

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

XIII

SEDUTA DI GIOVEDÌ 10 GIUGNO 1993

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

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE MARIAPIA GARAVAGLIA, 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

INDI

DEL VICEPRESIDENTE CAROLE JANE BEEBE TARANTELLI

INDICE DEGLI INTERVENTI

PAG.

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, 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>	351, 362
Battaglia Augusto (gruppo PDS)	362
Beebe Tarantelli Carole Jane (gruppo PDS)	352, 354
Garavaglia Mariapia, <i>Ministro della sanità</i>	351, 354, 358
Petrini Pierluigi (gruppo della lega nord)	358
Renzulli Aldo (gruppo PSI)	360
Saretta Giuseppe (gruppo DC)	354
Trupia Abate Lalla (gruppo PDS)	351
Tuffi Paolo (gruppo DC)	357, 358

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 9,45.

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, 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 il seguito dell'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, 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.

Prima di dare la parola a quei colleghi che intendano formulare dei quesiti al ministro della sanità, vorrei richiamare l'attenzione di quest'ultimo su tre problemi, la cui esistenza è emersa nel corso dell'audizione di ieri del ministro per gli affari sociali Conti.

Il primo riguarda il famoso permesso di tre giorni per i genitori di handicappati gravissimi, periodo non retribuito così come avrebbe voluto il legislatore. Il secondo — oggetto, tra l'altro, di dibattito da parte di varie associazioni e sul quale si sono già pronunciate le stesse forze politiche — attiene all'esigenza che nella predisposizione della legge finanziaria la concessione dell'assegno di accompagnamento non venga correlata ad un tetto di reddito.

Il terzo ed ultimo problema concerne il richiamo all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, sul quale ritengo che la competenza del ministro della sanità sia massima.

Sia su quest'ultimo problema, di stretta competenza del ministro della sanità, sia sugli altri due invito l'onorevole Garavaglia ad un attento esame.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Il terzo problema è già risolto, dal momento che nel decreto sui bollini è contenuta questa soluzione!

PRESIDENTE. La ringrazio, signor ministro, per averci già dato la risposta sul terzo problema.

Do ora la parola ai colleghi che intendano formulare domande.

LALLA TRUPIA ABATE. Su gran parte dei giornali di oggi, dopo la conferenza Stato-regioni svoltasi ieri, vengono pubblicati alcuni dati veritieri, che purtroppo alcune forze politiche avevano già preannunciato, in merito alla manovra finanziaria interessante il settore sanitario.

Anzitutto ci troviamo in presenza, dopo la conversione in legge del decreto n. 384 del 1982, di un risparmio della spesa farmaceutica di circa 3 mila miliardi, a fronte però — come del resto già si sapeva — di una lievitazione della spesa ospedaliera di circa 8 mila miliardi.

Dal punto di vista della prevenzione e della tutela della salute (in particolare di quella della donna), debbo rilevare con preoccupazione una forte diminuzione del numero delle visite preventive al fine di una diagnosi precoce di eventuali carcinomi alla mammella o all'utero.

I cittadini più bisognosi hanno fatto economia di bollini, non acquistando più alcune medicine, ma non portando spesso nemmeno a termine la terapia che era stata loro prescritta dal medico.

Credo non si possa attendere ulteriormente per dire a chiare lettere che siamo in presenza di un clamoroso fallimento della manovra finanziaria sulla sanità varata nel mese di novembre dal ministro De Lorenzo e quindi dal Governo Amato. Si tenga conto che l'insieme di quella manovra si prefiggeva un risparmio di 4.650 miliardi, mentre molto probabilmente finiremo per spendere almeno 5 mila miliardi in più rispetto al 1992.

Il ministro del tesoro Barucci ha preannunciato che il Governo, con la manovra finanziaria, intende ulteriormente tagliare il fondo sanitario nazionale; in proposito, vorrei avere qualche chiarimento da parte del ministro Garavaglia. Se un'ipotesi del genere dovesse verificarsi la conseguenza immediata sarebbe quella di un aumento dei ricoveri ospedalieri e molte regioni, in parte già in bancarotta fraudolenta, si troverebbero di fronte ad ulteriori difficoltà. Soltanto per fare un esempio vorrei ricordare che la USL della mia città, Vicenza, è stata costretta ad operare tagli per 26-28 miliardi, provocando la rivolta del mondo medico e degli utenti perché in qualche caso saranno ridimensionati o addirittura sospesi servizi sul territorio, come laboratori di analisi, di prevenzione e di cura. In questo modo le regioni saranno costrette ad applicare quella parte del decreto legislativo n. 502 del 1992 concernente la facoltà di imporre nuove imposte e nuove contribuzioni alla spesa sanitaria.

Nel corso della precedente audizione il ministro ha dichiarato una certa disponibilità nell'ambito del nuovo clima che si è creato nei rapporti con il Parlamento. Tuttavia, alla luce dei dati in nostro possesso le proposte avanzate dal ministro sono, dal nostro punto di vista, del tutto insufficienti. Non crediamo si possa attendere il 1994 per varare la modifica del decreto sui *ticket*, in quanto riteniamo debba essere attuata immediatamente. Come ricordavo la volta scorsa il ministro

aveva preannunciato una qualche disponibilità nei confronti della proposta formulata dal collega Giannotti, che ora formalizzo. Come è noto in calendario è previsto l'esame della proposta di legge presentata dal gruppo PDS, aperta al contributo di tutti, concernente la modifica e il superamento del sistema dei *ticket*. In proposito chiedo che venga adottato un iter di urgenza per l'esame della nostra proposta di legge, affinché sia discussa immediatamente.

Vorrei sapere dal presidente se non ritenga opportuno di prevedere, nell'ambito della nostra Commissione, un incontro congiunto con i ministri della sanità e del tesoro. È evidente, infatti, che noi potremo sviluppare tutti i ragionamenti possibili ed immaginabili ma se il ministro della sanità non avrà la delega e i poteri necessari in ordine al fondo sanitario nazionale, non saremo mai in grado di fare alcunché di positivo.

Concludo ricordando che il ministro ha manifestato la propria volontà di ridiscutere il decreto legislativo n. 502 del 1992; per inciso sottolineo che il referendum abrogativo della riforma sanitaria ha superato la quota delle 500 mila firme. Pertanto, ritengo che, anche in questo caso, le modifiche suggerite dal Governo dovranno essere altrettanto radicali. Credo sia urgente che in questo scorcio di legislatura il Parlamento venga messo in condizioni di esaminare una proposta di legge concernente il riordino della sanità (ricordo in proposito la proposta di legge di iniziativa popolare promossa dal sindacato CGIL che mi auguro il gruppo del PDS faccia propria), nella quale venga affrontato un nodo non più rinviabile per il paese quale quello del reperimento delle risorse.

Credo sia ormai giunto il momento che il Parlamento discuta una proposta di riordino che metta in discussione gli attuali ordinamenti attraverso una fiscalizzazione graduale, passando per una perequazione contributiva.

BEEBE TARANTELLI CAROLE JANE.
Desidero sottolineare alcune delle cose ri-

cordate dall'onorevole Trupia, che tra l'altro ci diciamo fin dal momento in cui sono stati approvati i primi decreti sui tagli, in occasione della discussione del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Chiedo scusa per non essere stata presente alla precedente audizione, ma ho letto attentamente l'intervento del ministro sul resoconto stenografico. Come ho detto altre volte, ho particolarmente a cuore il sistema dei meccanismi di finanziamento previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 che, come ho già ricordato in una precedente occasione, destano in me profondo allarme, in quanto rischiano di far lievitare la spesa ottenendo il massimo dell'ingiustizia. Vorrei, pertanto, sapere dal ministro in quale modo ritenga di intervenire in ordine all'articolo 9 del decreto legislativo n. 502.

L'onorevole Trupia Abate nel suo intervento ha ricordato il problema dei disavanzi delle regioni, che non sono assolutamente incentivate a spendere bene i loro fondi; come è noto, infatti, nel caso in cui una regione riesca ad ottenere dei risparmi, l'anno successivo si vedrà assegnare un minor stanziamento. Credo non sia necessario ricordare al ministro il cattivo funzionamento della struttura pubblica ospedaliera, soprattutto nelle regioni del centro e del sud d'Italia, con medici e personale in genere scelto con criteri clientelari e non di merito. Tutto ciò fa sì che anche le strutture ospedaliere di nuova creazione non siano in grado di dare adeguate risposte alle domande dei cittadini in materia di sanità.

Un altro punto particolarmente importante è quello concernente l'eliminazione degli sprechi, dovuti alla corruzione ma anche alla inefficienza e ad una gestione politica della sanità che, secondo il mio punto di vista, non dovrebbe esistere.

Vorrei poi soffermarmi su altre due tematiche, tra loro connesse, oggetto dell'intervento dell'onorevole Trupia Abate oltreché di una mia interrogazione.

Abbiamo registrato il calo della diagnostica della mammografia il che, suppongo, interesserà anche altri strumenti diagnostici di pari onere finanziario. Si potrebbe

stendere un elenco delle ricadute economiche negative, presenti e future, rispetto a persone che soffriranno di malattie più difficili da curare se non addirittura incurabili, dal momento che — per essere molto crudi — un tumore diagnosticato per tempo costa molto meno al sistema rispetto ad uno che necessita di una terapia lunga e costosa. Lei, signor ministro, non ritiene di dover sopprimere immediatamente il *ticket* sulla diagnostica, anche se occorrerà reperire dei fondi?

La notizia del crollo della spesa farmaceutica da un lato può far piacere perché significa che lo Stato risparmia. In effetti, la stima ministeriale, al tempo dell'emanazione del decreto, prevedeva 450 miliardi, invece pare che la cifra sia superiore, anche se è evidente che il tasso di risparmio statale non sarà sempre lo stesso poiché i bollini che la gente non spende oggi verranno utilizzati in futuro.

Se, ripeto, da un lato può far piacere registrare un risparmio su una spesa che, come sappiamo tutti, è gonfiata, dall'altro è evidente che si è risparmiato in modo disuguale, a svantaggio di alcune fasce della popolazione. Ho avuto modo di constatare personalmente che alcune persone prendevano solo una compressa per l'ipertensione anziché due, sopportando grossi sbalzi di pressione nel corso della stessa giornata.

Pur riconoscendo l'annosità del problema, non si deve sottovalutare l'esistenza di alcune proposte — compresa la nostra — tese alla revisione del prontuario affinché la spesa sia gestita razionalmente ed ai cittadini vengano assicurati i farmaci necessari. Tra l'altro, oltre alla verifica delle esenzioni, si dovrebbero iniziare i controlli tramite i lettori ottici al fine di garantire — lo ripeto — i cittadini che soffrono di malattie croniche o le fasce deboli che non si possono permettere certi farmaci a differenza di quelle agiate.

Mi pare che l'altro giorno, durante il convegno sui farmaci organizzato dai verdi, lei abbia invitato a modificare la legge per giungere ad una razionalizzazione del prontuario terapeutico che dia il più possibile ai cittadini, soprattutto a

quelli più bisognosi, con un minor costo per lo Stato. Mi rendo conto che le industrie farmaceutiche potrebbero sollevare difficoltà, perciò la questione va affrontata d'intesa con altri ministeri senza costituire una preoccupazione solo del suo dicastero, ministro Garavaglia. Comunque non possiamo permetterci di continuare in questo modo irrazionale, in base al quale si danno farmaci costosi a persone che non li utilizzano, creando nel contempo una sorta di sovvenzione statale per le case farmaceutiche.

Il ministro De Lorenzo, suo predecessore, ha sempre affermato, giustamente, che lo Stato non può dare tutto a tutti! Penso e spero, anzi insisto per un cambiamento di rotta, per dare un segnale ai cittadini e far capire che si sta lavorando per migliorare la sanità. Vale la pena di investire ancora — lo dico perché stanno per arrivare altre tasse — per migliorare la sanità. A volte penso — per l'esperienza limitata che ho del settore in quanto fortunatamente non sto mai male — che sia difficile immaginare una situazione peggiore dell'attuale. È difficile immaginare una sanità più caotica, più « maleducata » e meno qualificata.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Dipende dalle persone!

CAROLE JANE BEEBE TARANTELLI. Ma le persone lavorano all'interno di un'organizzazione. Chiunque abbia studiato sa che dall'organizzazione dipende la creazione delle condizioni affinché le persone possano lavorare. Qui solo l'eroe lavora! Il personale è quello che è e credo che nel Lazio sia stato assunto con criteri non del tutto limpidi, certamente non prendendo in considerazione la meritocrazia!

GIUSEPPE SARETTA. Signor ministro, incontro delle difficoltà a rivolgermi a lei perché sono costretto a ripetere argomentazioni e tematiche all'esame da un decennio: l'unica differenza è che oggi lei è dall'altra parte del tavolo. Ciò non toglie però la consapevolezza — nostra e sua — che

affrontiamo un settore caratterizzato da una rilevanza assolutamente primaria dal momento che riguarda la salute. In questo sta la difficoltà di definire esattamente, dal punto di vista quantitativo, i bisogni sanitari e le risorse per farvi fronte, in un tempo nel quale la domanda di salute acquisisce connotazioni diverse rispetto al passato, sia per la manifestazione di nuove e più gravi patologie, sia per la maggiore consapevolezza del bene salute.

Sostanzialmente la linea da lei tracciata, ministro Garavaglia, è condivisibile al punto che ripropone, come volontà politica, l'attivazione di quello che, nonostante il voto dato da questa Commissione al decreto legislativo n. 502 del 1992, era stato manomesso e stravolto dal precedente ministro.

Sappiamo che la manovra contenuta nel decreto n. 384 del 1982 ha inciso profondamente sulla questione sanità del nostro paese; abbiamo anche la consapevolezza (desidero ribadirlo) della necessità e dell'urgenza di porre mano ad una sua revisione. Tuttavia, nell'avviare tale processo, dobbiamo ricordare che non siamo usciti fuori dai binari di un sistema sanitario nazionale che nell'urgenza della sua revisione mantiene i connotati propri della legge n. 833 del 1978.

Desideriamo che lei prenda atto della farraginosità, della difficoltà, dell'eccesso di burocrazia contenuti nel citato decreto, eccesso di burocrazia che, al di là delle sue conseguenze materiali, ha indotto i cittadini ad una sorta di ribellione, a volte silenziosa ma altre volte palese, nei confronti di uno Stato divenuto ormai vessatorio rispetto ai bisogni della gente: il passaggio attraverso dieci sportelli non può essere più consentito! Al tempo stesso, però, quel tipo di manovra pone il problema della partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria. Se non vogliamo nasconderci l'idea che basti un'affermazione per risolvere il problema, dobbiamo dire chiaramente che la partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, intesa come strumento moderatore della spesa stessa, non è tema che nasce oggi o che viene condiviso da tutti e sempre; riscontriamo

nelle posizioni dei colleghi del PDS il passaggio da una posizione di negazione assoluta di partecipazione dei cittadini a quella che definisce « la tipologia della partecipazione » non più come strumento per reperire risorse, ma per moderare la domanda e controllarla.

In passato io stesso ed il ministro Garavaglia, allora capogruppo della democrazia cristiana in questa Commissione, abbiamo sempre sostenuto la tipologia della partecipazione suddivisa per patologie e per fasce di età. Mi è sembrato di sentir riecheggiare nelle parole delle colleghe Trupia Abate e Beebe Tarantelli questa stessa proposta che può essere ripresa, affinata e diventare strumento opportuno da approvare.

In merito alla quantità delle risorse, da sempre sappiamo che sono sottostimate e al tempo stesso sottolineiamo la necessità di un suo più rigoroso controllo anche attivando meccanismi di formazione, informazione e responsabilizzazione che sono nelle mani dei prescrittori della spesa sanitaria. Occorre affermare con umiltà che la politica oggi, che ha consumato ormai tutte le sue parole, non può star zitta di fronte a chi dice che vi sono ricoveri impropri perché, se tale è la situazione, siamo di fronte all'ammissione di un reato e quest'ultima deve essere perseguita; se ad un reale bisogno corrisponde un ricovero, non vi sono problemi, ma se il ricovero è improprio si configura un reato. Non possiamo affermare che vi è un eccesso di prescrizione farmaceutica e al tempo stesso far finta di niente di fronte ad osservazioni di questo tipo; inoltre, non si può essere così poco coerenti da ritenere che la spesa farmaceutica sia inutile e gonfiata e poi sottolineare che l'impossibilità di ricorrere all'uso del farmaco porta necessariamente al ricovero, che potrebbe essere evitato se l'accesso al farmaco fosse più semplice.

Dobbiamo metterci d'accordo al riguardo; sono convinto che farlo non per compromesso ma per convinzione significhi riconoscere che da una parte l'eccesso del consumo del farmaco e dall'altra il ricovero improprio sono costumi che ap-

partengono innanzi tutto agli uomini (di chi vuole soddisfare un bisogno) e poi ad un sistema di controlli. Ma qui entriamo nel cuore dell'organizzazione del sistema sanitario nazionale, cioè nel vivo del decreto legislativo n. 502.

Signor ministro, lei ha annunciato che presenterà quanto prima una proposta di modifica di tale decreto e noi siamo pronti ad appoggiarla; lo siamo in un tempo in cui molte forze politiche chiedono un limite alla durata di questa legislatura. Quest'ultima è una richiesta che non consente di fare le cose in modo utile e di sopravvivere nello stesso tempo. Tuttavia, se nei mesi che mancano alla fine della legislatura lei riuscirà nel suo intento avrà l'appoggio del nostro gruppo e, mi auguro, di tutta la Commissione.

La direzione verso la quale intendiamo incamminarci è innanzi tutto quella del reperimento delle risorse. Abbiamo chiesto (ma, per la verità, eravamo in minoranza anche all'interno del gruppo al quale appartengo) di portare fino in fondo il discorso della fiscalizzazione; abbiamo chiesto altresì di rivedere la partecipazione contributiva di tutte le categorie di cittadini perché non è possibile assistere alle disparità evidenti che ci sono ancora in questo paese tra le varie categorie di contribuenti.

Poiché parliamo ai « bordi » di una ex maggioranza, signor ministro, è bene che tutti insieme ci assumiamo questa responsabilità affinché non ci sia qualcuno che, come è accaduto ieri, sui giornali prenda le difese degli evasori e oggi si pronuncii a favore di una maggiore equità fiscale. Siamo tutti lì, sul bordo, a decidere. Politicamente desidero riaffermare la necessità di un riequilibrio contributivo di tutte le categorie rispetto alla spesa sanitaria.

Abbiamo sempre affermato, dai federalisti convinti a quelli dell'ultima ora, a quelli dell'opportunismo federalista, a quelli del regionalismo vero delle autonomie, come gli sturziani della prima ora, che la regionalizzazione deve essere attuata *in toto*: ma questo significa che il potere alle regioni non può essere condizionato dalle opportunità che provengono

dalla programmazione. A loro volta, la programmazione e la regionalizzazione comportano la riconsegna alle regioni della potestà di definire gli ambiti territoriali delle USL, della possibilità di definire l'organizzazione ospedaliera, in base ai parametri fissati per tutto il territorio nazionale per la ripartizione delle risorse.

Circa la distinzione dei ruoli, concetto ampiamente discusso e condiviso da tutti (tecnici e politici), mi permetto di sottolineare che, nel decreto n. 502, abbiamo operato una finzione quando abbiamo parlato di azienda perché abbiamo inventato ciò che non esiste e ciò che non può esistere. Infatti si tratta di un'azienda che non ha capo, di un'azienda che non dispone neppure del luogo dove adottare le decisioni che appartengono alla politica, come ha sottolineato giustamente l'onorevole Trupia Abate. Quando la collega ha richiamato il caso dei venti sindaci che si sono recati presso l'assessore regionale per chiedere la concessione di quanto era loro dovuto, ha dipinto il quadro del livello della politica; ma quest'ultimo deve avere anche la forza delle decisioni, senza semplicemente assistere alle decisioni assunte dagli altri.

E un'azienda, a mio avviso, non può essere tale se non ha un consiglio d'amministrazione (che è la sede della decisione politica), un suo organo di gestione (l'amministratore delegato), nonché gli strumenti per la revisione dei bilanci e per attuare i controlli; un'azienda non può essere tale se non ha la potestà di soggiacere alla definizione dei capitoli di spesa da parte di altri organi, nonché quella di decidere in proprio in che maniera spendere le risorse che ad essa vengono assegnate.

Dunque, signor ministro, nella revisione dell'azienda lei deve porre mano alla creazione di un organismo che sia chiaro dal punto di vista della realizzazione, cioè che non comporti più la confusione dei ruoli, né l'occupazione delle istituzioni.

A proposito della preoccupazione che l'onorevole Tarantelli ha sottolineato a lei e a tutti noi, debbo dire che mi trova d'accordo, anche se è bene, a mio avviso,

riproporre il tema del rapporto fra il servizio pubblico e l'apporto del privato. Signor ministro, non possiamo transigere sulla necessità che l'accesso al soddisfacimento di *standard* minimi garantiti sia consentito a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro reddito, dal censo o dal luogo di nascita. D'altra parte, però, non possiamo pretendere che, di fronte alle carenze del servizio pubblico, vi sia un privato sempre pronto, efficace, efficiente, controllato, in grado di dare risposte ai cittadini e di essere attivato a comando nei momenti del bisogno. È necessario un livello di programmazione regionale, dove anche il ruolo del privato sia garantito, dove al medesimo sia richiesto non di combinare « pateracchi » nei sottoscala, grazie ai laboratori dell'ultima ora, ma di essere attrezzato, controllato e in grado di offrire i propri servizi. Quindi, nell'interesse generale dei cittadini, rivediamo l'apporto che il privato è riuscito ad offrire anche in questa fase.

Due ultime annotazioni. Ci risulta — ne saremmo lieti se rispondesse al vero — che lei, signor ministro, abbia attivato meccanismi di semplificazione per quanto riguarda l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, a proposito del quale devo dirle che, già nel lontano 1988, il povero ministro Donat-Cattin destinava 30 mila miliardi per gli investimenti in questo paese; proviamo vergogna a dirlo perché i soldi non sono stati spesi e, nei casi in cui è stato fatto, abbiamo constatato che essi non sono stati immuni dal fenomeno Tangentopoli.

Dunque, se vogliamo la regionalizzazione, le risorse, una volta individuate, devono essere fornite alle regioni affinché le spendano. Ricordo infatti che vi sono ospedali i quali, nonostante siano stati individuati, dall'apposito nucleo tecnico e dal Ministero del bilancio, tra quelli che necessitavano di risorse già nel lontano 1989, non hanno ancora ricevuto una lira, perché le regioni non sono riuscite ad attivare alcun mutuo.

Per quanto riguarda le case di riposo, le RSA, visto che abbiamo fatto demagogia, campagne elettorali e anche qualcos'altro,

le chiediamo, signor ministro, di intervenire, a questo punto, con durezza per chiarire l'intera questione.

Voglio inoltre ricordare un problema che ho già sottolineato ieri durante l'audizione del ministro per gli affari sociali. Non possiamo portare avanti grandi discorsi se poi non riusciamo a trovare neanche 7-8 miliardi per la legge sulla fibrosi cistica. Indipendentemente dal fatto che si tratti o meno di una malattia limitata, che riguardi 4 mila bambini di questo paese, se non riusciamo a trovare nemmeno 8 miliardi per questa legge, vuol dire che qui stiamo parlando di altre cose, che stiamo facendo dell'accademia.

Mi soffermo, infine, sull'ultimo punto citato dalla collega Trupia Abate. Se, nell'intento di sanare il bilancio dello Stato, il ministro Barucci e qualche suo sodale intendono toccare il servizio sanitario nazionale, lei sappia, signor ministro — e speriamo di averla con noi — che su questo non transigeremo, nel senso che non voteremo una proposta che vada in quella direzione. Dico questo, sapendo di avere dalla mia parte tutto il gruppo della democrazia cristiana, perché non è immaginabile che, a fronte di qualcuno che asserisce che mancano 10 mila miliardi, vi sia qualcun altro che propone di toglierne altri 10 mila. Sono follie, ed è ora che si faccia chiarezza: la politica della sanità non la fa più il ministro del tesoro, ma i soggetti competenti in merito, a cominciare dal ministro della sanità! (*Applausi*).

**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
BEEBE TARANTELLI CAROLE JANE**

PAOLO TUFFI. Sono convinto che il ministro della sanità, conoscendo la posizione che per anni è stata portata avanti, avrà una sensibilità molto particolare su alcuni problemi.

Condivido pienamente l'intervento del collega Saretta, per cui mi limito ad evidenziare soltanto un problema che mi preme in modo particolare e che è riferito al formulario farmaceutico. Credo lei sappia, onorevole Garavaglia che, in merito al

medesimo, ho avuto uno scontro abbastanza vivace anche con il ministro De Lorenzo. Sono perfettamente d'accordo con chi sostiene che sia possibile una revisione del prontuario farmaceutico e sono altresì convinto che ciò possa avvenire senza penalizzare l'industria farmaceutica, anzi esaltando i settori impegnati nella ricerca e quelli che hanno serie prospettive internazionali. Purtroppo, ho il dubbio e la preoccupazione che in Italia, nel campo della ricerca, soprattutto farmacologica, si sia ritornati all'anno zero. Lei sa bene, signor ministro, che ormai i centri di ricerca sono quasi tutti all'estero, e a me sembra che i pochi che ancora funzionano sul nostro territorio non si applichino più di tanto.

Si tratta, quindi, di un tema fondamentale, anche perché ritengo che imporre i *ticket* non significa risolvere il problema della spesa farmaceutica. È vero che da questo punto di vista vi è stata una contrazione, ma è altrettanto vero che essa ha portato fortissimi disagi sociali, soprattutto nei confronti delle fasce più deboli: quest'ultime, infatti, anche per patologie croniche stanno autolimitandosi nell'uso di medicine, nonostante queste ultime siano serie e importanti per loro.

Quindi, la revisione completa del prontuario farmaceutico è un problema fondamentale, e credo che per risolverlo sia possibile assumere un impegno. Poiché ne abbiamo parlato, conosco la sua opinione, signor ministro, a proposito di molte voci del prontuario farmaceutico. So bene, per esempio, che ci vorrebbe molto poco per eliminarne alcune, perché sono previste soltanto da noi: molte volte siamo derisi all'estero per il fatto di mantenere talune formule e di prevedere ancora talune prescrizioni.

Oltre al problema della revisione del prontuario, vi è anche quello dei costi dell'industria farmaceutica. È vero, infatti, che quest'ultima si lamenta e pone il problema dell'occupazione ogni volta che vi è un minimo tentativo di riduzione dei costi, ma credo che nel prontuario farmaceutico vi siano anche spazi per negoziare un margine di revisione dal punto di vista

dei costi e delle spese aggiuntive. Ho infatti avuto l'impressione che, non soltanto negli ultimi anni, nel nostro paese, per quanto riguarda i farmaci, sia stata portata avanti una propaganda scientifica pari a quella attuata per le saponette o per altri prodotti...

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Il farmacista sa che per i farmaci veri non si può fare propaganda.

PAOLO TUFFI. Però lei sa bene, signor ministro, che il farmacista è il terminale di una distribuzione dove, purtroppo, pur avendo una grande professionalità chimica e scientifica, non può mettere bocca, nel senso che ormai deve solo prendere dallo scaffale ciò che è prescritto dai medici, perché non può entrare nel merito della prescrizione stessa.

Anche il ruolo del farmacista deve essere rivisto, quindi, ma senza andare così lontano, torno a sottolineare il problema fondamentale, cioè la necessità di affrontare la revisione del prontuario farmaceutico, anche in considerazione del fatto che per alcuni versi, sotto la spinta della spesa farmaceutica, le regioni stanno tentando di fare qualcosa. Non credo, però, che esse siano in grado, autonomamente, di far fronte ad un impegno così rilevante e molto tecnico. Ritengo pertanto che sia necessario un indirizzo preciso da parte del Ministero della sanità.

Anche nel campo della farmaceutica, che tra l'altro è caratterizzato da una spesa non così esorbitante rispetto al resto d'Europa, sono dell'avviso, quindi, che al prontuario potrebbero essere apportate alcune modifiche in grado di incidere sul *ticket* per le fasce più deboli. Anzi, mi auguro che si possa arrivare all'eliminazione del *ticket*, in quanto non mi sembra che possa considerarsi un'invenzione tra le più indovinate dal punto di vista dell'uso dei farmaci.

Condivido — e con questo concludo — quanto detto dal collega Saretta a proposito del privato. Nessuno vuole demonizzare il privato; ma credo che dovremmo verificare quale tipo di servizio e di pre-

stazioni esso offre al servizio nazionale. Deve trattarsi di un servizio altamente qualificato, altamente specializzato ed alternativo al sistema pubblico, mentre oggi avviene che strutture private, magari poste a cento metri dall'ospedale, abbiano convenzioni in base alle quali offrono servizi identici a quelli resi dall'ospedale pubblico il quale, alla fine, può trovarsi a non avere utenze perché queste si dirottano sul privato.

Un'altra delle questioni sulle quali dovremmo riflettere riguardo ai parametri delle strutture ospedaliere concerne il fatto se non vi sia stato un pullulare enorme di sdoppiamenti di divisioni e di incarichi primariati, magari nella stessa divisione di medicina o di chirurgia, attraverso l'invenzione di piccole diversificazioni introdotte proprio al fine di creare primariati ed altre strutture che, se analizzate in base ai parametri di occupazione, sono al di sotto di qualsiasi parametro oggi accettabile. Va quindi compiuta una profonda razionalizzazione e revisione della mobilità del personale. Uno dei problemi fondamentali è infatti anche quello di affrontare, magari all'interno della stessa USL — io direi anche di territori più vasti — il problema della mobilità del personale medico e forse anche paramedico; perché se andassimo a verificare all'interno degli ospedali a quali servizi sono stati assegnati tanti portantini ed infermieri, dei quali poi si lamenta la mancanza, riscontreremmo che moltissimi di questi lavorano presso l'amministrazione, lasciando sguarniti i settori vitali. Succede così che l'estate si chiudano i reparti per mancanza di infermieri e di personale ausiliario.

Questo è un problema generale. Ritengo comunque che dovremmo affrontare rapidamente ed in modo molto serio quello del prontuario farmaceutico.

PIERLUIGI PETRINI. Signor ministro, dapprima abbiamo congelato il Fondo sanitario nazionale prevedendo che non potesse crescere, adesso si parla addirittura di ridurlo. Vorrei, allora, che fossero chiari due concetti. Prima di tutto, la spesa sanitaria nazionale in Italia è perfetta-

mente allineata con quella dei principali paesi europei: non spendiamo troppo in sanità rispetto agli altri, caso mai è la redditività, il rapporto costo-prestazioni che non è adeguato alla media europea, mentre la spesa in sé è perfettamente allineata. Non solo: in tutti i paesi europei tale spesa registra un *trend* di incremento ed anche questo è del tutto logico, perché assistiamo all'invecchiamento della popolazione e quindi ad una maggiore richiesta di assistenza. Parimenti assistiamo ad un incremento delle tecnologie mediche e le due cose vanno di pari passo: tanto aumentano le tecnologie, tanto aumenta l'invecchiamento della popolazione. Quindi è più che normale che il costo sanitario tenda a crescere, almeno in quei paesi che hanno uno sviluppo economico, civile e culturale che permette di risolvere le esigenze fondamentali (diciamo il mangiare ed il vestire) e dunque individuano nella salute ormai un bene primario ed irrinunciabile. Ed è del tutto logico che anche in Italia sia in atto un incremento di richiesta sanitaria, cioè del bene salute.

Di conseguenza, definire un tetto di spesa significa, sostanzialmente, lasciare inevasa una certa domanda di prodotto sanitario. D'altra parte, il tetto di spesa deve essere definito perché i mezzi sono insufficienti, e qui tralasciamo di evidenziare come ciò sia accaduto per certe politiche dissipatrici, poiché non è questo il nostro tema.

Ma se tetto di spesa deve esservi, deve esservi anche la coscienza che parte di questa richiesta sanitaria, che — ripeto — è prodotto essenziale ed irrinunciabile per il cittadino, va a trasferirsi altrove. Difatti, registriamo in Italia un incremento della sanità privata. Anzi, secondo i dati OCSE, l'Italia è lo Stato che percentualmente ha presentato il maggior incremento in questo settore. Inoltre, sempre i dati OCSE evidenziano che la richiesta di prodotti sanitari al servizio privato è operata soprattutto da parte delle classi sociali privilegiate; così, mentre, per esempio, l'ospedalizzazione privata riguarda soltanto il 4,7 per cento della popolazione con reddito inferiore ai 20 milioni (cito a memoria,

quindi posso sbagliare), riguarda ben il 25 per cento della popolazione con reddito superiore ai 50 milioni. Stiamo pertanto assistendo al fenomeno per cui si vanno differenziando, in Italia, due medicine: una medicina pubblica sempre più farraginosa ed inefficiente ed una medicina privata che, necessariamente, diventa la medicina dei ricchi, sempre più efficiente e sempre più rispondente alle necessità dell'utente. Questo è un quadro estremamente preoccupante, sul quale noi mettiamo l'accento.

Soprattutto vi mettiamo l'accento quando sentiamo da più parti politiche che la difesa del sistema sanitario pubblico sarebbe una difesa della medicina in senso lato, cioè della medicina come servizio sociale. A noi, invece, sembra che rimanere ingabbiati in questo sistema pubblico equivalga proprio a dar luogo ad una differenziazione nell'assistenza medica tra i ricchi ed i poveri. È pertanto assolutamente necessario che nel momento in cui si evidenzia la necessità di porre un tetto di spesa, si ponga mano a quegli interventi adatti a far sì che il *surplus* di richiesta sanitaria, che inevitabilmente si verificherà nel paese, sia assolto da strutture che possano coadiuvare nel modo migliore il servizio sanitario nazionale, dal momento che si è definito che quest'ultimo non è in grado di far fronte a tutte le istanze. Questo è per noi fondamentale.

È pertanto fondamentale accorgersi di un fatto già messo in evidenza questa mattina dall'onorevole Trupia Abate, cioè che gli interventi parcellari, i costrutti logici che abbiamo fino adesso operato per mutare la situazione sono del tutto inadeguati. La nostra razionalità non riesce a trasferirsi nella realtà perché il sistema ha un'inerzia inevitabile ed intrinseca, che finisce per stravolgere il senso, la portata ed il risultato degli interventi che operiamo. È dunque assolutamente necessario che l'intervento da noi adottato sia tale da introdurre nel sistema stesso degli elementi regolatori; cioè noi dobbiamo ridisegnare il sistema, non costruendo cattedrali logiche ma in modo che il sistema stesso possa svilupparsi partendo da quegli

elementi logici che sono necessari ad ottimizzare e razionalizzare la spesa.

È per questo, signor ministro, che noi riteniamo assolutamente necessario adottare elementi di controllo della spesa che siano adatti ad introdurre una concorrenzialità e quindi un controllo del costo della prestazione. Soltanto per questa via, infatti, riusciremo a sviluppare un sistema efficiente, in grado di dare una risposta ottimale rispetto ai nostri mezzi finanziari ed in grado di assolvere un'esigenza sociale che — lo ripeto — in un paese come il nostro, che vuole e deve rimanere un paese europeo, nel quale cioè le istanze primarie sono già state risolte, diventa il bene essenziale. E questo deve essere ben presente anche ai ministri finanziari, che giustamente si preoccupano del bilancio ma che non possono prescindere dal concetto che ormai la salute è un servizio sociale, anzi il servizio sociale per eccellenza.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
LINO ARMELLIN

ALDO RENZULLI. Accompagno un rinnovato augurio all'onorevole ministro con alcune brevi considerazioni. Credo che l'impegno del ministro sarà fruttuoso se riuscirà a fare un'operazione che nessun suo predecessore è riuscito a compiere; credo sia questa l'ambizione più grande, cioè quella di far diventare quella relativa alla sanità una grande questione nazionale.

Finora, della sanità si è parlato troppo, vi è stata troppa tautologia, si sono messi in evidenza dati negativi, si sono sviluppate anche delle operazioni fondamentalmente distruttrici nei confronti del servizio sanitario nazionale e, nell'accezione più vasta, del problema sanitario. È quindi necessario che il paese prenda coscienza della grande questione della sanità, che afferisce al più prezioso dei beni possibili. Per far questo si deve parlare al paese con il linguaggio della chiarezza, senza nascondere proprio nulla, arrivando, se del caso, addirittura a proporre una conferenza nazionale sui problemi della sanità, chia-

mando ognuno ad esprimersi finalmente con chiarezza e ad assumersi le responsabilità di carattere istituzionale, sociale ed economico che molte volte, purtroppo, non sono state assunte con la chiarezza necessaria.

Signor ministro, lei ha a disposizione due strumenti essenziali rispetto ai quali esercitare uno sforzo di coerenza. Siamo certi che ella stessa e il Governo faranno questo tentativo: mi riferisco alla revisione del decreto legislativo n. 502 del 1992 e alla legge finanziaria. Si tratta di innestare questi due strumenti in una politica di bilancio del servizio pubblico sviluppando tutte le premesse insite nel dibattito svoltosi sul decreto n. 502 circa il rilancio del servizio stesso con l'introduzione di elementi di concorrenzialità all'interno e fra il servizio e il mercato, e quindi risolvendo, o comunque mettendo su un binario diverso, il rapporto con i privati.

Per far questo, sarà necessario dire, proprio con il linguaggio della chiarezza, quello che il Governo è in grado di offrire al cittadino in termini di prestazioni, con la definizione di quello che io chiamo lo « zoccolo duro » delle prestazioni, che deve essere l'elemento sociale sul quale il Governo deve richiamare risorse, certezze di finanziamenti e di procedure, nonché chiarezza di impostazione. Il Governo deve, annualmente o attraverso la scorrevolezza di un piano triennale (per questo sarà anche importante la modularità del piano sanitario nazionale), dire al paese quali sono gli impegni seri che si assume in materia di sanità, utilizzando strumenti nuovi quali l'osservazione epidemiologica e i grandi quadri nosologici che si compongono nel paese, nel tentativo di definire con certezza i bisogni sanitari della popolazione italiana, ribaltando il rapporto che vede, purtroppo, una sorta di spesa indotta come la spesa principale, ovvero cercando finalmente di ribaltare il circolo vizioso che vedeva le strutture sanitarie condizionare la domanda e i bisogni dei cittadini definendo la determinazione delle strutture stesse. Occorre quindi un intreccio fra i grandi quadri di carattere tecnico e una

tendenziale attenzione sui problemi derivati da un'applicazione meno arcigna della fiscalità.

Anch'io sono convinto che si giochi molto sul versante delle risorse; anch'io auspicherei che finalmente si potesse fare un passo decisivo nei confronti della fiscalizzazione degli oneri sociali. Questo comporterebbe una chiarificazione di fondo nei confronti delle varie categorie economiche e sociali e, finalmente, una certezza che consentirebbe al Governo di impostare con meno difficoltà il problema del finanziamento del servizio e anche, in una politica dei redditi, di parlare molto chiaramente alle stesse categorie sociali. Se si vuole una sanità efficiente si può rinunciare anche a qualche altra cosa. Sarei lieto se il Presidente del Consiglio, magari in un messaggio di fine anno o quando ritenga di rivolgersi al paese, potesse dire agli italiani che, in un momento come questo, pur non potendo offrire tante cose, è in grado di assicurare un servizio sanitario efficiente per tutelare la salute di tutti.

Signor ministro, una delle questioni fondamentali è costituita dal rapporto con le regioni. Da regionalista convinto amerei pensare ad un equilibrio, ad un rapporto equilibrato tra poteri centrali - Governo e Parlamento - e regioni, perché mi pare che da qualche anno a questa parte il problema delle regioni sia quello di addossare, letteralmente e sistematicamente, allo Stato oneri e difficoltà, evitando di svolgere fino in fondo il proprio dovere. Sarebbe molto interessante se regioni in qualche modo *leader* venissero a illustrare qual è stato il risultato della loro pianificazione regionale, quali sono stati gli obiettivi raggiunti in termini di razionalizzazione della spesa, quali sono i rapporti fra servizi ospedalieri e territorio, quali serie revisioni di organico sono state operate, qual è, sostanzialmente, il rapporto fra l'utenza e il servizio pubblico, qual è il rapporto tra servizio pubblico e privato. Mi auguro che, attraverso la Conferenza Stato-regioni, una sede istituzionalmente molto alta e che dovrebbe essere lo snodo vero e proprio della politica sanitaria, si possa pervenire alla necessaria omogeneiz-

zazione di interventi che molte volte purtroppo manca e che dà corpo a differenze di trattamenti regionali non del tutto giustificate.

Nell'ambito della revisione del decreto n. 502, signor ministro, le rivolgo un particolare invito alla massima attenzione sull'articolo 1. Credo si sia in grado, per gli apporti ricevuti nel dibattito, di giungere ad una risistemazione della materia del *ticket* che abbia finalmente un senso razionale. In secondo luogo, le chiederei di non disperdere quanto si è raggiunto nel campo della formazione, che è un bene importante che va sviluppato, per le premesse che pone, nel superamento della vecchia diatriba tra università e servizio sanitario nazionale.

Un'altra questione che mi preme sottolineare è quella della cosiddetta aziendalizzazione. Ho ascoltato quanto diceva il collega Saretta, però stiamo attenti a non concepire l'aziendalizzazione in termini di normalizzazione della stessa azienda sanitaria, che è una sorta di *tertium genus*, è qualcosa di diverso dalle esperienze che la pubblica amministrazione ha fatto in questo nostro paese. È uno strumento di servizio pubblico che va organizzato con criteri privatistici. Il tema è aperto e ce lo siamo trovato di fronte quando abbiamo cercato di definire diversamente lo stesso rapporto di lavoro tra il servizio sanitario nazionale e i suoi addetti. Amerei pensare che l'aziendalizzazione spinga letteralmente all'impostazione di contratti nuovi basati essenzialmente sull'affermazione delle capacità professionali. Per questo sarà necessario, insieme agli ordini professionali rinnovati, puntare a veri programmi di aggiornamento e di miglioramento complessivo delle prestazioni di tutti i dipendenti e di quanti entrano in rapporto con il servizio sanitario nazionale. Per realizzare ciò e per puntare alla riforma degli ordini professionali è necessaria l'attenzione del Parlamento e, in particolare, della nostra Commissione. Non ho nessuna paura ad affrontare temi che qualcuno potrebbe definire addirittura di promozione di settorializzazioni professionali; ben venga l'acquisizione di responsa-

bilità diretta da parte delle professioni, nel senso di una loro autogestione, perché questo è il modo migliore per dare risposte responsabilizzanti.

La stessa questione della spesa non può non essere valutata, come succede negli ordini professionali del nord europeo, dai medesimi ordini professionali. Si tratta di una componente essenziale che rientra in una visione deontologica più ampia, moderna e aggiornata, che dovrebbe caratterizzare anche gli ordini professionali del nostro paese.

Infine, signor ministro, vorrei sottoporre alla sua attenzione la questione della politica farmaceutica, che il nostro paese, prima o poi (ovviamente spero presto) deve darsi. Da troppo tempo non esiste una politica in questo settore e, purtroppo, si è fatta anche molta confusione, poiché la materia è stata oggetto delle più svariate interpretazioni.

Il farmaco, come abbiamo avuto modo di affermare più volte, è di per sé ambiguo, essendo di competenza sanitaria, mentre bisognerebbe individuare elementi di penetrazione, nei quali sia prevista non soltanto la presenza del Ministero della sanità, ma anche quello della ricerca scientifica, dell'università e dell'industria.

Signor ministro, le chiedo di assumere un'iniziativa di primo coordinamento in questa direzione e di definire gli strumenti d'intervento, perché la situazione non può andare avanti in questo modo. Non pos-

sono esistere prontuari regionali, i cosiddetti CUF, come non può non essere istituita, nell'ambito del Consiglio superiore della sanità, una commissione specifica che affronti in modo adeguato il tema delle gravi patologie.

Infine, signor ministro, nel chiederle di affrontare anche la questione della determinazione dei prezzi con nuovi metodi, le auguro buon lavoro.

AUGUSTO BATTAGLIA. Signor ministro, desidero brevemente richiamare la sua attenzione sull'atto di indirizzo riguardante la cura del morbo di Hansen. In secondo luogo, vorrei conoscere i risultati cui è pervenuto il Governo nella lotta agli sprechi del settore sanitario.

PRESIDENTE. In considerazione dell'imminente inizio di votazioni in Aula, rinvio il seguito dell'audizione alla prossima seduta.

La seduta termina alle 11.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA*

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 16.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO