

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

VI

SEDUTA DI MARTEDÌ 25 GIUGNO 1991

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

SEGUITO DELL'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.
Seguito dell'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, 15
Benevelli Luigi (gruppo comunista-PDS)	15
De Lorenzo Francesco, <i>Ministro della sanità</i>	3
ALLEGATO	17

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 16,40.

Seguito dell'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 il seguito dell'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.

Ricordo che il ministro aveva svolto la relazione nella seduta del 22 maggio e che il dibattito successivo ha avuto luogo il 30 maggio ed il 19 giugno, data in cui si è concluso.

Do quindi la parola al ministro De Lorenzo per la replica.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. La Commissione affari sociali della Camera ha chiesto di conoscere i motivi per i quali il nucleo di valutazione del Ministero della sanità non ha finora approvato alcuna proposta di investimenti concernente residenze sanitarie assistenziali ed anzi ha restituito alle regioni centinaia di proposte dalle stesse avanzate. Il problema, anche dopo la mia audizione, ha sollevato una serie di quesiti e di richieste di necessari chiarimenti,

per una migliore comprensione dell'andamento degli studi di fattibilità e della normativa in generale.

Desidero innanzitutto affrontare l'argomento partendo dall'origine. Ricordo che esso è stato sollevato anche da alcuni parlamentari della Commissione igiene e sanità del Senato, i quali, insieme a colleghi della Camera, hanno ritenuto che il nucleo di valutazione avesse tenuto un comportamento teso ad interpretare in senso restrittivo e pregiudizievole per le regioni la volontà del Parlamento, così come formalizzata nell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. A mio avviso, proprio per tale ragione è necessario fornire, in primo luogo, qualche indicazione sul piano legislativo.

Come primo riferimento bisogna rifarsi al tenore letterale della legge n. 67. All'articolo 20 essa prevede, dopo il potenziamento e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, l'impegno di realizzazione di « 140 mila posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti al domicilio o nei presidi poliambulatoriali od ospedali diurni e che richiedono trattamenti continui ». Aggiunge, altresì, lo stesso articolo che tali strutture residenziali « devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate », per un opportuno sinergismo degli interventi in favore della popolazione assistita.

Precisa in altro punto la legge che, con specifico atto di indirizzo e coordinamento (da emanare nella forma del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri), si provvede a definire gli *standard*

tipologici e dimensionali delle residenze in questione. La normativa prevede l'obbligatorietà dell'indicazione di tali *standard*, altrimenti non saremmo stati costretti ad avere un nucleo di valutazione vincolato a questa norma. Essa stabilisce, altresì, che con decreto del ministro della sanità si definiscano i criteri per la programmazione e per l'attuazione del piano straordinario di investimenti.

La legge n. 67 del 1988, in forza di quanto essa stessa prescrive, si pone dunque come legge di principi generali, la cui esplicitazione operativa viene rimessa ad una serie di atti regolamentari successivi. A tali indicazioni si è attenuto il Ministero della sanità. Con la collaborazione del nucleo di valutazione nominato dal ministro Donat-Cattin — è stato predisposto il decreto ministeriale contenente il regolamento di attuazione dei principi indicati dall'articolo 20 della legge n. 67. Data la sua natura regolamentare, il decreto *de quo* è stato sottoposto al parere preventivo del Consiglio di Stato, che si è favorevolmente pronunciato su di esso.

Con la collaborazione delle regioni e con il parere favorevole del Consiglio sanitario nazionale è stato inoltre approntato lo schema di atto di indirizzo e coordinamento sugli *standard* tipologici e dimensionali delle residenze sanitarie assistenziali. Raccolte le indicazioni del ministro per gli affari sociali, l'atto di indirizzo in questione è stato sottoposto al Consiglio dei ministri, che lo ha approvato nella forma di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 22 dicembre 1989.

Desidero precisare che le regioni hanno predisposto i propri programmi di investimento nel rispetto della normativa citata (cioè del parere del Consiglio di Stato e del decreto ministeriale) ed il CIPE ne ha deliberato l'approvazione facendo anch'esso riferimento, nelle premesse, alle discipline legislative sopra menzionate.

Si deduce da quanto precede che non può essere addebitata ad un travisamento del nucleo di valutazione l'interpretazione data ai principi dell'articolo 20 della

legge n. 67 del 1988. Se travisamento vi è stato, di esso sono partecipi il Consiglio di Stato, il Consiglio sanitario nazionale, i rappresentanti delle regioni che hanno partecipato alla redazione dello schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sulle residenze sanitarie assistenziali, il ministro per gli affari sociali, il Governo nella sua interezza, che ha approvato tale decreto, ed il Presidente del Consiglio dei ministri che lo ha sottoscritto.

A fronte di un *iter* elaborativo così articolato e dialettico, al Ministero della sanità ed al nucleo di valutazione spetta soltanto di essere fedele e puntuale nell'attuazione della norma.

Per quanto concerne, in particolare, le residenze sanitarie assistenziali, si è in dovere di fornire ulteriori ragguagli. Nel corso degli incontri preliminari avuti con tutti gli assessori regionali alla sanità — che si sono fatti accompagnare talvolta dai colleghi assessori ai servizi sociali — il nucleo di valutazione si è reso conto che le norme concernenti le residenze sanitarie assistenziali erano pochissimo conosciute e che perdurava un generalizzato fraintendimento sulla natura del nuovo presidio sanitario.

Con il timore di « sanitarizzare » il problema degli anziani, le residenze sanitarie assistenziali sono state sovente identificate dalle regioni con tipologie residenziali di vario genere, proprie dei servizi sociali, dichiarate sanitariamente protette in forza della circostanza che il servizio sanitario nazionale assicurava un contributo finanziario sulla retta di degenza per la copertura dei fabbisogni sanitari degli anziani medesimi.

È stata necessaria una paziente, e a volte animata, opera di convincimento e di illustrazione per far comprendere che la normativa nazionale si prefiggeva due distinti e separati obiettivi in materia di assistenza residenziale agli anziani. L'obiettivo prioritario è quello di soddisfare il fabbisogno degli anziani non autosufficienti, abbisognevole di trattamenti sanitari protratti non erogabili al domicilio (individuale o sociale) del paziente, né

fruibili in strutture territoriali. Per queste persone la legge, attraverso anche le normative regolamentari e di indirizzo, ha ideato e codificato una struttura residenziale di tipo nuovo, la residenza sanitaria assistenziale, dove l'aggettivo « sanitaria », come viene precisato anche nel documento di piano sanitario nazionale (progetto-obiettivo « Tutela della salute degli anziani », recentemente approvato dal Consiglio dei ministri), sta ad indicare che si tratta di un presidio extraospedaliero, facente parte della rete dei servizi sanitari, nel quale viene erogata assistenza sanitaria infermieristica e di riabilitazione continua, sotto sorveglianza medica, mentre l'aggettivo « assistenziale » caratterizza tale presidio sanitario come un presidio residenziale, deputato a fornire accoglienza ed assistenza sociale, e dove l'integrazione tra sanitario e sociale non è occasionale, ma piena e sostanziale.

Per la realizzazione di tali residenze il programma straordinario di investimenti ha destinato risorse vincolate, che debbono essere utilizzate interamente e solamente per tale obiettivo.

In secondo luogo, il programma di investimenti si è fatto carico anche del finanziamento della parte in conto capitale dei programmi del piano sanitario nazionale o dei piani sanitari regionali. Infatti, nello schema dei programmi regionali sono state previste separate colonne di finanziamento che sono state poi approvate dal CIPE, in cui sono contenute le seguenti voci: prevenzione collettiva (colonna A), presidi territoriali (colonna B), residenze sanitarie assistenziali (colonna C), opere ospedaliere (colonna D), servizi generali (colonna E), parte in conto capitale dei programmi del piano sanitario nazionale (colonna F), parte in conto capitale dei programmi dei piani sanitari regionali (colonna G).

Dato il vincolo posto dalla legge nazionale e dalla delibera CIPE all'utilizzazione delle somme destinate alle residenze sanitarie assistenziali, il nucleo di valutazione ha ritenuto di non accettare richieste di finanziamento in favore di

residenze di tipo sociale (case di riposo, case-alloggio, alloggi protetti e simili) nell'ambito dello stanziamento previsto alla colonna C, a meno che non si trattasse di richieste per trasformare tali residenze sociali in residenze sanitarie assistenziali tipiche, destinate in prevalenza ai non autosufficienti, dotate dei servizi sanitari e di riabilitazione necessari all'erogazione dei trattamenti protratti e con organici di personale con le professionalità necessarie.

L'atteggiamento del nucleo di valutazione è stato motivato sia dal rispetto della disposizione di legge sia dal fatto che, fermo restando l'obbligo di realizzare le residenze sanitarie assistenziali nella quantità minima indicata dalla legge (140 mila posti, pari al 2 per cento degli ultrasessantacinquenni), le regioni possono enucleare, all'interno del finanziamento complessivo ricevuto, anche le risorse per intervenire nel campo delle residenze sociali, all'uopo utilizzando due delle voci che ho precedentemente citato, cioè le colonne F e G (la prima con riferimento al progetto-obiettivo nazionale, in caso di mancanza di piano sanitario regionale, la seconda con riferimento all'eventuale progetto-obiettivo anziani previsto dal piano socio-sanitario regionale).

La mancata comprensione della strategia nazionale, una lettura a volte disattenta delle norme richiamate e delle ampie ed esaurienti linee di guida emanate dal servizio centrale della programmazione sanitaria per agevolare l'attuazione del programma di investimenti, la tardiva emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sulle residenze sanitarie assistenziali, che è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* poco prima del termine di presentazione dei programmi regionali, hanno contribuito in alcune sedi regionali a far accogliere e a trasmettere a Roma proposte carenti ed inaccettabili sia in termini contenutistici sia in termini di documentazione prescritta.

Le vicende accadute hanno confermato nei componenti del nucleo di valutazione la validità della richiesta dello studio di

fattibilità per le residenze sanitarie assistenziali, come adempimento necessario per garantire interventi conformi al bisogno identificato come prioritario in materia di tutela degli anziani. Il rinvio di tante proposte alle regioni è motivato dalla non conformità delle richieste alle prescrizioni sopra ricordate.

Va tenuto presente un altro elemento. Al fine di attivare con sollecitudine un adeguato volume di lavori, il nucleo di valutazione ha ritenuto di esaminare con priorità nelle sessioni di marzo, aprile e maggio le opere ospedaliere, la cui istruttoria è risultata più agevole trattandosi di presidi di cui sono note le caratteristiche strutturali ed impiantistiche e la cui riorganizzazione è stata oggetto di recenti misure legislative ed amministrative. Con le opere ospedaliere, per le quali la legge richiede in generale lo studio di fattibilità, il nucleo di valutazione ha esaminato anche le opere minori, per le quali è sufficiente una relazione illustrativa, anche non progettuale. Desidero chiarirlo, in quanto da più parti è stato sollevato il problema relativo alla difficoltà della documentazione da presentare; lo studio di fattibilità non è stato richiesto per tutte le opere, per quelle minori era sufficiente una relazione illustrativa. Successivamente farò riferimento a Sessa Aurunca, che rappresenta un esempio di centinaia di casi analoghi che si stanno verificando in tutta Italia.

Il nucleo di valutazione ha deliberato di riservare la sessione di giugno e di luglio alle residenze sanitarie assistenziali, in quanto la specificità dei documenti istruttori, la diversità della griglia di valutazione e, soprattutto, la logica funzionale e progettuale di questo tipo di presidio suggeriscono di riservare loro specifiche e distinte sedute di lavoro. Infatti, l'esperienza compiuta di esame promiscuo ha messo in luce l'inopportunità di trattare congiuntamente residenze sanitarie assistenziali ed opere ospedaliere, finendo quest'ultima logica per sovrapporsi ed inficiare la valutazione delle residenze sanitarie assistenziali nel loro specifico tipologia.

Si è in grado di assicurare che nel corso dei mesi di giugno e di luglio tutte le proposte di residenza sanitaria assistenziale finora pervenute saranno esaminate, pur sussistendo il timore di una scarsa validità di molti elaborati pervenuti.

A tranquillità degli onorevoli componenti la Commissione affari sociali, va soggiunto che alcuni assessori regionali, incontrati specificamente sull'argomento delle residenze sanitarie assistenziali, di fronte alle argomentazioni addotte e alla presa visione delle norme hanno convenuto sulla correttezza ed utilità dell'atteggiamento assunto, chiedendo di considerare ritirato il materiale inviato e riproponendosi di sostituirlo con altro formalmente e contenutisticamente più proprio.

La presa di posizione di alcuni parlamentari, i quali hanno preannunciato l'intenzione di modificare la normativa in materia, volendo destinare le risorse vincolate alle residenze sanitarie assistenziali anche a residenze di tipo sociale, con l'intento di accogliere promiscuamente autosufficienti e non autosufficienti per non « sanitarizzare » la soluzione, ed anche per far gravare sui cittadini, sulle loro famiglie e sugli enti locali l'onere della gestione, con il concorso alla diaria del servizio sanitario nazionale per la quota riferita alle spese sanitarie, induce il Ministero, e quindi il servizio centrale della programmazione sanitaria, ad intervenire nel merito della questione, per quanto attiene all'aspetto tecnico. Il progetto obiettivo anziani del piano sanitario nazionale, cui ho fatto riferimento in precedenza, che è stato approvato dalle forze sociali — che hanno infatti costituito un gruppo di lavoro misto, sulla base di un accordo siglato nel mese di febbraio (hanno lavorato per tre mesi funzionari del Ministero con rappresentanti del sindacato dei pensionati delle confederazioni, CGIL CISL e UIL, anche in raccordo con una Commissione presieduta dal professor Tebaldi, che per due anni ha operato presso il ministero stesso) — dal Consiglio sanitario nazionale e, recentemente, dal Consiglio dei ministri, ha

assegnato la priorità assoluta alla tutela delle persone anziane non autosufficienti. In un convegno di studi organizzato dal Consiglio sanitario nazionale nel febbraio scorso a Trieste, è stata ribadita all'unanimità la piena validità della priorità in questione, riconoscendo nelle residenze sanitarie, così come definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del dicembre 1989, il presidio più idoneo, più necessario, per fornire risposta ad un bisogno drammatico che è largamente insoddisfatto nel paese, con l'effetto di far ricadere sulle famiglie o sugli ospedali per acuti l'onere di un'assistenza residenziale e sanitaria protratta che non trova una sua sede specifica di soluzione. Peraltro, la scienza medica riconosce che gli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti sono nella grande maggioranza portatori di pluripatologie, condizione, questa, che richiede particolari trattamenti sanitari e di riabilitazione che possono essere forniti solo in strutture adeguatamente attrezzate per questo scopo. L'integrazione sostanziale e continua nello stesso presidio con le funzioni sociali, e quindi la presenza nell'organico delle RSA di persone con l'una e con l'altra professionalità, è avvertita come una soluzione adeguata, che evita il rischio di « sanitarizzare » tutto, ma anche quello opposto di un generico solidarismo assistenziale, che sottovaluta, trascura o aggrava le condizioni sanitarie dei non autosufficienti.

L'individuazione di questi ultimi come priorità e il grave stato di carenza di presidi adeguati giustificano il vincolo posto all'impiego delle risorse. Peraltro, il vincolo opera solo nel senso di rendere indifferibile la realizzazione delle RSA, senza impedire che anche gli anziani autosufficienti possano, sia pure in misura meno imponente, fruire di interventi di investimento a loro favore, come del resto è stato stabilito nel progetto obiettivo anziani. Non può essere dimenticato, però, che la situazione di partenza in questo campo è nettamente migliore, perché da sempre operano nel settore le IPAB, gli enti locali e le stesse regioni,

che hanno sviluppato negli anni scorsi misure di intervento copiose ed efficaci. Alcune regioni, e tra queste il Veneto, l'Emilia, la Toscana, il Piemonte, la Liguria, hanno realizzato ampi programmi di residenze sociali e centri diurni in favore della popolazione anziana. In sede tecnica non si ritiene condivisibile l'intento di trasferire alla responsabilità dei servizi sociali la responsabilità di realizzare e di gestire le RSA, con un mero contributo finanziario alle rette del Servizio sanitario nazionale, e ciò per vari motivi. I servizi sociali sono forse in grado di esprimere una capacità di realizzazione in alcune, poche regioni dell'Italia settentrionale (questo è un fatto molto importante, a mio avviso); nel resto del paese, solo con l'intervento diretto del Servizio sanitario nazionale, impegnato in due importanti programmi di investimento (articolo 20 e AIDS), sarà possibile realizzare anche le residenze sanitarie assistenziali. Inoltre, il Servizio sanitario nazionale non può limitarsi a contribuire finanziariamente e *pro-quota* al trattamento sanitario di cui abbisognano i non autosufficienti accolti nelle residenze. Le multipatologie di cui questi soggetti sono portatori richiedono un intervento diretto, medico-specialistico, infermieristico, di riabilitazione, di terapia occupazionale, che non è possibile delegare in cambio di denaro ad altri soggetti istituzionali non aventi specificità sanitaria. In terzo luogo, lo *slogan* della « sanitarizzazione » del problema degli anziani ha bisogno di passare dal campo delle emozionalità ideologiche a quello concreto delle verifiche scientifiche. La scienza medica individua le pluripatologie come una caratteristica degli anziani non autosufficienti che riconosce necessarie per essi misure di assistenza sanitaria specifica, erogabili anche — anzi, a condizione di efficacia — in contemporaneità a misure di assistenza sociale, dalle quali dipende la qualità della vita degli ospiti nelle RSA. Quindi, individuare queste ultime come un presidio appartenente alla rete dei servizi sanitari extraospedalieri è corretto e non significa affatto denegare il ruolo insostituibile che

le funzioni di assistenza sociale e personale possono e debbono svolgere in pieno sinergismo con le funzioni sanitarie, come è stato ben individuato nell'ambito del progetto obiettivo anziani. Come sempre, il meglio sta nel mezzo: la RSA non è né una struttura sanitaria, né una struttura sociale. Ad essa non si applicano *in toto* le valenze dell'una e dell'altra tipologia dei presidi. Ciò conferma che le RSA sono un presidio specifico, innovativo, che rappresenta un passo avanti ed una sintesi delle positive esperienze fatte dai servizi sociali, con le varie tipologie di residenze sociali, e dai servizi sanitari con le divisioni di geriatria, di lungodegenza e con i presidi di riabilitazione. Peraltro, è sufficiente analizzare le varie ricerche ed i sondaggi svolti tra la popolazione anziana. La maggiore preoccupazione delle persone ultrasessantacinquenni è per la propria salute; la richiesta più frequente è quella di tutela sanitaria, prima ancora che economica o abitativa o ricreativa. Una conferma è venuta proprio in queste ultime ore: concludendo le proprie sedute, il gruppo di lavoro attivato dal ministro della sanità nell'ambito della vertenza aperta dal sindacato dei pensionati delle confederazioni CGIL, CISL e UIL sul problema degli anziani ha approvato il progetto obiettivo « Tutela della salute degli anziani » ed ha fatto propria, con l'impegno a difenderla in ogni sede politica e parlamentare, l'interpretazione di RSA che ho illustrato.

Alla luce di queste considerazioni, il ministero ritiene di avere correttamente e doverosamente interpretato il dettato legislativo. Qualora il Parlamento lo desideri, sono pronto a fornire i verbali del gruppo di lavoro misto sindacati-ministero e della commissione scientifica nominata, a suo tempo, dal ministro Donat-Cattin, che ha lavorato per due anni su tale materia. Sulla base di queste considerazioni, non posso non confermare la marcata difesa degli interessi prioritari degli anziani non autosufficienti e sostenere il proseguimento della realizzazione del programma approvato dal CIPE.

Quanto alle richieste numeriche, fino alla settimana scorsa (non so cosa sia successo a partire da venerdì scorso) sono pervenuti al ministero 722 progetti di fattibilità: ne sono stati analizzati 120 per opere maggiori in ospedali, 80 per opere minori, 340 per residenze sanitarie per anziani e 85 relativi ad opere maggiori ambulatoriali e poliambulatoriali.

Per quanto riguarda le residenze sanitarie per anziani, proprio la settimana scorsa — in data 19 giugno (ho con me il verbale) — ne sono state approvate 12, di cui 2 definitivamente e le altre, al fine di accelerare al massimo i lavori, con prescrizione: esse sono ubicate a Milano, Lucca, Firenze, Empoli, Castelfiorentino, Trapani, Pietraperzia, Marsala, Cassano Magnago, Cesena, Monfalcone, Trieste. Quindi, il nucleo di valutazione sta procedendo ad un ritmo di 12-14 studi di fattibilità per residenze sanitarie approvati ad ogni seduta (il nucleo lavora tutto il giorno), sulla base di valutazioni tecniche precedentemente eseguite, per assicurare che tutti i progetti presentati siano esaminati e definitivamente approvati, per quanto possibile, entro il mese di luglio.

Sappiamo anche che, per quanto riguarda il Veneto, vi è stato un incontro con l'assessore regionale alla sanità, con il presidente della regione Veneto e con i rappresentanti del nucleo di valutazione, perché credo che la preoccupazione maggiore debba essere quella di dare seguito alle opere secondo le reali esigenze degli anziani non assistiti a domicilio. Alcuni tecnici del nucleo, con i quali ho avuto occasione di parlare personalmente, mi hanno detto che molti di questi studi di fattibilità contengono progetti in cui, per citare un esempio, si prevede addirittura il mobiletto che consente di inserire la cucina nella camera, che per il non autosufficiente rappresenta un pericolo. Molte di tali progetti sono strutturati in questo modo.

Qualora la Commissione lo richiedesse, potrei fornirvi ulteriori specificazioni; i componenti il nucleo di valutazione sono disposti a fornire tutte le indicazioni tecniche necessarie. Posso solo dire che il

trasferimento *sic et simpliciter* alle regioni dei finanziamenti previsti avrebbe condotto all'approvazione di progetti che non corrispondono alla volontà del legislatore relativamente ai 140 mila posti per anziani non autosufficienti.

Desidero anche ricordare, in risposta ad un quesito posto dall'onorevole Tagliabue, che il CIPE, quando ha approvato il piano di investimenti, non ha approvato l'affidamento irreversibile delle risorse previste dalle regioni ad ogni singola USL; non era in grado di farlo, perché la regione non aveva indicato in maniera puntuale che cosa dovesse fare ogni singola USL. Pertanto si è proceduto ad un'assegnazione provvisoria.

La correttezza dell'effettuazione dell'assegnazione provvisoria è dimostrata dall'esempio di Sessa Aurunca, dove la regione aveva stabilito il completamento di un ospedale di 340 posti letto. La USL di Sessa Aurunca aveva previsto per tale completamento un importo di 6 miliardi e mezzo, somma che era stata concessa. Trattandosi di opere minori, la USL avrebbe dovuto consegnare a partire dal mese di ottobre una semplice relazione tecnica per indicare le opere da acquistare o da completare per attivare immediatamente l'ospedale. Finalmente, dopo una serie di pressioni, abbiamo avuto dalla regione l'indicazione di questa spesa, che è stata inviata al nucleo di valutazione il 6 giugno ed è stata valutata l'8 giugno. Vi spiego ora come si è svolta la vicenda. La richiesta era per 550 milioni per il completamento di 340 posti letto senza indicare le attrezzature, ma solo le misure antincendio e piccole modifiche. Il nucleo di valutazione ha approvato questa richiesta, condizionandola alla precisazione al CIPE delle opere da effettuarsi per ottenere l'autorizzazione, perché occorreva almeno l'indicazione delle attrezzature necessarie. I restanti 6 miliardi 250 milioni erano destinati alla costruzione di altri 140 posti letto in un'area adiacente a quella dell'ospedale, con il collegamento con quello già esistente, trattandosi di un'area attraversata da una strada con un collegamento-ponte

aereo. Naturalmente è stato respinto questo progetto; i 140 posti letto in più non servono in quell'area, perché è stata prevista una divisione di chirurgia di 85 posti letto. È previsto inoltre, nell'ambito del nuovo edificio da costruire, un reparto di nefrologia che è un presidio multizonale, avendo la USL interpretato (e la regione, in questo caso, non ha fatto commenti né ha avanzato proposte o critiche) che il 5,5 per cento dei posti letto fosse riservato ad ogni USL non a livello regionale.

Ho ritenuto opportuno citare questo esempio di progetto inviato al Ministero della sanità; di casi analoghi ve ne sono molti in tutta Italia. Sono quindi convinto che molte USL e molte regioni non abbiano ancora terminato gli studi di fattibilità; sono altrettanto certo che, se anche avessero avuto la disponibilità immediata delle risorse, non le avrebbero potute utilizzare per costruire comunque qualcosa, perché anche le regioni avrebbero dovuto disporre degli studi di fattibilità per opere da ricompandersi nell'ambito di un piano di investimenti che si è ritenuto di approvare a livello nazionale, secondo una omogeneità di condizioni che va rispettata. Se un ritardo esiste, questo lo dovremo verificare nel periodo di tempo intercorrente tra il momento dell'approvazione e il momento in cui vengono concessi i mutui.

Abbiamo ora inviato una circolare alle regioni, per specificare che nel momento in cui il Ministero della sanità comunica l'approvazione degli studi di fattibilità e dei progetti esecutivi, deve essere direttamente la regione a chiedere al Ministero del bilancio l'attivazione dei mutui. Pertanto il ritardo, ove dovesse registrarsi, è comunque di natura procedurale, cioè dovuto all'attivazione dei mutui, e non un ritardo nell'esame dei progetti, che comunque avrebbero richiesto da parte delle regioni, per ogni singola USL, una valutazione di merito; invece di una valutazione a livello regionale, con parametri che possono essere diversi da regione a regione, si ha un unico riferimento di valutazione che assicura un'utilizzazione corretta delle risorse disponibili.

Per quanto riguarda questo aspetto dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, credo di non avere ulteriori elementi da aggiungere. Sono comunque pronto a riferire sull'altra parte concernente l'AIDS.

Signor presidente, anziché iniziare la relazione sull'andamento della spesa, fermo restando che la legge n. 135 del 1990 ha importanza soprattutto per gli aspetti di informazione, prevenzione, assistenza domiciliare, e così via, mi permetto innanzitutto di fornire risposte ai quesiti posti in merito alle modalità di affidamento ai concessionari, sulla base delle selezioni effettuate, successivamente, mi soffermerò sulla spesa.

Intendo dare alla Commissione alcune indicazioni, perché sono stati sollevati dubbi e preoccupazioni in merito alla conoscenza di tutti i passaggi da parte dei potenziali soggetti interessati alla partecipazione alle gare espletate.

Come si ricorderà, il Ministero della sanità, contrariamente alla stesura iniziale di una proposta di legge poi modificata dal Consiglio dei ministri ed approvata dal Parlamento, ha attribuito al CIPE la responsabilità della scelta. Quindi, tutto è stato fatto sulla base di decisioni del CIPE stesso; il dicastero ha soltanto trasmesso a quest'ultimo le informazioni ricevute dalla Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e dal Consiglio sanitario nazionale.

Le cose si sono svolte in questo modo. Come è noto, la legge n. 135 è stata approvata il 5 giugno 1990; in data 12 luglio 1990 è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* (foglio delle inserzioni) l'avviso di prequalificazione. Si è arrivati a quest'ultimo sulla base di parametri definiti dal CIPE, il quale, dopo avere esaminato la documentazione inviata, ha stabilito quali dovessero essere i parametri da utilizzare per la prequalificazione ed ha deliberato di affidare al Ministero della sanità la procedura per la prequalificazione stessa, sulla base dei parametri riportati nell'ambito dell'avviso di prequalificazione, così come fissati dal CIPE stesso. Non credo, quindi, che si possa dar luogo ad una diffusione più vasta rispetto a

quella che si ottiene dalla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale*.

Inoltre, in data 17 luglio, la normativa pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* stessa è stata riportata su *Il Sole-24 Ore*, *Italia Oggi*, *il Corriere della Sera*, *la Repubblica*, *La Stampa*, *Il Messaggero* ed *Il Mattino*. In data 19 luglio l'avviso è stato nuovamente pubblicato sui principali quotidiani; a seguito di ciò, 15 società o consorzi hanno fatto pervenire in tempo utile dichiarazioni di disponibilità ad assumere la concessione di servizi in una delle tre aree del paese in relazione alle quali, su indicazione del CIPE, è stato suddiviso il programma di interventi. Per la verifica della sussistenza dei presupposti delle condizioni indicate dal Comitato interministeriale, riportate come necessarie nell'avviso di prequalificazione, è stato costituito un gruppo tecnico di lavoro coordinato dal dirigente generale del servizio centrale della programmazione sanitaria e composto dal capo dell'ufficio legislativo (avvocato dello Stato), dal segretario generale del Consiglio sanitario nazionale, dal direttore dell'Istituto superiore di sanità e dal direttore dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, che ha esaminato tutte le domande per la prequalificazione. La verifica compiuta ha portato all'esclusione di 11 delle 15 società o consorzi che avevano dichiarato la propria disponibilità, per mancanza di alcuni dei requisiti richiesti dall'avviso di prequalificazione, come è dettagliatamente documentato dal verbale. Quest'ultimo, naturalmente, è stato inviato al CIPE. La valutazione delle rimanenti 4 società o consorzi ha portato alle seguenti conclusioni, tenendo conto che la Commissione ambiente aveva stabilito che occorre avere la disponibilità di una o più società concessionarie: il CIPE, sulla base di tale indicazione e su proposta del ministero, ha diviso l'Italia in tre aree. Nell'area tre (Italia meridionale) è stato ritenuto idoneo il consorzio MED-IN in quanto unico soggetto risultato in possesso di tutti i requisiti previsti. Per conseguenza, ai sensi dell'avviso di prequalificazione che prevedeva che una società

singola o consorziata potesse risultare affidataria solo in un'area del programma, il consorzio MED-IN, che aveva chiesto di partecipare anche per le aree 1 e 2, è stato da queste escluso. In questo caso non vi era materia di contenzioso.

Nell'area 1 (Italia settentrionale), in conseguenza dell'esclusione del consorzio MED-IN, è stato ritenuto idoneo il consorzio Con-Somi, unico soggetto rimasto in possesso di tutti i requisiti richiesti dall'avviso. Quindi, per i primi due consorzi non vi era possibilità di contendere l'affidamento, perché — per l'esclusione di soggetti già vincitori — questo veniva automaticamente conferito all'unico soggetto rimasto. Nell'area 2 (Italia centrale) è stato ritenuto idoneo il consorzio FIAT Engineering-Ispretil STS, in quanto nel verbale redatto dal gruppo tecnico è stato riconosciuto in possesso di maggiore e pregressa esperienza rispetto all'altro concorrente per quell'area, sulla base del rilevante fatturato relativo ai servizi di organizzazione, coordinamento e consulenza per progettazione e gestione dei lavori in area pubblica nell'ultimo quinquennio, nonché del più rilevante numero complessivo di addetti per i profili professionali specifici posseduti. In conformità alle valutazioni emerse, quindi, al CIPE è stato proposto l'affidamento ai consorzi citati.

Il Ministero della sanità si è effettivamente limitato alla valutazione, mentre la decisione è stata poi assunta dal CIPE. Quest'ultimo ha provveduto alla pubblicazione della delibera sulla *Gazzetta Ufficiale* in data 14 dicembre 1990 (« Approvazione del programma di interventi urgenti per la lotta all'AIDS »).

A tale proposito, debbo far presente che, in una precedente seduta, l'onorevole Bernasconi aveva avanzato un'esplicita richiesta ed espresso una preoccupazione per il fatto che, come io avevo ricordato, il ministero aveva provveduto alla firma dei contratti con i consorzi. Innanzitutto debbo dire, in ordine alla preoccupazione che a firmare il contratto non sia stato il ministro, bensì il direttore generale, che si tratta di un dato obbligato e richiesto dagli organi di controllo; quindi, non si è

trattato di un atto discrezionale del ministro, che ha delegato il direttore generale del Servizio programmazione a sottoscrivere i contratti, ma del necessario corollario di procedure amministrative che sono oggi considerate dalla Corte dei conti assolutamente indispensabili per l'approvazione degli atti.

Quanto alla preoccupazione per cui, firmati gli atti, potesse esservi un ricorso al TAR dell'unica società esclusa dalla convenzione, appartenente al gruppo ENI, debbo fornire le seguenti informazioni. Il ricorso della società è avverso all'avviso di prequalificazione del 9 luglio 1990 e del decreto ministeriale del 14 dicembre 1990 del ministro del bilancio di concerto con il ministro della sanità. La società, con ricorso del 22 ottobre 1990, ha impugnato davanti al TAR del Lazio l'avviso di prequalificazione del Ministero della sanità del 9 luglio 1990, concernente concessione di servizi per compiti organizzativi afferenti l'esecuzione del programma di ristrutturazione edilizia e di edificazione di nuove strutture ospedaliere per malattie infettive *ex lege* 5 giugno 1990, n. 135. L'atto introduttivo del giudizio conteneva anche la richiesta di sospensiva che, però, non è stata accolta, nella considerazione che il provvedimento impugnato non poteva considerarsi definitivo della procedura appena iniziata con l'avviso di prequalificazione. Il giudizio è tuttora pendente dinanzi al predetto tribunale; da notizie assunte dall'avvocato dello Stato cui è stata affidata la difesa dell'amministrazione, risulta che non è stata ancora fissata l'udienza di discussione.

Nel frattempo è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 77 del 2 aprile 1991 il decreto del 14 dicembre 1990, che rende esecutiva la delibera del CIPE concernente l'approvazione del programma di interventi nonché l'indicazione delle tre società concessionarie cui sono affidati i servizi organizzativi. La società esclusa, con ricorso del 14 maggio 1991, ha impugnato questo decreto per il relativo annullamento dinanzi al TAR del Lazio, rinnovando la richiesta di sospensiva; il Mi-

nistero ha di fatto informato l'Avvocatura dello Stato delle ragioni dell'impugnativa.

A parere della direzione generale, la motivazione immanente di tutta la procedura e di tutte le attività che questa pubblica amministrazione sta conducendo va ravvisata nel rispetto dell'urgenza espressamente prevista dalla legge n. 135 del 1990 per gli atti concernenti la lotta contro la diffusione dell'AIDS. La Corte costituzionale, con sentenza n. 37 del 1991, evocata dal ricorrente, ha chiaramente definito (si vedano i paragrafi 3 e 8) l'ambito e la portata prioritaria della legislazione statale, atta a comprimere posizioni regionali dinanzi all'imperativo di contrastare efficacemente e senza ulteriori indugi tale malattia. È ormai di comune dominio, infatti, che tale morbo si va rivelando di giorno in giorno di andamento crescente e che i prossimi anni saranno i più cruciali proprio per la cura dei soggetti affetti ed in fase terminale.

Prescindendo da questa immanenza, derivata dall'urgenza e dallo svincolo dell'attività amministrativa rispetto alle ordinarie procedure statuali che la legge n. 135 del 1990 fa proprie con il recepimento della normativa di cui all'articolo 5 della legge n. 109 del 1988, va precisato che nel merito della procedura in esame, ed attinente al vaglio di domande appositamente sollecitate per l'avviso di prequalificazione, questo dicastero ha osservato la scrupolosa aderenza ai dettami della buona e corretta amministrazione, in particolare nell'assicurare ai 15 concorrenti parametri unici di valutazione, al fine di indicare, come prescritto dalla delibera del CIPE, le migliori qualificazioni.

Per quanto concerne la direttiva CEE n. 440 del 1989, si ribadiscono le osservazioni a suo tempo formulate in ordine alla sua entrata in vigore posteriormente all'emanazione dell'avviso di prequalificazione; ne consegue, nella fattispecie, la non immediata applicabilità della direttiva e la conseguente infondatezza della doglianza e della sua pretesa non osservanza da parte di questa amministrazione. Occorre altresì osservare che, con l'articolo 12 della legge n. 428 del 1990,

il Governo è stato delegato ad emanare norme attuative della direttiva comunitaria citata.

In merito all'istanza di sospensiva del citato provvedimento, sulla base delle osservazioni secondo cui il programma di intervento non risulta nemmeno avviato, si deve invece rappresentare che, alle date del 15 maggio e del 30 maggio 1991, sono stati sottoscritti dai concessionari i relativi contratti, che prevedono per l'esecuzione di opere urgenti un avvio immediato delle progettazioni e delle attività di supporto. Pertanto, anche sulla base di quanto suggerito dai tecnici dell'ufficio legislativo, vi sono elementi sufficienti per considerare definitiva l'assegnazione alle tre società concessionarie.

Per quanto riguarda la localizzazione degli interventi di ristrutturazione e di costruzione di reparti ricovero, devo dire che tutto è stato fatto in seguito ad una serie di consultazioni che la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS ha avuto con ogni delegazione regionale. Prima di presentare il programma al CIPE, sulla base di parametri definiti dalla Commissione nazionale, quest'ultima ha ricevuto singolarmente ogni delegazione regionale e sono stati concordati i parametri sulla base dei quali le regioni hanno indicato i loro programmi, che sono stati sottoposti al CIPE per l'approvazione.

Il programma di ristrutturazione dei posti letto prevede in tutta Italia la ristrutturazione di 2.400 posti letto e la costruzione di 2.318 nuovi posti, di cui soltanto 642 in Lombardia e 331 nel Lazio (le altre regioni sono al di sotto dei 150 posti), nonché 1.329 posti di *day hospital*. Vi sono poi altri reparti per i quali è prevista la ristrutturazione di 219 posti letto, la costruzione di 23 nuovi posti letto e 35 posti di *day hospital*. Il totale dei posti letto è di 6.924.

L'onorevole Bernasconi si era preoccupata di sapere per quale ragione sia cambiato il programma per il Lazio. Devo dire che sono stati cambiamenti a livello di amministrazioni regionali; sono state avanzate anche proposte di cambiamento,

per cui la regione Lazio ha provveduto ad inviare una modifica che è stata regolarmente portata all'approvazione del Consiglio sanitario nazionale, il quale ha ritenuto opportuno rivedere alcune parti del programma che ora vengono trasmesse al CIPE per la rettifica. Tor Vergata rientra, quindi, nell'ambito della richiesta formalmente avanzata dalla regione Lazio; il Ministero della sanità non poteva che sottoporre al Consiglio sanitario nazionale, che l'ha approvata all'unanimità, questa modifica che andrà al CIPE per la sua definitiva approvazione.

Le convenzioni che sono state approvate hanno un termine di scadenza dopo tre anni dalla firma della convenzione, quindi il programma deve essere concluso entro i tre anni. Tuttavia il termine di scadenza previsto non è soltanto l'ultimo, quello della consegna, in quanto sono state introdotte penali che riguardano scadenze per ogni fase del programma: la fase delle linee-guida, la fase dell'approvazione dei progetti, la fase delle gare. In definitiva, vi sono una serie di date di scadenza con penali concernenti ogni singola società concessionaria.

Si è stabilito di più: per evitare che vi fosse una situazione di disomogeneità nel paese, abbiamo costretto le società concessionarie a collegarsi tra di loro, per cui esse rispondono solidalmente per il programma che complessivamente è stato approvato; la responsabilità è affidata ad un comitato di coordinamento di cui fanno parte rappresentanti delle tre concessionarie. Vi sono responsabilità penali. Non sono invece previste in alcun modo forme di aggiornamento prezzi, revisione prezzi, perizie suppletive; tutto questo è escluso completamente. Si prevede l'approvazione del programma « chiavi in mano ».

I ritardi lamentati rispetto ai tempi di approvazione vanno soltanto giustificati con gli obblighi del ministero relativamente alle procedure che è costretto a seguire. Abbiamo dovuto approvare i programmi delle regioni, portarli al Consiglio nazionale, sottoporli al CIPE per l'approvazione e studiare una forma par-

ticolare di concessione, con determinate garanzie che sono state poi avallate dal consiglio superiore dei lavori pubblici. Qualcuno ha osservato che vi è stato un ritardo nell'approvazione da parte del consiglio superiore dei lavori pubblici; devo dire che effettivamente quest'ultimo ha trattenuto la pratica per un mese e mezzo. Mi sono preoccupato di ottenere l'approvazione, o comunque le modifiche, sollecitando personalmente il Presidente del Consiglio, il quale è intervenuto presso il consiglio superiore dei lavori pubblici che ha fornito ulteriori prescrizioni, recepite poi nella convenzione; è stata anche accettata, da parte del ministero, la richiesta del Consiglio superiore di inserire nell'ambito del nucleo di valutazione, che è lo stesso previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e che dovrà approvare i progetti, anche esperti del Consiglio superiore dei lavori pubblici. Quindi da questo punto di vista qualche giorno di ritardo credo che possa essere giustificato. Il programma è partito e le regioni sono oggi impegnate a collaborare con le società concessionarie: quasi tutte hanno previsto o allargamenti di ospedali già esistenti, quindi senza difficoltà urbanistiche, o comunque aree che non presentano difficoltà. Dal mese di dicembre, quando è stata approvata dal CIPE la delibera per l'affidamento e le concessioni, fino alla firma delle convenzioni le regioni hanno collaborato con le società concessionarie per accelerare tutte le procedure che sono state poi recepite nell'ambito dell'atto sottoscritto; dunque questo periodo è stato utilizzato per una serie di aspetti formali che danno la certezza del completamento del programma nei tempi previsti.

Vi è poi una serie di richieste che riguarda l'attuazione della legge n. 135 del 1990. Voglio informare la Commissione che il ministero ha ripartito i finanziamenti alle regioni dopo un mese-un mese e mezzo dall'approvazione della legge; lo dico soprattutto ai colleghi parlamentari che erano preoccupati che l'intervento centrale potesse ritardare quello regionale. I finanziamenti previsti sono

stati tutti ripartiti un mese e mezzo dopo l'approvazione della legge, in tempi che credo possano definirsi da *record*.

Posso dunque fornire le cifre relative all'attuazione della legge fino ad oggi. Per quanto riguarda la situazione del personale per le strutture di ricovero e di laboratorio, i concorsi espletati per medici hanno consentito l'assunzione di 178 unità; mentre con i concorsi banditi ma non ancora espletati definitivamente si prevede l'assunzione di 384 unità e attraverso i concorsi ancora da bandire di altre 72, per un totale di 634. A questo proposito, devo precisare che il ministro della sanità non ha poteri sostitutivi, quindi, ove vi siano ritardi regionali, non è possibile un suo intervento, poiché la legge non lo prevede.

Per quanto riguarda gli infermieri, i concorsi espletati hanno portato all'assunzione di 744 unità, quelli banditi ma non ancora definitivamente espletati sono per 676 posti e quelli ancora da bandire per 158, per un totale di 1.578 unità.

Passando al personale laureato non medico, abbiamo 26 unità assunte in base ai concorsi espletati, 88 da assumere attraverso concorsi banditi ma non ancora conclusi ed 11 attraverso i concorsi da bandire, per un totale di 125 unità.

Infine, per quanto riguarda i tecnici, i concorsi espletati hanno portato all'assunzione di 72 unità; i concorsi banditi ma non ultimati consentiranno l'assunzione di 45 unità e quelli ancora da bandire di altre 11.

Per quanto riguarda i corsi di formazione per i medici, le unità di personale in base ai corsi ultimati sono 362, quelle relative ai corsi in fase di svolgimento 414 e quelle relative ai corsi ancora da iniziare 745, per un totale di 1.521. Per gli infermieri i corsi di formazione ultimati interessano 1.338 unità di personale, quelli in fase di svolgimento 1.085 e quelli da iniziare 2.050, per un totale di 4.473.

Passo al potenziamento dei servizi di assistenza per tossicodipendenze. Sempre con riferimento alle unità di personale, i concorsi banditi per i medici ne preve-

dono 122 e quelli da bandire 58, per un totale di 180; mentre quelli banditi per il personale sanitario ne prevedono 88 e quelli ancora da bandire 48, per un totale di 136.

Infine vi è il trattamento domiciliare. Purtroppo fino ad ora i posti che a noi risultano attivati sono molto pochi: 4 a domicilio e 69 in residenze collettive; mentre quelli da attivare sono 245 a domicilio e 175 in residenze collettive.

Voglio ancora fornire qualche dato per quanto riguarda il settore della ricerca, nell'ambito del quale sono state assegnate dall'Istituto superiore di sanità le seguenti risorse ad istituzioni scientifiche ed enti pubblici e privati: 6 miliardi di lire nel 1987-1988 per 60 progetti di ricerca; 16 miliardi di lire nel 1989 per 136 progetti di ricerca; 24 miliardi di lire nel 1990 per 262 progetti di ricerca. Infine sono previsti 32 miliardi nel 1991 per progetti in corso di esame, che saranno finalizzati così com'è stato concordato nella consulta, sentite le associazioni di volontariato.

Abbiamo poi dato attuazione a tutte le norme previste dalla citata legge n. 135. Rispondendo all'onorevole Bernasconi, voglio ricordare che lo schema di indirizzo e coordinamento per la situazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate è stato un atto molto complesso, che ha richiesto quattro-cinque mesi di intenso lavoro. È stato esaminato il 18 giugno presso la I sezione del Consiglio sanitario nazionale e sarà portato al Consiglio per l'approvazione definitiva, tenendo anche conto di alcune osservazioni fatte da autorevoli esponenti del mondo del volontariato — don Ciotti, don Picchi ed altri che hanno partecipato alla seduta —, il 3 luglio.

Invece, l'atto di indirizzo e coordinamento per la determinazione dei criteri per un'organica distribuzione dei compiti tra le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali nell'attività di prevenzione ed assistenza alle infezioni HIV è stato esaminato dal Consiglio sanitario nazionale il 18 giugno 1991.

Questi sono gli ultimi atti di indirizzo e coordinamento portati al Consiglio sanitario nazionale in base a quanto previsto dalla legge.

Potrei fornire ancora altri dati nel dettaglio, tuttavia, probabilmente, cifre elencate in questo modo finiscono con il passare senza lasciar traccia, per cui, soprattutto per quanto riguarda le regioni, lascerò alla Commissione documenti che possono fornire l'indicazione precisa di quanto avvenuto fino a quindici giorni fa. Può darsi che nell'intervallo di tempo dalla comunicazione formale ad oggi le regioni abbiano compiuto altri atti, ma, come ho già detto, rispetto a ritardi regionali il Ministero non è in grado di intervenire se non con sollecitazioni, come appunto sta facendo attraverso i suoi uffici.

PRESIDENTE. Ringrazio molto il ministro De Lorenzo per la sua relazione e per i documenti che lascia agli atti della Commissione. Con questo possiamo considerare esaurita l'odierna audizione.

Avverto che sono state presentate tre risoluzioni in merito all'argomento og-

getto dell'audizione; se i colleghi sono d'accordo, l'ufficio di presidenza, che si riunirà nel pomeriggio, potrà procedere alla relativa calendarizzazione per la prossima settimana.

LUIGI BENEVELLI. Concordo con la proposta di calendarizzare per la settimana prossima le risoluzioni presentate.

PRESIDENTE. Ringraziando nuovamente il ministro De Lorenzo, dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 17,40.

*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 alle 15,45 del 27 giugno
1991.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

ALLEGATO

PAGINA BIANCA

X LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 25 GIUGNO 1991

Stato di attuazione degli interventi da parte delle
TOTALI NAZIONALI regioni

PROGRAMMA DI INTERVENTI AI SENSI
 DELLA LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135

A) ASSUNZIONE PERSONALE STRUTTURE DI RICOVERO E LABORATORIO

- Concorsi espletati
 - Concorsi banditi ma non ancora espletati
 - Concorsi da bandire
- TOTALE

Unità di personale			
Medici	Infermieri	Laureato non medico	Tecnici
178	744	26	72
384	676	88	45
72	158	11	11
634	1578	125	124

B) CORSI DI FORMAZIONE

- Corsi ultimati
 - Corsi in fase di svolgimento
 - Corsi da iniziare
- TOTALE

Unità di personale		
Medici	Infermieri	Altro personale
362	1338	
414	1085	
745	2050	
1521	4473	

C) POTENZIAMENTO SERVIZI ASSISTENZA TOSSICODIPENDENZE

- Concorsi banditi
 - Concorsi da bandire
- TOTALE

Unità di personale		
Medici	Personale Sanitario	Personale Tecnico
122	88	
58	48	
180	136	

D) POTENZIAMENTO SERVIZI MULTIZONALI MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

- Concorsi banditi
 - Concorsi da bandire
- TOTALE

Unità di personale		
Medici	Personale Sanitario	Personale Tecnico
31	9	
19	24	
50	33	

E) TRATTAMENTO DOMICILIARE

- Posti attivati
 - Posti da attivare
- TOTALE

Posti a domicilio	In residenze collettive
4	69
245	175
249	244

Le quote del F.S.M. per gli interventi di cui sopra sono state integralmente erogate alle regioni. Non siamo in grado di quantificare esattamente quanto le regioni hanno speso, ma dai dati pervenuti risulta che gli interventi sono stati attuati solamente per circa 1/3.

TOTALE NAZIONALE

SCHEDA N 10/a

LOCALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE E COSTRUZIONE DI REPARTI DI RICOVERO

REGIONI	Reparti malattie infettive			Altri reparti			TOTALE
	P.L. da ristrutturare	P.L. da costruire	Uey Hospital	P.L. da ristrutturare	P.L. da costruire	Uey Hospital	
PIEMONTE	76	397	117	6			596
VAL D'AOSTA			3				3
LOMBARDIA	385	642	233	70			1330
PROV. A. BOLZANO	35	8	10				53
PROV. A. TRENTO	47	2	9				58
VENEZIA	274	140	86	70		14	584
PIEMONTE V. GIULIA		49	12		8	2	71
LIGURIA	128	51	53				232
EMILIA ROMAGNA	269	113	95				477
TOSCANA	96	255	79				440
UMBRIA	11	63	20				94
MARCHE	61	31	23	1		1	117
LAZIO	225	331	139		15	4	714
ABRUZZO	68	20	22				110
MOLISE		9	3				12
CAMPANIA	281	234	127	20		5	667
PUGLIA	50	164	99	12		3	328
BASILICATA	40		10				50
CALABRIA	104	96	53	13			266
SICILIA	240	170	103				513
SARDEGNA	10	133	33	27		6	209
TOTALE	2400	2918	1329	219	23	35	6924

