentare la medicina preventiva, senza incrementare la bardatura burocratica dello Stato nei confronti di un servizio fondamentale come quello della sanità.

Bisogna — lo dicevo prima ai colleghi — capire in che modo sia possibile ridurre la spesa sanitaria. Tutti quanti noi, io per primo dal 1975 affermo la necessità di aumentare l'intervento dello Stato in questo settore; mi sono però reso conto che si tratta ormai di una petizione di principio che ripetiamo stancamente.

È necessario verificare in che modo si possa porre un limite alla spesa rispetto alle esigenze finanziarie del paese, partendo dal presupposto fondamentale, da cui non possiamo allontanarci, che il Servizio sanitario nazionale è per tutti e che nessuno può uscirne. Fissato questo principio, dobbiamo verificare in che modo si possa ridurre la spesa in un rapporto corretto tra Servizio sanitario nazionale e privati, che, garantendo a tutti l'intervento della struttura pubblica, consenta questo limite complessivo, mantenendo la garanzia del diritto alla salute.

Ho tentato, avendo avuto l'onore di essere relatore sulla legge delega al Governo, di indicare alcune strade che non sono state accolte, non certo per cattiva volontà del ministro De Lorenzo, per il quale — tra l'altro — non ho mai nutrito grande simpatia. L'intera impalcatura del Ministero della sanità non è riuscita in questi anni ad inventarsi niente al di fuori

di vecchie ripetizioni di provvedimenti presi, di volta in volta aumentati ed appesantiti.

Se continuerà su questa strada, il ministro fra tre mesi sarà costretto a venire in Aula o in Commissione a chiedere un aumento dei *ticket*. Bisogna andare alla radice di tutto questo e trovare il sistema di pervenire ad una riduzione della spesa sanitaria, che non potrà mai venire per quanto ho detto da un sistema così farraginoso, incomprensibile e irrazionale come quello attualmente previsto.

Il discorso va verso un ripensamento profondo della legge delega, che non significa smentire qualcuno, per carità! In questi dieci anni la sanità è sempre stata caratterizzata da ripensamenti rispetto alle norme precedenti, che hanno creato confusione, ma hanno rappresentato il tentativo di aggiornarsi.

Bisogna comprendere che quel provvedimento non riuscirà a realizzare gli obiettivi prefissati; occorre ripensarlo rispetto alle indicazioni della Commissione ed anche ad un approfondimento del ministro, nel senso di realizzare strutture burocratiche che abbiano capacità e snellezza mentale. Se infatti continueremo ad avvalerci delle mentalità burocratiche cui attualmente si fa ricorso, il ministro sarà costretto di nuovo a sbagliare. Visto che egli non è l'autore delle leggi, che vengono tradotte da altri tradendone molto spesso il pensiero, bisognerebbe vedere chi deve realizzare la trasformazione del pensiero in fatti concreti.

Quando il ministro si sarà reso conto dell'intera problematica, un confronto serrato con la Commissione sarà la strada migliore per ripensare il sistema dei *ticket* all'interno della legge delega.

Credo che questa sia la strada che può condurci ad avere una sanità diversa da quella attuale. Se continueremo a camminare sui vecchi binari, avremo una sanità certamente diversa, ma non in grado di garantire il diritto alla tutela della salute, una sanità in cui sarà ancora più forte la differenza tra chi può pagare e chi non può farlo.

Non ho mai sollevato in Aula il problema degli indigenti, un problema che ho più volte affrontato, insieme agli assessori delle altre aree metropolitane, quando ero assessore al comune di Roma. Lo Stato e il Governo forse non si rendono conto di quello che accade nei comuni.

Colgo l'occasione per ricordare quanto lei ha detto in merito alla mancanza di informazioni per la regione Lazio. Sarebbe stato sufficiente che il direttore del ministero avesse telefonato all'assessore alla sanità per chiedere se fosse stato espletato l'appalto per i lettori ottici; in questo modo l'informazione sarebbe stata acquisita. La burocrazia deve essere eliminata e lei, signor ministro, è stato un antesignano di questa volontà: che ci venga oggi a dire che il ministero non sa cosa abbia fatto la regione Lazio mi sembra assurdo.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Noi avevamo un obbligo legislativo; l'abbiamo assolto interpellando tutte le regioni, le quali hanno risposto. Adesso, convocheremo la Conferenza Stato-regione.

GABRIELE MORI. Signor ministro, lei ha detto che il Lazio non ha fornito informazioni. Voglio soltanto rilevare che sarebbe stata sufficiente una telefonata all'assessore regionale. Occorre uno « scatto di reni » per superare questo tipo di ostacoli.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Onorevole Mori, probabilmente ha ragione lei.

GABRIELE MORI. Quel direttore che ha messo il ministro in condizione di venire in quest'aula e dire una cosa del genere andrebbe cacciato. Quando ero assessore ho sempre mandato via i direttori di questo genere. (*Commenti*).

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Quando è sorto il problema dei bolchini, ho cercato per telefono gli assessori competenti: uno su due era latitante. Non parliamo dei presidenti delle unità sanitarie locali! Non c'erano mai.

GABRIELE MORI. Tornando al problema degli indigenti, il comune di Roma non è riuscito a varare alcuna normativa. L'urgenza di un provvedimento in materia è fondamentale ed è indicativa di un'esigenza complessiva rispetto a quanto abbiamo detto.

CAROLE JANE BEEBE TARANTELLI. Vorrei riallacciarmi alla raccomandazione dell'onorevole Poggiolini di rivedere la legge delega, con particolare riferimento all'articolo 9.

Signor ministro, se lei ha a cuore le sorti di questo paese, la prego di studiare gli effetti del sistema di finanziamento del servizio sanitario nel suo complesso dopo l'apertura alle mutue. La prego anche di studiare i risultati che ha avuto questo tipo di finanziamento in altri paesi. La spesa sanitaria non deve essere vista solo in rapporto al bilancio pubblico, ma anche per gli effetti che ha sulla quota di prodotto interno lordo spesa per la sanità. La media italiana, riferita non solo al settore pubblico, è pari a quella europea.

Negli Stati Uniti vige quel sistema verso il quale stiamo andando ed i risultati sono disastrosi perché non è sostenibile, neppure per un'economia molto più avanzata della nostra, quel livello di spesa fuori controllo che si crea; in base a studi compiuti dall'OCSE, risulta che questo andamento è inevitabile quando la prevalenza della spesa sanitaria ha copertura privata. Gli Stati Uniti spendono il 14 per cento del PIL, ma è previsto che nel 2000 la spesa sarà del 18 per cento e per il 2010 questa cifra diventerà del 25 per cento, pari a tutto il plusvalore del sistema produttivo. Certo, negli Stati Uniti questa situazione è dovuta a motivi complessi che non esistono in Italia.

GIULIO CONTI. In quella cifra è compresa anche la spesa per la ricerca?

CAROLE JANE BEEBE TARANTELLI. No, mi riferisco alla sola spesa per cure mediche. Comunque, oggi il 30 per cento della cifra totale è destinato all'attività burocratica, cioè al *prepare work*.

Signor ministro, la prego di verificare questo sistema di finanziamento, che più volte è stato definito iniquo. Certo, facendo il cuore duro si potrebbe dire che, in un momento di crisi, bisogna togliere ad una parte della popolazione la copertura sanitaria. Non condivido questo discorso, ma posso capirlo, mentre ritengo inaccettabile e folle un sistema che combini il massimo dell'ingiustizia sociale con il massimo della spesa.

Una seconda questione, che forse esula dalla questione del decreto, riguarda il prontuario terapeutico e la necessità di mettervi ordine. Sappiamo bene che la maggior parte della spesa sanitaria deriva dalle esenzioni dai *ticket*. Ritengo però che anche le case farmaceutiche più avvedute sappiano bene quanto il nostro prontuario sia gonfiato a dismisura, anche per colpa dei medici che prescrivono farmaci inutili e dei cittadini che li consumano. Non capisco però perché lo Stato debba pagarli.

Ho presentato un'interrogazione, alla quale non ho mai avuto risposta, in merito all'ultimo taglio al prontuario, effettuato in autunno. Ho rilevato che il costo medio del taglio per medicine era di 6 mila 700 lire, a fronte di un costo medio di 17 mila lire, alzato poi a 19 mila lire. Sono stati eliminati dal prontuario farmaci il cui consumo era in diminuzione costante nell'ultimo decennio, cioè farmaci che nessuno voleva più; sono state poi incluse le supposte, con un semplice spostamento da un tipo di farmaco ad un altro. Sappiamo tutti — lo sanno benissimo le case farmaceutiche — che il prontuario è gonfio di farmaci *comfort*, cioè di farmaci che fanno bene all'anima del paziente, non al suo corpo. Se somministro ad un genitore senile un farmaco cerebroattivo sono più contenta, ma certo non lo aiuto. In proposito esistono studi scientifici internazionali che non possono essere contestati: la spesa per gangliositi è enorme eppure il *British Medical Journal* ha di recente dichiarato che questi farmaci hanno effetti collaterali, a volte mortali; eppure, lo Stato li paga. Un altro esempio è la carnitina, che serve per una malattia rarissima che si manifesta nella misura di un centinaio di casi

all'anno negli Stati Uniti; consumiamo questo farmaco come un ricostituente.

Questo è anche un problema dei medici che prescrivono farmaci inutili. Comunque, torno a ripetere che non c'è alcun motivo che il sistema sanitario debba passare medicine che non servono. Sarebbe molto meglio dare gratis a tutti i farmaci salvavita (abbiamo le liste dell'OMS) o quelli richiesti per certe patologie gravi, per i quali non è possibile dar luogo ad abusi; non dovrebbero invece essere dati gratis gli antibiotici: non si capisce, infatti, perché una persona di reddito medio non dovrebbe pagarsi gli antibiotici per il mal di gola che ha una volta all'anno.

In un periodo di gravi ristrettezze per il bilancio dello Stato dobbiamo risparmiare e non gonfiare i profitti dell'industria farmaceutica con farmaci che sono inutili, a danno di altri servizi per i cittadini, tra i quali la diagnostica.

La prego pertanto, signor ministro, di prendere in considerazione i due aspetti che ho segnalato perché in prospettiva lei farà del bene alle generazioni future, che non potranno pagarsi le mutue, e intanto realizzerà un risparmio effettivo su prestazioni che non servono.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Costa e rinvio il seguito del dibattito alla seduta di mercoledì 17 marzo, alle 15,30.

La seduta termina alle 17,35.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA*

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 20,30.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO