

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

II

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 22 MAGGIO 1991

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE FRANCESCO DE LORENZO, SULL'ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 20 DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67, E SULLE MODALITÀ DI UTILIZZAZIONE DEI FINANZIAMENTI DI CUI ALLA LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135, E ALLA LEGGE 4 MAGGIO 1990, N. 107

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIORGIO BOGI**

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
Audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, sull'attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e sulle modalità di utilizzazione dei finanziamenti di cui alla legge 5 giugno 1990, n. 135, e alla legge 4 maggio 1990, n. 107:	
Bogi Giorgio, <i>Presidente</i>	3, 12, 18, 21
Armellin Lino (gruppo DC)	12, 13
Benevelli Luigi (gruppo comunista-PDS)	8, 9, 13, 14, 15, 18, 20, 21
Bernasconi Anna Maria (gruppo comunista-PDS)	16, 17, 21
De Lorenzo Francesco, <i>Ministro della sanità</i>	3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 14,50.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della Commissione sarà 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 Francesco De Lorenzo, sull'attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e sulle modalità di utilizzazione dei finanziamenti di cui alla legge 5 giugno 1990, n. 135, e alla legge 4 maggio 1990, n. 107.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, sull'attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e sulle modalità di utilizzazione dei finanziamenti di cui alla legge 5 giugno 1990, n. 135, e alla legge 4 maggio 1990, n. 107.

Do la parola al ministro De Lorenzo.

FRANCESCO DE LORENZO. *Ministro della sanità.* Signor presidente, vorrei innanzitutto esprimere il mio rammarico per non aver potuto essere presente, a causa di impedimenti fisici, alla seduta precedentemente fissata per la mia audizione. Del resto, non avrei potuto delegare ad alcuno tale impegno, poiché mi

era stato fatto presente che era espressamente richiesta la presenza del ministro. Ribadisco che la mia assenza non è stata assolutamente dovuta a carenze degli uffici né ad una volontà politica di ritardare l'audizione su un argomento sul quale il Ministero della sanità ritiene si debba non soltanto discutere, ma vigilare nel tempo e tenere costantemente informato il Parlamento.

Parlerò sia del programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sia di quanto sinora è stato attuato in applicazione alla legge n. 135 del 1990.

Desidero innanzitutto ricordare che in applicazione di quella legge, era stato assunto un primo impegno da parte del Governo per l'emanazione di un decreto ministeriale, come misura preliminare, preordinato alla riorganizzazione della legge ospedaliera. Su tale decreto si è impegnato non soltanto il Ministero della sanità ma anche il Consiglio sanitario nazionale. Questa prima parte concerneva le norme e l'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera. Si trattava di far seguire ad essa una seconda parte, per dare attuazione al programma straordinario di investimenti. Inoltre, si è avuto cura di attuare il censimento del patrimonio immobiliare, che ha avuto corso da parte del servizio centrale della programmazione sanitaria in data 20 giugno 1988, con la predisposizione a tale scopo dei modelli di rilevazione. È stata un'iniziativa del ministro Donat-Cattin, quella di dare attuazione all'articolo 20 della legge n. 67 dell'11 marzo 1988, innanzitutto con la costituzione di un nucleo di valutazione in data 26 luglio 1988. Tale nucleo di valutazione è composto da rappre-

sentanti esperti di discipline tecniche, sanitarie ed economiche ed è stato subito chiamato a collaborare con il servizio centrale della programmazione sanitaria nella messa a punto di uno schema di decreto che regolamentasse la materia degli investimenti, considerandolo necessario in un settore nel quale non esistevano precedenti e le indicazioni della normativa erano molto generiche. Lo schema di decreto, predisposto in collaborazione con il nucleo di valutazione, è stato sottoposto, ai sensi della legge 23 agosto 1988, n. 400, al parere preventivo del Consiglio di Stato in data 9 maggio 1989. Pertanto, il nucleo di valutazione, dal momento in cui è stato costituito, ha lavorato, in collaborazione con la programmazione, innanzitutto su questo decreto regolamentare in materia di investimenti. Il Consiglio di Stato si è favorevolmente pronunciato sul decreto in data 13 luglio 1989. Sulla base di questo provvedimento, che ha avuto anche il parere favorevole del Consiglio di Stato, abbiamo predisposto un decreto ministeriale, che è stato pubblicato nel settembre del 1989 e che ha fornito una prima indicazione alle regioni su come intervenire per definire il programma nazionale di investimenti per il triennio 1989-1991, che dovrà ripartire 10 mila miliardi di lire.

Il decreto precisa, con molta fermezza, che il programma deve riguardare tutti i tipi di presidio e strutture del servizio sanitario, con particolare attenzione ai presidi e servizi territoriali, sia di prevenzione che di diagnosi, cura e riabilitazione, a fruizione immediata e/o semiresidenziali, con un'accentuazione particolare per il programma speciale di realizzazione di 140 mila posti residenziali per anziani e disabili non autosufficienti. Nell'ambito di questa programmazione, si è tenuto conto del vincolo stabilito dal Parlamento e il 5 per cento delle risorse complessive è stato vincolato ad impieghi nel settore della prevenzione collettiva, mentre il 50 per cento della parte indistinta, non vincolata a specifici impieghi (residenze sanitarie per anziani, prevenzione, IRCCS, IZS), è stato riservato alle regioni meridionali.

Per la prima volta in un programma di investimenti pubblici è stato reso obbligatorio lo studio di fattibilità. Prima di procedere all'assegnazione di incarichi di progettazione esecutiva, gli studi di fattibilità devono essere sottoposti al Ministero della sanità per l'approvazione da parte del nucleo di valutazione dell'amministrazione centrale al fine di dare omogeneità ai vari interventi sul piano nazionale ed anche di avere a disposizione un monitoraggio sulle opere selezionate, tenendo conto che nel decreto ministeriale si è partiti dal presupposto di dare alle regioni talune indicazioni di priorità. Tali indicazioni riguardano innanzitutto il completamento degli ospedali. Vi sono infatti moltissimi ospedali, soprattutto nel Meridione, la cui costruzione è iniziata trent'anni fa e non è stata ancora completata; se è un esempio l'ospedale di Sessa Aurunca, per il quale mancano finanziamenti per il completamento dei lavori e per le attrezzature. Pertanto, abbiamo ritenuto di dare alle regioni talune priorità; naturalmente ciò è stato anche concordato con le regioni in sede di Consiglio sanitario nazionale. Abbiamo posto alle regioni altri due vincoli, imposti dal CIPE su mia proposta, recepiti all'unanimità dal Comitato ed anche bene accolti dalle regioni: con la delibera CIPE si è chiesto alle regioni che nel piano di investimenti prevedessero obbligatoriamente l'organizzazione della rete di emergenza, nella convinzione che non è possibile realizzare investimenti senza assicurare al nostro paese, che ne è in molte regioni del tutto carente, un tale servizio. Il secondo vincolo che ci è parso necessario porre per tener conto di esigenze sempre più impellenti è quello di risolvere i problemi del rischio anestesio-logico, poiché moltissime camere operatorie non hanno adottato le necessarie misure di sicurezza e quindi il livello di gas anestetizzante inquinante è molto elevato.

Questi progetti di fattibilità offrono la possibilità di valutazione da parte dell'amministrazione centrale. Naturalmente, vi è anche l'intendimento di valutare con elementi probanti il bisogno sanitario da

soddisfare nonché quello di esaminare la pertinenza e la correttezza della proposta progettuale in un quadro di alternative possibili (avendo presenti i costi da sostenere per le opere, in modo da non iniziare, come è accaduto in passato, lavori che poi non possono essere portati a termine, comprese la predisposizione delle attrezzature) ci intendiamo, soprattutto, valutare importanti aspetti legati alla gestione delle opere progettate onde evitare la realizzazione di strutture che, eventualmente — non tenendo conto delle più recenti acquisizioni dell'automazione, ad esempio, per la gestione di residenze sanitarie per gli anziani — possano comportare un maggiore onere di personale per servizi che possono invece essere automatizzati.

Il decreto si preoccupa di rendere obbligatorie, nella fase contrattuale, clausole volte a garantire il rispetto dei tempi di esecuzione e dei costi di realizzazione, evitando che, col passare del tempo, si verifichi una lievitazione degli obblighi e, quindi, si determini l'impossibilità di completare il programma.

Le ultime due priorità alle quali non ho ancora accennato riguardano misure per accrescere il grado di umanizzazione e di accoglienza delle strutture sanitarie; infatti, fra le priorità vi è anche quella di investire per migliorare la qualità della vita del malato, attraverso la riduzione del numero di posti nelle corsie e l'aumento dei servizi igienici, non soltanto in fase di realizzazione di nuove strutture ma anche adeguando quelle esistenti.

Il decreto ministeriale è stato emanato nel settembre 1989 con grande efficienza e con grande spirito di collaborazione da parte della direzione generale della programmazione, che ha predisposto, a firma del direttore generale, due linee guida che sono risultate necessarie a chiarire alcuni aspetti previsti nell'ambito del decreto stesso che sono state definite di concerto con le regioni e sono state particolarmente apprezzate in periferia. Inoltre, per la presentazione di studi di fattibilità, il nucleo di valutazione, insieme

con la direzione generale della programmazione, ha stabilito una griglia di valutazione con schemi e schede da riempire, allo scopo di rendere più omogeneo il giudizio su tali studi.

Contemporaneamente a questo avvio, che ha indotto un impegno delle regioni (per la presentazione, nel marzo 1990, delle proposte che sono state poi inserite nel piano di investimenti nazionali, approvato dal CIPE nel mese di agosto), è stato portato avanti anche il complesso problema relativo alle residenze sanitarie per anziani. In sostanza, scelta compiuta anche dal Parlamento era quella di non realizzare tali strutture in maniera indifferenziata, bensì di destinarle ad anziani non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Per questa ragione è stato varato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 dicembre 1989, che rappresenta un atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e delle province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti e non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali. Questo atto di indirizzo e di coordinamento ha ottenuto l'impegno di autorevoli esponenti che già avevano cominciato a lavorare presso la direzione generale della programmazione sanitaria, raccogliendo tutto il meglio che esiste nel mondo accademico sui problemi degli anziani. L'atto di indirizzo è a disposizione dei colleghi e reca una profonda innovazione: tengo a sottolineare che non solo è stato preventivamente approvato dal Consiglio sanitario nazionale, ma è stato anche concordato con il ministro per gli affari sociali, che ovviamente ha espresso il suo parere favorevole. Il decreto rappresenta, a parer nostro, una normativa profondamente innovativa; introduce un nuovo sistema dei servizi sociosanitari nel nostro paese, definendo gli *standard* non solo dimensionali, ma soprattutto tipologici ed organizzativi di un presidio sanitario del tutto mancante nel nostro sistema di servizi.

Da questo punto di vista, non per merito del Ministero di per sé, ma proprio

per un processo di maturazione al quale si è arrivati con il contributo di vari esperti, si è giunti ad una svolta culturale circa il tipo di assistenza da offrire agli anziani e ad un cambiamento da apportare soprattutto alle cure di coloro che non sono assistibili a domicilio, i quali non debbono essere più considerati malati cronici ricoverati negli ospedali.

Si ritiene, anche sulla base di confronti che si sono svolti a livello internazionale, che questo rappresenti quanto di più avanzato nel campo delle scienze sanitarie, sociali ed umane sia stato elaborato. Perciò, questo tempo non è trascorso invano, perché abbiamo dovuto porre le premesse — prima di me il senatore Donat-Cattin aveva avviato tale attività — per giungere alla fase di programmazione regionale. Alle regioni è stato dato un termine di quattro mesi dall'emanazione del decreto regolamentare, che predispone il programma di massima decennale, per formulare un preciso e dettagliato programma di interventi relativo al primo triennio 1989-1991. Data la ristrettezza dei termini e la vastità dell'adempimento, il Ministero della sanità ed il nucleo di valutazione si sono messi a disposizione delle regioni per coadiuvarle nell'elaborazione dei propri programmi; quindi, nell'ambito della definizione di questi ultimi non vi è stato un dialogo soltanto cartaceo, ma si è avuta una serie di incontri presso il Ministero della sanità anche con il nucleo di valutazione. Tali incontri sono stati numerosi e credo anche utili perché diverse regioni si sono avvalse di società concessionarie di servizi per elaborare i propri programmi e il Ministero della sanità ha dovuto fornire collaborazione anche tali società. Il termine di scadenza per la presentazione dei programmi regionali, fissato al 28 febbraio 1990, è stato prorogato, su richiesta di molte regioni che non erano in grado di rispettare tale scadenza, al 30 aprile. Purtroppo, per evitare che tre o quattro regioni (non tutte del meridione, due del Mezzogiorno e una del nord) presentassero al CIPE un programma che non fosse completo, abbiamo dovuto ulterior-

mente rinviare: finalmente, nei mesi di marzo ed aprile, si è proceduto alla valutazione dei programmi presentati dalle regioni non per fare un *collage* degli stessi, ma per renderli omogenei. Gli uffici della direzione generale della programmazione, nel maggio 1990, hanno predisposto il programma nazionale, che non è il risultato dell'assemblaggio di ventuno programmi regionali. Esso è stato inviato al CIPE e da questo è stato discusso a partire dall'8 giugno 1990, con una serie di incontri tra gli uffici del Ministero del bilancio e la direzione generale della programmazione, fino ad esaurire la fase istruttoria (dal momento che alcune USL avevano soltanto dato indicazioni generiche). Quindi, si è ritenuto, dopo un'attenta valutazione, di non bloccare gli investimenti sulle singole voci, ma di stabilire un'assegnazione provvisoria, in modo che quelle unità sanitarie locali che non riuscissero a utilizzati completamente non fossero comunque ritenute destinatarie obbligatorie dei finanziamenti.

Nella riunione del 3 agosto 1990, il CIPE ha approvato, con delibera che consegna alla segreteria, il programma nazionale che è stato da quel momento considerato operativo.

Naturalmente, anche gli adempimenti connessi all'attuazione dei programmi regionali di investimento sono stati affidati al servizio centrale della programmazione, considerata la direzione generale più pertinente nell'ambito del Ministero della sanità.

Al riguardo, desidero informare la Commissione che il servizio della programmazione sanitaria (considerato molto importante dal Parlamento, come dimostra il fatto che dagli originari 75 addetti di varia qualifica si è passati a 150 e successivamente a 400) risente purtroppo di una serie di ritardi nell'espletamento dei concorsi. Questa è proprio la ragione per cui nel disegno di legge di riforma sanitaria abbiamo previsto uno snellimento delle procedure concorsuali che consenta di procedere alle necessarie assunzioni.

Comunque, il suddetto organismo, in luogo delle 420 unità proposte, mi pare che abbia avuto assegnato circa un quarto del personale. Ciò significa che la direzione generale in questione — lo ribadisco — risente delle lentezze e dei ritardi di una burocrazia che deve essere necessariamente snellita. Questa è anche una delle ragioni per cui è indispensabile procedere alla ristrutturazione del Ministero della sanità.

Il suddetto organismo, comunque, dispone di un organico di 95 persone; conseguentemente, deve farsi carico di un peso notevole, anche perché nel settore della programmazione sanitaria è necessario procedere ad una serie di adempimenti molto importanti e di grande rilevanza istituzionale.

Comunque, il nucleo di valutazione ha evidenziato, fin dal mese di marzo del 1990, la necessità di mettere a disposizione della programmazione sanitaria una struttura in grado di offrire un supporto adeguato.

Fra l'altro, il nucleo di valutazione è composto da circa 13 persone, mentre la programmazione sanitaria non ha la competenza tecnica per esaminare gli studi di fattibilità. Desidero inoltre precisare che lo stesso nucleo di valutazione è costituito da valenti professionisti che prestano la loro opera gratuitamente, salvo il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno. Si tratta quindi di persone che non vengono retribuite (in quanto la legge non lo consente), a differenza del personale dei nuclei di valutazione del Ministero del bilancio o dell'ambiente.

Si è cercato, comunque, di tenere conto delle richieste avanzate dal nucleo di valutazione (che non era in grado di esaminare migliaia di progetti) e si è dato seguito a quanto proposto da quest'ultimo predisponendo uno schema di convenzione con una società tecnica, preventivamente sottoposto (ai sensi della legge n. 488) al Consiglio di Stato. È stata elaborata, inoltre, una « griglia » di valutazioni per raccogliere in modo uniforme le indicazioni istruttorie da sottoporre all'esame del nucleo.

Il Consiglio di Stato si è pronunciato in data 25 luglio 1990, esprimendo parere favorevole alla convenzione e, dopo un'adeguata indagine di mercato, la scelta del ministero è caduta su una società a partecipazione statale (la Italsanità). In tal senso si è proceduto mediante un atto formale scritto in cui l'IRI (in particolare il gruppo Italstat) ha specificato di aver individuato l'Italsanità come concessionaria di servizi ed organismo di supporto tecnico nel settore sanitario, potendo contare — come si legge in una lettera di impegno dell'IRI — sull'apporto di tutte le professionalità e sull'esperienza in materia presente all'interno delle società del gruppo Italstat.

Per quanto riguarda la società in questione, è opportuno sottolineare che purtroppo non vi era un capitolo di bilancio da cui attingere per far fronte agli oneri; pertanto, si era tentato di ricavarlo nell'ambito degli studi previsti dalla programmazione sanitaria. Tuttavia, gli organi di controllo non hanno autorizzato questa spesa e purtroppo, per l'anno 1990, non si è potuto procedere all'utilizzazione e al pagamento della società. Per il 1991 è ancora in corso di autorizzazione l'attivazione di un capitolo di bilancio *ad hoc*, avendo avuto la possibilità di utilizzare le risorse (circa due o tre miliardi) derivanti dai maggiori introiti di cui il Ministero della sanità usufruirà a seguito di prestazioni in conto terzi, secondo quanto autorizzato dalla legge finanziaria.

Siamo, quindi, in presenza di una convenzione con l'Italsanità ancora non ratificata da parte degli organi di controllo, anche se è stata autorizzata dal Consiglio di Stato. Manca, tuttavia, la ratifica da parte della Ragioneria Generale dello Stato per assenza di copertura finanziaria. Comunque, la società in questione sta operando, anche se non ha ricevuto alcuna retribuzione, in quanto rappresenta il supporto che consente al nucleo di valutazione di esaminare i progetti di fattibilità, ognuno dei quali è composto da centinaia di pagine, che richiedono una specifica competenza tecnica.

Nel frattempo, è stata data anche una certa impostazione all'organizzazione del lavoro della suddetta società per creare un'interfaccia tra il nucleo di valutazione e l'Italsanità. Conseguentemente, le diverse pratiche sono state distinte in varie categorie, tra cui quella delle opere maggiori, per le quali è stata ribadita l'indispensabilità dello studio di fattibilità (anche sulla base dei risultati di un incontro con le regioni).

Per quanto riguarda le residenze sanitarie per gli anziani, è stato giudicato indispensabile lo studio di fattibilità per verificare se i progettisti abbiano ben compreso la portata innovativa delle norme al riguardo e se l'elaborato progettuale in scala 1:200 traduca compiutamente le indicazioni del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del dicembre 1989.

Le altre opere o interventi non progettuali (messe a norma, umanizzazione, informatizzazione e potenziamento tecnologico), da considerare minori, non hanno bisogno dello studio di fattibilità, in quanto viene considerata sufficiente una relazione illustrativa delle ragioni tecnico-sanitarie.

Abbiamo cercato di evitare un eccessivo appesantimento del lavoro delle regioni e delle USL, nonché un eccessivo approfondimento delle varie indicazioni progettuali per le opere minori, facendo riferimento, per queste ultime, soltanto ad una semplice relazione che fornisca indicazione delle esigenze e dei costi senza passare agli studi di fattibilità.

Naturalmente, tale procedura è stata concordata anche con le regioni che, nel corso di alcuni incontri avvenuti durante i mesi di gennaio e febbraio, hanno rivisitato i programmi, anche perché, a seguito del cambiamento di alcune maggioranze, le nuove giunte hanno avvertito l'esigenza di rivedere in parte i piani e, conseguentemente, hanno tardato ad inviare gli studi di fattibilità secondo le scelte originarie.

Tuttavia, attraverso una collaborazione con il Ministero della sanità ed alcuni incontri con le regioni, le modifiche sono

state ridotte al minimo e sono state apportate sulla base di incontri informali.

Per quanto riguarda la situazione attuale, secondo quanto risulta dai dati di cui dispone il Ministero della sanità, sono pervenute richieste di ammissione a mutuo per 1.004 pratiche suddivise nel modo seguente: 296 per opere maggiori, 438 per residenze sanitarie e assistenziali, 270 per opere minori o interventi non progettuali.

Nel corso di 13 sedute, sono state esaminate 632 domande, pari a circa il 60 per cento dell'intero carico di lavoro. Sulle domande presentate, il nucleo di valutazione ha espresso i seguenti giudizi: 137 sono state approvate, per 45 sono stati richiesti ulteriori approfondimenti, mentre 442 sono state rinviate alle regioni per inadeguatezza della documentazione. Tra queste ultime, purtroppo, il numero più elevato è rappresentato dalle residenze sanitarie per gli anziani, che non si sono adeguate al contenuto del decreto già menzionato.

LUIGI BENEVELLI. Non è sempre facile gestire questa materia. Voi finora non ne siete stati capaci.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. La scadenza è di tre anni; comunque sono state fatte molte cose. I progetti hanno cominciato ad arrivare nel mese di marzo. Il problema è che il decreto del Presidente del Consiglio è il risultato di una scelta complessiva di Governo e di una scelta operata dalle regioni. Attenzione: l'atto di indirizzo e coordinamento non è un decreto che il ministro della sanità si è inventato dietro la scrivania della sua camera (a parte i vari professori Crepaldi, Carbonin e gli altri che sono stati insediati a suo tempo dal ministro Donat-Cattin e che hanno lavorato in collaborazione con il nucleo di valutazione), ma ha inteso non creare di nuovo case di ricovero (tipo ospizi) per imprimere una svolta ad un certo tipo di assistenza. Poi si può decidere sempre tutto, ma mi sembra che si stia banalizzando il problema. Se si vuole assistere chi è anziano ed ha difficoltà ad essere

assistito a domicilio è un conto, se invece si vuole tener conto della legge, non si può disconoscere che quest'ultima parla di « non autosufficienti » e « non assistibili a domicilio » ! Quindi, queste sono le caratteristiche che hanno condotto ad un atto di indirizzo e di coordinamento, che è responsabilità di Governo, condiviso e votato all'unanimità dal Consiglio sanitario nazionale e quindi dalle regioni. Mi pare che non si tratti di un atto unilaterale di Governo ma di un atto che ha visto la continua e impegnata partecipazione delle regioni, con una formale approvazione da parte del Consiglio sanitario nazionale. Quindi, le regioni hanno voluto quell'atto di indirizzo e coordinamento; i problemi sono sorti per dare ad esso un seguito.

LUIGI BENEVELLI. È colpa loro ? Sta dicendo che è colpa delle regioni ?

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità.* Dicevo che le domande con richiesta di ulteriori approfondimenti sono state 45, quelle rinviate alle regioni per documentazione inadeguata 422, quelle differite alla seduta successiva 8, per un totale di 632.

L'esperienza di queste prime istruttorie si sta rivelando utile anche per le regioni, oltre che per il nucleo di valutazione. Molte di esse, a seguito della documentazione incompleta, hanno avuto modo di incontrare i responsabili del nucleo di valutazione e di adeguare i loro progetti alle esigenze di una norma che il nucleo di valutazione è obbligato a rispettare. Poi, se il Parlamento modificherà la legge per dare una risposta diversa all'utilizzazione dei fondi, non posso che dichiarare che mi atterrò a quanto il Parlamento deciderà.

Per quanto riguarda la lotta all'AIDS, la legge n. 135 del 1990 stabilisce che si provveda, a cura del Ministero della sanità, alla utilizzazione dei 2.100 miliardi stanziati, con le procedure derogatorie di cui all'articolo 5 della legge 109 del 1988.

Naturalmente, rispetto ad una tematica così rilevante — che però richiede la

conoscenza dello stato in cui ogni regione si trova per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi e le strutture — abbiamo coinvolto le regioni, che sono state chiamate a partecipare al processo di realizzazione sin dalla fase di definizione delle proposte di intervento avanzate dalla Commissione nazionale per la lotta all'AIDS, di cui il Parlamento è informato per aver approvato il progetto-obiettivo.

Dopo il primo parere formulato sulle proposte stesse nel corso di una apposita riunione con la Commissione, le regioni sono state chiamate a decidere, in sede di Consiglio sanitario nazionale, la localizzazione degli interventi edilizi e di potenziamento tecnologico, contribuendo così in maniera determinante alla definizione di dettaglio del programma edilizio relativo all'AIDS da sottoporre alla approvazione del CIPE.

La legge n. 135 del 1990 contiene un'altra particolarità di rilievo: per la prima volta viene precisata, in maniera inequivoca, la possibilità per una pubblica amministrazione statale di avvalersi dell'istituto della concessione di servizio (o « di committenza », come anche è definibile) con esclusione della realizzazione diretta a cura del concessionario delle opere oggetto della concessione, sgombrando così il campo da equivoci rispetto alla molto controversa e discussa formula della concessione di opere.

Nella fattispecie riguardante l'AIDS, l'autorizzazione legislativa ad avvalersi dell'istituto della concessione è stata accompagnata dalla richiesta di garanzie in ordine al possesso dei requisiti di capacità (come ricorderete, in un ordine del giorno si diceva che le società concessionarie avrebbero dovuto essere una o più e, infatti, abbiamo individuato l'esigenza di ricorrere per lo meno a tre società), di rispetto dei tempi e dei costi di esecuzione e di qualità della progettazione e della realizzazione delle opere programmate. L'attenzione del legislatore si è appuntata anche sulle procedure di affidamento della concessione, onde assicurare il massimo di trasparenza ed una sana concorrenzialità, suddividendo il com-

plesso delle opere in tre blocchi, da affidare a soggetti diversi, previa gara pubblica.

In data 28 giugno 1990, sulla base dei principi definiti dalla legge, il CIPE ha fissato con propria deliberazione i criteri per la individuazione dei soggetti da indicare per l'espletamento, in concessione, dei compiti organizzativi afferenti alla esecuzione del programma. Quindi, è stato il CIPE, nella riunione del 28, a stabilire i criteri.

Investito dal CIPE, il Ministero della sanità, con avviso pubblicato nel foglio inserzioni della *Gazzetta Ufficiale* n. 61 del 12 luglio 1990, nonché sui principali quotidiani a diffusione nazionale, ha esposto una gara di qualificazione, secondo i criteri del CIPE, invitando i soggetti interessati a far pervenire entro il 30 luglio 1990 la dichiarazione di disponibilità corredata della documentazione comprovante il possesso dei requisiti minimi richiesti.

Alla gara hanno partecipato 15 società nazionali ed estere. Una commissione, all'uopo nominata dal Ministero della sanità, ha provveduto in tempi rapidi all'esame del materiale pervenuto.

Sulla base dell'esito dell'esame compiuto dalla predetta Commissione, il ministro della sanità, in data 1° agosto 1990, ha rassegnato il lavoro svolto al CIPE. Il 3 agosto successivo, il CIPE ha approvato il programma nazionale per gli interventi di costruzione e di ristrutturazione dei posti letto per malattie infettive da destinare all'assistenza dei malati di AIDS ed ha individuato i seguenti tre consorzi cui affidare in concessione di servizi le attività indicate nell'articolo 2 della legge n. 135 del 1990: Consorzio CON.SOMI (Capofila: Italtel; altre consorziate: SVEI, Italeco, Italsanità, Italcoser e Med-System) per l'area Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano, Trento, Friuli-Venezia Giulia e Liguria; Consorzio FIS (Capofila: FIAT engineering; altre consorziate: ISPREDIL e S.T.S.); Consorzio MED-IN (Capofila: Edilpro; altre consorziate: Infrasad progetti, Bonifica, Proger e Consorzio prometeo).

Terminato il periodo della valutazione degli atti da parte del CIPE — devo dire che la delibera del CIPE è stata pubblicata nel mese di dicembre del 1990 — si è dato inizio a settembre (nelle more della formalizzazione da parte del CIPE della delibera di selezione delle società concessionarie) ad una difficile trattativa con le società concessionarie per negoziare i termini; della convenzione da stipulare con esse.

La trattativa si è rivelata molto complessa per tre ordini di problemi e innanzitutto, per la novità della formula (concessione di servizio), per cui a poco sono serviti gli schemi di concessione di opere usati come norma in materia. Ciò ha comportato la necessità di approfondimenti giuridici e giurisprudenziali nonché di ripetute sedute con rielaborazioni continue del testo. In questa fase, di grande aiuto si è rivelato l'apporto del capo dell'ufficio legislativo del Ministero, l'avvocato dello Stato Tamiozzo, esperto e studioso della materia delle concessioni, che ha fronteggiato con grande capacità un nutrito schieramento di giuristi delle società concessionarie.

In secondo luogo, per le molte garanzie chieste dal legislatore, il che ha comportato un'ardua negoziazione di termini che, nell'offrire alla pubblica amministrazione concedente le salvaguardie volute dalla legge, non rappresentassero però condizione inaccettabile per le controparti od ostacolo ad un sollecito adempimento delle obbligazioni.

In terzo luogo, per la complessità degli interventi da compiere, costituiti da una pluralità di opere di dimensioni non grandi, disseminate su tutto il territorio nazionale, a differenza della classica opera pubblica rappresentata da un lavoro di dimensioni rilevanti, localizzato e concentrato di norma in una medesima località. La complessità e l'atipicità del programma di lavoro, reso ancor più laborioso dalla presenza di tre soggetti controparte non appartenenti ad un medesimo raggruppamento imprenditoriale ma rispondenti a vocazioni di mercato differenziate, si sono ripercosse in maniera

molto aspra sulla negoziazione dei termini economici della concessione. Questo aspetto della trattativa merita di essere esaminato nel dettaglio, perché ha costituito il motivo principale dell'allungamento dei tempi di negoziazione.

Peraltro, le cifre in discussione meritavano una ferma presa di posizione da parte dell'amministrazione concedente. Al riguardo si fa notare che, a fronte di una richiesta delle società in questione di un compenso, per la parte di lavoro legata a tariffe professionali, assommante all'11,75 per cento dell'ammontare delle opere e delle forniture; e di un compenso forfettario per la componente di organizzazione e di supporto all'amministrazione per lo svolgimento delle gare, la direzione e la contabilizzazione dei lavori e per quant'altro previsto dalla legge n. 135 del 1990, al più volte citato articolo 2, assommante al 10 per cento — con una richiesta complessiva di onere concessionario pari al 21,75 per cento —, la trattativa si è potuta concludere con una tariffa forfettaria per tutte le componenti del compenso, rispettivamente del 9,5 e dell'8,6 per cento, pari ad un complessivo 18,1 per cento, in luogo del richiesto 21,75 per cento.

Sulle conclusioni della trattativa è stato necessario sentire, ai sensi di legge, il parere del Ministero dei lavori pubblici. Con nota del 16 gennaio 1991, la questione è stata rimessa a tale ministero.

L'esame presso detta amministrazione si è rivelato lungo e laborioso e solo dopo numerosi contatti epistolari e diretti degli uffici a chiarimento di ogni possibile dettaglio e di un deciso intervento da parte mia presso il ministro e la Presidenza del Consiglio è stato possibile ottenere la pronuncia dell'apposita sezione del Consiglio superiore dei lavori pubblici in data 21 marzo 1991. Il parere del ministro dei lavori pubblici è stato formalizzato in data 28 marzo 1991. Dal giorno immediatamente successivo sono stati ripresi contatti con le società concessionarie per negoziare i termini dell'accoglimento dei suggerimenti formulati da quel ministero.

Preciso che tutti i suggerimenti sono stati interamente recepiti nell'ambito delle convenzioni; inoltre è stato accolto il punto relativo alla richiesta da parte della sezione del Consiglio superiore dei lavori pubblici di poter partecipare, con propri esperti, all'approvazione dei progetti. Da parte del Ministero della sanità è stato formalmente comunicato a quello dei lavori pubblici che nulla osta ad integrare con i nominativi indicati dal Consiglio superiore dei lavori pubblici le competenze necessarie per il nucleo di valutazione per l'approvazione dei progetti, che vedrà anche la presenza di un gruppo di esperti indicati dalla commissione nazionale per la lotta all'AIDS.

Durante la crisi di Governo, ho ritenuto di non procedere alla firma delle convenzioni. È stata affidata la delega al direttore generale della programmazione sanitaria e si è proceduto alla firma di due delle tre convenzioni. Si attende *ad horas* la firma dell'ultima convenzione, in ritardo a causa della certificazione antimafia.

Le società concessionarie sono state messe in contatto con le regioni non appena il CIPE ha deliberato la concessione delle opere. Il Ministero della sanità ha provveduto ad un'azione di collegamento con le regioni, per cui tali società concessionarie sono venute in possesso di tutti gli elementi necessari sia per le opere di adeguamento sia per le nuove opere.

Come più volte ho avuto modo di dire in questa sede, la mia preoccupazione più grande era quella di evitare una frammentazione che influisse negativamente sui tempi di attuazione delle opere, per cui, nonostante la differenza dei soggetti investiti, le tre concessionarie sono state obbligate a costituire un unico comitato di coordinamento, come interfaccia unico per l'amministrazione centrale e come veicolo per la trasmissione di norme, indirizzi e sollecitazioni a tutte le società consorziate. Tale comitato di coordinamento assicura al Ministero un'omogeneità di comportamento ed una forma di avanzamento dei lavori coerente con gli impegni assunti, anche attraverso una

corresponsabilità di tutte e tre le concessionarie, indipendentemente da difficoltà o da ritardi che dovessero riguardare una delle tre.

Le società concessionarie sono state poste in collegamento con le regioni, di cui hanno recepito le progettazioni; inoltre, sono subentrate, come previsto dalla legge, nell'ambito delle varie iniziative già avviate (costruzioni o adeguamento delle strutture). Le società sono impegnate a consegnare le opere « chiavi in mano », senza alcuna modifica nell'ambito della previsione delle spese, nell'arco massimo di tre anni dal momento della firma della convenzione.

Infine, sottolineo che la convenzione prevede consistenti penali per ritardi in ogni fase di attuazione del programma e non solo con riferimento al termine finale. Un'altra novità di rilievo in materia è la previsione di una penale per carenze progettuali generatrici di danni o di ritardi.

Si tratta di un'esperienza molto importante, che ha aperto una strada nuova, percorsa nei tempi più brevi possibili e con le massime garanzie, avendo ora tutte le condizioni necessarie per avviare concretamente il programma. Ovviamente, rimangono tutte le iniziative previste dalla legge n. 135, al di là del piano di adeguamento e di nuove costruzioni, relativamente alla ripartizione dei finanziamenti per il potenziamento dei centri di assistenza ai tossicodipendenti intervenuti attuati nei tempi previsti — e tutte le norme relative all'assistenza domiciliare, all'avvio dei corsi di formazione (che non rappresentano l'oggetto di questa mia relazione ma che possono essere considerate una parte distinta rispetto al quesito che è stato posto).

PRESIDENTE. Poiché il ministro ha comunicato di avere un impegno al Senato alle 16,30, la discussione non potrà andare oltre le 16,20. Può darsi, pertanto, che non si riesca ad esaurire oggi la fase dedicata alle domande dei colleghi.

LINO ARMELLIN. Signor presidente, ringrazio il ministro De Lorenzo, che è venuto a riferire quest'oggi sull'importante problema in discussione. Premetto che mi riferirò soltanto ad una parte della sua relazione e, in maniera particolare, dire; anzi esclusiva, ai problemi che riguardano gli anziani.

A questo proposito, ho presentato di recente un'interrogazione al ministro della sanità, sottolineando la necessità di urgenti iniziative che siano coerenti con le proposte contenute nella relazione della Commissione sulla dignità e la condizione sociale dell'anziano. Tali iniziative devono essere in armonia con le raccomandazioni evidenziate a Vienna nel piano di azione mondiale sull'invecchiamento e con le varie risoluzioni adottate dal Parlamento europeo. In particolare, prima di entrare nel merito degli interventi predisposti ai sensi dell'articolo 20, vorrei chiedere al ministro se non intenda presentare al parlamento, come è stato fatto per l'AIDS, uno stralcio del piano sanitario nazionale con il progetto-obiettivo ...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. È già all'esame del Consiglio dei ministri che, dopo averlo esaminato, lo presenterà alla Camera la prossima settimana.

LINO ARMELLIN. Mi compiaccio di aver ricevuto subito una risposta positiva.

Desidero soffermarmi brevemente sulle problematiche inerenti agli interventi ex articolo 20, lettera f), della legge 11 marzo 1988, n. 67, cioè quelli relativi alle strutture residenziali per disabili. L'esigenza di agire per il meglio e di disporre di una certa garanzia, secondo me, ha portato a burocratizzare talmente l'intervento che, a tre anni di distanza dal suo avvio, ci troviamo ancora di fronte all'impossibilità di passare all'attuazione dei programmi. Vorrei affrontare soprattutto un altro aspetto del problema: non so quanto l'eccessiva attenzione del Governo e in particolare del Ministero della sanità nuoccia, in un certo senso, nei confronti

dell'autonomia e della responsabilità programmatica delle regioni. È necessario, direi indispensabile, che il Governo ponga in atto rigidi strumenti di controllo e di verifica, ma in questo caso siamo di fronte ad una vera e propria autorizzazione preventiva per i singoli interventi.

Come ha detto lo stesso ministro, sottolineando le difficoltà che indubbiamente ha incontrato, ciò ha costituito un freno a quella che poteva essere la tempestiva realizzazione di opere e direi anche una remora per quanto riguarda l'impossibilità di entrare nella filosofia di ogni singola regione.

Voglio spiegarmi con un esempio. Il Veneto ha scelto una sua filosofia, secondo me importante, per fornire una risposta alle esigenze degli anziani, anche non autosufficienti, scegliendo tra l'altro, per quanto concerne le strutture, *standard* più rigidi e più all'avanguardia di quelli statali. Qual è la filosofia importante sottesa alle scelte compiute dalla regione Veneto? Quella di una forte, e pregnante, integrazione tra l'aspetto sociale e quello sanitario, quella cioè di veder realizzate opere per l'assistenza agli anziani che siano il meno « sanitarizzate » possibile e che siano adatte ad accogliere l'anziano non autosufficiente il quale, come osservava il ministro, non può essere assistito in casa.

Non so quanto ciò sia compatibile con le esigenze poste in essere dai decreti attuativi: mi ha alquanto meravigliato il fatto che si sia usata la dizione « residenze sanitarie per anziani » anziché l'altra « strutture residenziali per anziani » prevalentemente non autosufficienti.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. La dizione precisa è « strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti », come risulta dalla legge, articolo 20.

LINO ARMELLIN. D'accordo, ma allora non capisco perché sia emersa la dizione, che mi pare sia contenuta in qualche decreto, « residenze sanitarie per anziani ».

Comunque, signor ministro, desidero focalizzare questi due aspetti del problema. In primo luogo, dobbiamo tendere in misura sempre maggiore al decentramento della realizzazione delle opere, perché è inutile che un Ministero conservi per se stesso anche la prerogativa di richiedere i progetti di fattibilità ed altre misure analoghe, essendo questo soltanto un intralcio burocratico.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Ciò vale non per tutte le opere, ma soltanto per le maggiori.

LINO ARMELLIN. Sta di fatto, signor ministro, che a tre anni di distanza, oltretutto in presenza di una lievitazione dei costi che potrebbe essere calcolata, secondo quanto mi è stato comunicato, intorno al 25 per cento rispetto a quelli preventivati, ci troviamo nell'impossibilità di realizzare i 140 mila posti letto previsti. Ricordo che nel solo Veneto, sempre in relazione agli anziani non autosufficienti, abbiamo bisogno di 13.050 posti letto.

Mi domando, per esempio, quante delle 442 domande che, secondo le sue affermazioni, sono corredate da una documentazione inadeguata, provengano dal Veneto.

Concludendo — anche per rispondere al richiamo del presidente ad una certa brevità — mi dichiaro soddisfatto, anzitutto perché è stata assunta l'iniziativa di stralciare il progetto-obiettivo « Tutela e salute degli anziani ». Sono invece molto perplesso per il modo in cui è stata gestita questa cosa e mi domando se, per gli ulteriori trienni, non sia il caso di valorizzare maggiormente l'autonomia delle regioni, sia pure prevedendo rigidi strumenti di controllo e di verifica da parte dello Stato, nonché vincoli, per così dire, di orientamento; in ogni caso, sarebbe opportuno intervenire in misura minore nella parte esecutiva delle opere.

LUIGI BENEVELLI. Signor ministro, desidero anzitutto dire che siamo contenti di vedere che sta bene; le auguriamo be-

nessere e felicità, per fugare fraintendimenti sulle proteste espresse. Siamo lieti che finalmente si avvii questa discussione, la quale non si chiuderà certamente nella giornata di oggi.

Abbiamo chiesto questa audizione perché davvero consideriamo da una parte uno scandalo, dall'altra una beffa nei confronti del Parlamento il fatto che, a tre anni di distanza dall'approvazione della legge finanziaria 1988, non una lira sia stata spesa per le destinazioni che erano state definite. Nel frattempo, signor ministro, una parte delle risorse del Fondo sanitario nazionale è stata utilizzata: sono stati spesi 762 miliardi per finanziare gli arretrati delle convenzioni di medicina generale e specialistica e guardia medica. Quindi, sono stati distratti fondi per finanziare le convenzioni della medicina di base.

Prescindendo da quest'aspetto, ho parlato di uno scandalo e di una beffa perché il Parlamento nel suo complesso ma, in particolare, i membri di questa Commissione avevano salutato come una grande vittoria la destinazione da parte del Parlamento di una rilevante quantità di risorse finanziarie, 30 mila miliardi, per realizzare finalmente investimenti nel Servizio sanitario nazionale, posto che esso, in parte per la sottostima delle risorse, in parte per i vincoli di spesa, non era in grado di investire per rinnovare, adeguare le strutture e realizzare tutti gli obiettivi previsti dall'articolo 20 della legge finanziaria 1988.

Riteniamo dunque che si tratti davvero di una beffa, perché non è stata spesa una lira, fatta eccezione per le risorse utilizzate per finanziare altre cose...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Sull'articolo 20 non è stato finanziato niente, perché la titolarità dei mutui è delle regioni! Non vedo a che cosa faccia riferimento.

LUIGI BENEVELLI. In un Ministero che non ha mai fatto programmazione sanitaria, improvvisamente si scopre una capacità di gestione; lei ha compiuto una

faticosa, penosa ricostruzione delle tappe, evidenziando come poi ci si sia accorti che mancava personale, che occorreva bandire concorsi, per concludere, alla fine, che la colpa è sempre delle regioni. Comunque, in una vicenda di questo tipo, il Ministero, che non ha mai saputo operare una programmazione, scopre di avere capacità di gestione, espropriando le regioni. Questo di fatto è avvenuto.

Addirittura, lei ha teso ad evidenziare che, con il contributo dei migliori cervelli italiani, il Ministero della sanità avrebbe definito le strutture ottimali per l'assistenza sanitaria, come se prima di ora in nessuna parte del paese si sapesse come dovessero essere. Questa mi pare la scoperta dell'acqua calda.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Non esiste alcun documento.

LUIGI BENEVELLI. Intendo dire che in Italia, dai tempi dei lavori preparatori per la riforma sanitaria, chi ha fatto programmazione (e quindi anche le regioni) sa quali siano le strutture, come debbano essere, quali requisiti debbano avere. Il guaio è che il Ministero della sanità, così come molti altri dicasteri, non è in grado di spendere il denaro assegnato.

Allora, signor ministro, lei che ha sollevato le polemiche contro le USL, a volte a ragione a volte a torto, a volte inventando a volte essendo documentato: qualche volta dovrebbe guardare un po' in casa sua!

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Io ho casa a Napoli.

LUIGI BENEVELLI. Mi riferisco alla casa della sua funzione, che è il Ministero della sanità.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Io non ho niente, sono ministro *pro tempore*; ho solo la mia casa, che è a Napoli.

LUIGI BENEVELLI. È responsabile politicamente, signor ministro; a tale re-

sponsabilità non può sottrarsi. Lei ha attaccato a fondo il Servizio sanitario nazionale, ritenendo di fare il suo dovere come « presidente » — come diceva lo scomparso onorevole Degan — di tale servizio; mi pare che ora non possa sottrarsi al dovere di guardare dentro il ministero di cui è titolare, per il quale è responsabile politicamente, e sotto il profilo del funzionamento della « macchina ».

Desidero sottolineare, rispetto alle questioni da denunciare con forza, lo spreco dovuto al mancato investimento.

La stessa quantità di denaro disponibile a tre anni di distanza — posto che entro il 1991 da qualche parte si possa cominciare ad investire — ...

Attendo che il ministro rientri per continuare il mio breve intervento.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Mi sono di poco allontanato per bere un bicchiere d'acqua. Non capisco questa dipendenza viscerale dalla presenza del ministro; oltretutto, è presente il sottosegretario, onorevole Garavaglia.

LUIGI BENEVELLI. Signor ministro, mi sto rivolgendo a lei; ho seguito con attenzione la sua relazione, per cui la prego di ascoltare le mie osservazioni! Credo che anche le ragioni di un gruppo di opposizione la possano interessare. Dal momento che lei esprime molte critiche al servizio sanitario nazionale e allo sfascio attuale, sarebbe importante, a mio avviso, che si rendesse conto di quanto ha detto e di ciò che comporterebbero le sue affermazioni se anche l'opinione pubblica fosse correttamente informata dei fatti accaduti. Mi riferisco allo spreco dovuto al mancato investimento e alla circostanza per cui le procedure, le modalità adottate, le scelte compiute fanno sì che, se mai verrà dato inizio alla realizzazione delle strutture su cui bisognava investire secondo l'articolo 20 della legge finanziaria del 1988, dovranno essere rielaborati tutti i progetti per l'impoverimento del valore reale delle risorse.

Lei sa — in ogni caso, glielo dico io — che gli amministratori e le unità sanitarie

locali sono ad un livello notevole di disperazione, poiché, avendo fatto affidamento sulla possibilità di realizzare determinati investimenti, sono stati presi in giro, non essendo stata assegnata loro nessuna risorsa.

Addirittura scopriamo, dai dati che lei stesso ha fornito, che più di 400 domande sono state respinte. Poi, sulla stampa appaiono le denunce sulle condizioni di degrado in cui vivono gli anziani. Il fatto è che le strutture che dovrebbero investire per migliorare la capacità di ospedalità nei confronti degli anziani non autosufficienti sono impossibilitate a farlo per sua responsabilità, signor ministro. E invece lei fa polemica, se la prende con le regioni, con i comitati di gestione delle USL.

Signor ministro, lei deve rispondere, di questa situazione, perché sa benissimo che l'Italsanità non esisteva e che si è attesa la sua costituzione, avvenuta nell'ambito delle società IRI proprio per occuparsi di tale questione. Lo sapeva o no, signor ministro?

Forse, in questo caso, c'è anche la beffa. Non so se vi sia stato un *business* mancato, ma è certo che dalla vicenda, ancora una volta, emergono le scelte che lei ha compiuto, a partire dal modello di programmazione costituito dalla legge sull'AIDS e della decisione di accentrare procedure di convalida e di gestione delle scelte sulla base di *standard* nazionali, secondo un rapporto che inficia la programmazione. Vorrei sapere, signor ministro, se i criteri adottati a livello nazionale rompano gli schemi di programmazione e i modelli di intervento, se cioè queste modalità di gestione vadano contro la programmazione regionale e la programmazione a livello locale degli interventi e degli investimenti.

Il ministro è un fautore, e noi siamo d'accordo, della necessità di regionalizzare le responsabilità gestionali. Ma, allora, facciamolo davvero, rinunciando a quei modelli che lei propone e di cui è responsabile politicamente, dovendosi addebitare a lei questa scadente gestione.

Ciascuno di noi appartiene ad una regione: il collega Armellini ha parlato del Veneto, ma credo che vi sia una situazione molto grave di contenzioso nei confronti della regione Lombardia che, dovendo operare ristrutturazioni e non costruire *ex novo* soprattutto per le RSA, deve lottare contro gli schemi del suo Ministero, che appaiono astratti. Per quanto riguarda poi le cubature ed i metri quadri, lei sa, essendo consigliere nella città di Napoli, che, per la costruzione di opere pubbliche, alcune imprese si conquistano i finanziamenti e si impongono agli enti locali ed alle strutture, procurandosi finanziamenti, *placet*, timbri e quanto altro.

Io credo che la vicenda in questione costituisca un gravissimo scandalo e che lei ne sia, per gran parte, politicamente responsabile, per il danno che ne deriva al paese, al Servizio sanitario nazionale ed ai cittadini. Credo altresì che questa situazione meriti ulteriori approfondimenti, oltre che una rapidissima revisione delle norme e delle procedure che hanno portato alla drammatica paralisi. A ciò si dovrà provvedere con proposte di iniziativa parlamentare e con un suo intervento in quanto ministro della sanità.

ANNA MARIA BERNASCONI. È stata molto interessante e stimolante la cosiddetta giustificazione del ministro sulla legge n. 135 del 1990, più di quanto pensassi prima che il ministro ci comunicasse i dati relativi alla sua applicazione.

Nel corso dell'intervento richiamerò punto per punto le dichiarazioni del ministro. Vorrei però rilevare, innanzitutto, che egli non ha risposto in modo esaustivo sull'applicazione della legge n. 135, ma si è limitato al meccanismo delle reti in concessione ed alla costruzione di opere. La nostra richiesta, invece, comprendeva altri aspetti e mi riservo perciò di avanzare alcune domande specifiche.

Vorrei ricordare al ministro che la nostra battaglia non era contro una politica di urgenza per la lotta all'AIDS, ma per

modificare la legge n. 135, affinché potesse fornire risposte immediate ad un problema sanitario sicuramente di emergenza. In tal senso, avevamo sostanzialmente indicato quattro punti, che vorrei ricordare al ministro. In primo luogo ci siamo soffermati sull'inadeguatezza del numero dei posti letto. Ricordo che ci fu una battaglia per i 15 mila posti letto previsti, ma che poi — non so se sia un caso o se vi sia stato un ripensamento — il decreto ministeriale di approvazione dell'ampliamento di posti letto, sia in *day hospital* sia in ricovero, ha riguardato 6.924 posti, come avevamo preannunciato durante quella battaglia parlamentare.

Un altro punto su cui ci eravamo soffermati riguardava il meccanismo della concessione a ditte, ritenendolo sbagliato, come ha giustamente rilevato il collega Benevelli, e tale da nascondere la possibilità di accentrazione e di affidare e favorire tramite il ministero una serie di distorsioni che il ministro imputava solo alle regioni; in altre parole, lo ritenevamo un meccanismo che avrebbe allungato i tempi e reso meno controllabili le opere in corso.

La nostra battaglia era stata incentrata anche sui concorsi a livello regionale, nonché sul problema degli infermieri. Avevamo chiesto poi al ministro, il quale si era impegnato in tal senso, che la legge sull'AIDS fosse accompagnata dal progetto-obiettivo per tutti gli aspetti che non fossero quelli ospedalieri. Ebbene, non è ancora stato emanato un decreto ministeriale.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Non c'è bisogno di nessuno decreto ministeriale. Il progetto-obiettivo è stato espresso dalle regioni ed è diventato vincolante con ...

ANNA MARIA BERNASCONI. Vorrei ricordare al ministro che si era impegnato ad operare uno stralcio.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Lo stralcio è stato approvato.

ANNA MARIA BERNASCONI. Signor ministro, mi risponderà alla fine del mio intervento. Ma, torniamo alle risposte che lei ha dato circa i tempi di attuazione.

Lei ha giustificato le carenze del convenzionamento con le ditte di concessione, e quindi della partenza delle opere, con una serie di difficoltà procedurali, che ha continuamente rinviato al CIPE o ad altri organismi come il Ministero dei lavori pubblici. Ricordo che il CIPE ha rispettato le scadenze di legge per fornire i criteri alle ditte in concessione e che il ministro del bilancio e della programmazione economica, di concerto con quello della sanità, ha firmato il decreto impiegando molti mesi per renderlo operativo. Ora scopriamo che l'atto formale del ministro della sanità, necessario a far lavorare queste ditte in concessione, è stato delegato al responsabile della programmazione sanitaria del Ministero della sanità, se non ho capito male (chiedo conferma anche di questo). Pertanto il ministro non avrebbe firmato le prime due convenzioni; vorrei sapere inoltre perché la terza non sia stata firmata. Ricordo che nel frattempo, dopo tutti questi pasticci, è stato presentato un ricorso al TAR da parte di una delle ditte escluse dalla convenzione o perlomeno dal riconoscimento del decreto ministeriale; vorrei capire, perciò, quali di queste tre convenzioni siano state firmate, da chi e come si ritenga di rispondere al ricorso al TAR.

Visto che lei parla di trasparenza, signor ministro, nella mia funzione di parlamentare vorrei verificare anche quella del Ministero della sanità, nonché ottenere una documentazione approfondita su quali siano stati i criteri adottati dal ministero stesso, su indicazione del CIPE, per scegliere le ditte contenute nel decreto ministeriale. Successivamente, signor ministro, lei ha fatto un pronunciamento (se mi permette, abbastanza ridicolo dopo tutte le giustificazioni addotte sull'allungamento dei termini) con il quale ha assicurato che gli atti formali stanno finalmente giungendo a compimento e che il ministero garantisce, at-

traverso un comitato di coordinamento fra le ditte in concessione, che non vi siano sfasamenti nella realizzazione delle opere nelle tre aree individuate in Italia. Ciò è sempre stato fatto quando le regioni potevano muoversi autonomamente, controllate dal ministro ed in modo trasparente, ai fini della loro programmazione interna. Vorrei anche capire come si articolerà questo comitato di coordinamento, quando sono state firmate due delle tre convenzioni e quando, probabilmente domani, una delle ditte in concessione non sarà più fra quelle facenti parte del comitato, ammesso che il ricorso al TAR finisca in maniera positiva.

Altrettanto curioso è il fatto che lei affermi che sicuramente entro tre anni quelle ditte realizzeranno le opere, perché la convenzione prevede delle penalizzazioni se non verranno rispettati i tempi; lei dimentica che, intanto, si è perso un anno e che opere già in corso sono state sospese per colpa del meccanismo della concessione; dimentica altresì, che progetti già approvati dalle regioni devono essere rivisti perché non vanno bene, non in base a canoni scientifici o di altro tipo, ma per decisione delle ditte in concessione. Probabilmente una ditta decide che altre sono le sue tipologie ed i suoi interessi nella costruzione di un reparto: questo, praticamente, manda all'aria tutti i progetti, i consulenti, le motivazioni e le esigenze delle regioni, già approvate sia da queste ultime sia da esperti in materia sanitaria. Pertanto, parlare di tempi assai brevi è perlomeno improprio rispetto a tutto quanto lei ha raccontato.

In ultimo, riservandomi di intervenire di nuovo nella prossima seduta, fornirò una serie di *flash* su quanto sta succedendo nelle varie regioni, affinché lei si documenti e venga a risponderci sulle varie questioni. Non solo la legge non è applicata per le ditte in concessione, quindi per le opere, ma nessuno dei concorsi regionali, così come sono previsti dalla legge, è stato attuato. Le poche realtà in cui sono stati coperti posti vacanti in pianta organica hanno usufruito delle vecchie procedure. Per quanto ri-

guarda, in particolare, la regione Emilia-Romagna, fin dal luglio 1990 le è stato richiesto, signor ministro, di indicare chi fosse il rappresentante ministeriale per costituire la commissione e fare le graduatorie, ma lei non ha mai risposto; visto che lei sembra sempre non avere colpa e che questa sia da attribuire al consiglio sanitario nazionale, al CIPE, alle regioni o alle USL, il risultato è che nella regione Emilia-Romagna non è stato possibile fare le graduatorie per la mancata designazione del rappresentante ministeriale. La regione Lombardia le ha più volte chiesto di emettere una circolare per spiegare come valutare i titoli delle persone in graduatoria, in particolare affinché fosse salvaguardato un minimo di professionalità, ma essa non è stata mai emanata. Voglio ricordare un altro fatto curioso: lei ha più volte affermato che, per le ditte in concessione e quindi per le opere edilizie, le regioni sono state coinvolte. Vorrei che in un prossimo incontro, signor ministro, lei ci spiegasse come mai nel decreto ministeriale (che è un atto centrale, non delle regioni) siano previsti 40 posti letto per i malati di AIDS nel policlinico di Tor Vergata, non contenuti nel piano della regione Lazio che le è era stato sottoposto: il particolare non irrilevante è che il policlinico di Tor Vergata non esiste e non ne è neanche iniziata la costruzione.

Vorrei che lei rispondesse a queste prime domande, rinviando le altre questioni alla prossima seduta.

PRESIDENTE. Il ministro interverrà soltanto per fare alcune precisazioni e risponderà a tutti gli interrogativi posti nella maniera che riterrà più opportuna.

FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità. Vorrei che si facesse un pò di chiarezza, perché la polemica politica può essere valida in molti campi ma non sulle cose concrete. Finò a quando il Parlamento non cambierà la legge, la legge del 1988 vincola 2.700 miliardi alla realizzazione di residenze per anziani, non di case per anziani, onorevole Armellin.

Queste ultime possono essere finanziate con una diversa voce, sottraendo però risorse agli ospedali e non alle residenze sanitarie, che debbono essere autorizzate dal Ministero, secondo il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. Se il Parlamento riterrà di modificare quella norma di legge e di autorizzare comunque non la costruzione di residenze sanitarie per gli anziani — in proposito vorrei ricordare che questa è una norma che ho mutuato dal mio predecessore, l'onorevole Donat-Cattin, e che io mi sono limitato ad applicare, essendo essa parte di una legge vigente dello Stato —, ma altre misure, il Ministero della sanità ben volentieri si adeguerà alla nuova normativa. Vorrei far presente all'onorevole Benevelli che se il Ministero avesse autorizzato progetti come quelli che, numerosi, ci sono pervenuti e che constavano di quattro sole paginette, che erano privi di cartografia, di analisi costi-benefici, di alcun riferimento alla tipologia edilizia, probabilmente lo stesso onorevole Benevelli ed il Parlamento in generale avrebbero chiesto la denuncia del ministero alla Corte dei conti per illeciti nell'approvazione di progetti non corrispondenti alla normativa in materia.

LUIGI BENEVELLI. Quanti sono tali progetti?

FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità. Potrò fornirvi in proposito dati precisi; basti al momento sottolineare che tutti quelli respinti si trovavano nelle condizioni da me descritte. Mi domando, quindi, come avrebbero potuto spendere questi soldi le regioni solo sulla base di simili pezzetti di carta; tra l'altro, per le opere minori non sono stati chiesti studi di fattibilità, ma semplici relazioni. Mi chiedo, perciò, come si possa sostenere che vi è stato un ritardo nell'utilizzazione delle risorse quando, sostanzialmente, non esistevano i relativi progetti. Vi sono moltissime USL e numerose regioni che non solo non hanno inviato al ministero gli studi di fattibilità, ma neppure le relazioni per il completa-

mento di ospedali, bloccando in tal modo decine di miliardi non utilizzati dalle USL. Sarebbe, infatti, stato sufficiente predisporre una semplice relazione: emblematico è, in proposito, il caso dell'ospedale di Sessa Aurunca, la cui costruzione è iniziata trent'anni fa e che dispone di sei miliardi per il completamento; tuttavia, esso non ha inviato al Ministero nemmeno una relazione nella quale si specifichi la volontà di comperare apparecchiature o di completare le camere operatorie. La logica seguita dal ministero è stata, allora, quella di comprendere se gli investimenti sarebbero stati utili per il completamento di opere e per l'avvio di strutture che fossero effettivamente inquadrati nell'ambito di un progetto nazionale di investimenti tale da poter fornire risposte esaurienti.

Ribadisco di non comprendere come si possa sostenere che, a causa dei ritardi, il Ministero della sanità si è reso responsabile di illeciti, in quanto non ha finanziato le opere. I ritardi, infatti, derivano dal fatto che i progetti sono pervenuti con ritardo. Da questo punto di vista, ritengo che, se avessimo voluto guardare alle scadenze, si sarebbe dovuta autorizzare la spesa di risorse consistenti per opere che costituivano veri e propri sprechi. Infatti, se neghiamo finanziamenti allo scopo di lasciare qui; ospizi così come sono, senza considerare le condizioni diverse e vincolanti poste dalla legge, non si può accusare il Ministero della sanità di non aver fatto fino in fondo il suo dovere.

All'onorevole Armellini vorrei far presente che il ministero ha elaborato il progetto-obiettivo relativo alle residenze per gli anziani tuttavia, se il Parlamento deciderà che, in luogo di quel progetto, i finanziamenti dovranno essere destinati a migliorare la qualità della vita degli anziani negli ospizi e nelle case di ricovero, il ministero non avrà alcun problema a seguire questa nuova linea. D'altro canto, leggi dello Stato e non una circolare ministeriale hanno avviato un processo di accentramento: è stato il Parlamento che,

su proposta del Governo, ha autorizzato il Ministero della sanità a dar seguito al piano di investimenti per l'AIDS.

All'onorevole Benevelli vorrei far presente che si possono fare tutte le osservazioni che si vuole, ma bisogna rispettare i tempi, anche perché l'approvazione di una legge come quella sull'AIDS non provoca l'immediata assegnazione dei finanziamenti, in quanto è necessario stipulare le convenzioni. La stessa legge prevedeva un passaggio l'approvazione del Consiglio superiore dei lavori pubblici. Tra l'altro, si è svolta una gara, alla quale è stata data pubblicità sui giornali, decisa non dal ministero, ma dal CIPE e, rispetto ad essa il Ministero della sanità ha soltanto avuto il compito di indicare quali sarebbero state le sue condizioni. Ciò significa che non esistono neppure autorizzazioni da rilasciare in attesa della pronuncia del TAR; il ricorso al TAR al quale si è accennato non concerne tale materia, ma riguarda soltanto una delle agenzie pubblicitarie che hanno condotto la campagna d'informazione, il che evidentemente non ha nulla a che vedere con il piano degli investimenti.

In merito a quest'ultimo, il TAR non ha esercitato — e non avrebbe potuto farlo — alcuna interferenza perché le pratiche sono state concluse ed il CIPE le ha definitivamente approvate. Inoltre, l'autorizzazione non è stata firmata dal ministro non perché egli non volesse, ma perché è prassi che i ministri deleghino i direttori generali allo scopo di non dipendere dalle condizioni che pongono i vari soggetti interessati e di non passare giornate intere al ministero ad aspettare che tutti abbiano firmato. La terza convenzione non è stata firmata perché, nel momento in cui si sono ritrovati tutti i soggetti interessati, mancavano talune certificazioni necessarie ed indispensabili per quanto attiene il completamento degli atti. Da questo punto di vista, perciò, che ben venga da parte del parlamento un'iniziativa che tenda a modificare la destinazione delle risorse; il Ministero della sanità, nell'approvazione dei progetti, si asterrà a ciò che il Parlamento stabilirà

di modificare. Da parte mia, non vi sono preclusioni né difficoltà a tener conto di ciò che il Parlamento, alla luce dell'esperienza, vorrà modificare. Tuttavia, oggi esistono taluni vincoli che non è possibile considerare superabili.

Mi rendo ben conto, in ciò concordando con l'onorevole Armellini, del fatto che oggi vi è una grave situazione per gli anziani; in proposito, abbiamo tenuto alcune riunioni con il ministro Russo Jerivolino; siamo ricorsi anche all'autorevole collaborazione dell'ex vicepresidente del Consiglio superiore della magistratura Mirabelli. Il Governo, da parte sua, sta predisponendo una relazione sulla situazione degli anziani ed abbiamo operato uno stralcio riguardo al progetto tutela per la loro salute. In merito a tale stralcio, vorrei che la Commissione affari sociali, e la Camera in generale, dicessero una parola definitiva. Infatti, invece di presentare tutti i progetti nell'ambito del piano sanitario nazionale a copertura di 550 miliardi, ne abbiamo presentato uno alla volta, man mano che erano pronti. Quello riguardante l'AIDS è completo e, sulla base di esso, il ministero non deve emanare alcun decreto. Analogamente, quando il Parlamento avrà approvato il progetto per la tutela della salute psichiatrica, l'iter dello stesso si considererà completo, avendo esso avuto, su proposta del ministro della sanità, l'approvazione del Consiglio dei ministri e l'approvazione, con mozione, del Parlamento. Lo stesso vale per il progetto sulla tutela della salute degli anziani: una volta approvato dal Consiglio dei ministri, spero nella prossima seduta, il Parlamento si esprimerà attraverso una mozione su di esso, si apporteranno le modifiche che il Parlamento indicherà, dopo di che esso sarà un atto compiuto e non sarà necessario alcuno stralcio. Ripeto che lo stralcio sta a significare che, invece di presentare il progetto per la copertura complessiva di 550 miliardi, sulla base di un accordo intervenuto con i sindacati confederali dei pensionati che prevedeva un

termine di sessanta giorni, abbiamo voluto anticipare il progetto per la tutela della salute degli anziani.

Pertanto, contrariamente a quanto viene affermato, i ritardi sono soltanto la logica conseguenza di utili procedure innovative, in quanto le regioni hanno accumulato residui passivi (in proposito il Ministero non è mai riuscito a sapere il perché) ed alcuni ospedali non sono stati completati proprio perché le risorse non erano finalizzate e mirate a questo obiettivo. Ritengo che le regioni non siano state « espropriate » da nessun punto di vista, in quanto ad esse spetta la titolarità di contrarre il mutuo e di proporre il progetto; si è cercato soltanto di disporre di un monitoraggio a livello centrale sulla base non di una mia scelta personale, ma di un decreto ministeriale che il mio predecessore, il ministro Donat Cattin, aveva proposto al Consiglio di Stato e che io ho trovato già approvato da tale organo il 9 maggio e che in tutta fretta ho varato nel settembre del 1989.

LUIGI BENEVELLI. Quindi lei è soddisfatto.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Sono soddisfatto delle procedure e delle modalità che sono state seguite. Naturalmente il Ministero della sanità non è al di fuori della complessità della burocrazia italiana, che, solo per avere il parere del Consiglio di Stato, richiede un'attesa di tre o quattro mesi.

Certamente sono preoccupato per il fatto che, da parte di alcune regioni, ancora non siano stati inviati i progetti di fattibilità. Infatti, ve ne sono ancora due o tre che non hanno inviato tali progetti né hanno redatto le relazioni. Né il Ministero della sanità non ha la facoltà di sostituirsi alle carenze delle regioni. Esso può soltanto sollecitarle, cosa che è stata fatta attraverso ripetuti incontri. Più di questo non può fare e credo che non vi siano responsabilità da parte del ministero per ritardi che dipendono da altri soggetti.

X LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 MAGGIO 1991

LUIGI BENEVELLI. Sempre le regioni e le autonomie locali. Complimenti!

ANNA MARIA BERNASCONI. Complimenti, signor ministro!

PRESIDENTE. L'audizione potrà proseguire la prossima settimana: il ministro si dichiara disponibile per giovedì 30 maggio alle 9,30.

LUIGI BENEVELLI. Potremmo proseguire domani stesso.

PRESIDENTE. Non è possibile, poiché il calendario dei nostri lavori è già abba-

stanza fitto. Il seguito della discussione è dunque rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 16,30.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA DELLE COMMISSIONI
ED ORGANI COLLEGIALI*

DOTT. LUCIANA PELLEGRINI CAVE BONDI

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia delle Commissioni
ed Organi Collegiali il 21,15.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO