

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 3)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 LUGLIO 1994

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

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE RAFFAELE COSTA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sulle linee programmatiche del suo dicastero:		Giannotti Vasco (gruppo progressisti-federativo)	56
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	51, 64, 65	Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale-MSI)	55, 58, 61
Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	64	La Cerra Pasquale (gruppo progressisti-federativo)	64
Blanco Angelo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	61	Liuzzi Francesco Paolo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	55, 56, 59
Carlesimo Onorio (gruppo forza Italia)	64	Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	64
Colombini Edro (gruppo forza Italia)	65	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	64
Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i>	51, 55 56, 58, 59, 61	Valiante Antonio (gruppo PPI)	64

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 18,20.

Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sulle linee programmatiche del suo dicastero, al quale do subito la parola perché illustri le ampie problematiche del settore.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Signor presidente, chiedo scusa ai colleghi per il ritardo con cui sono giunto in Commissione, determinato dal fatto che soltanto pochi minuti fa è stata sospesa al Senato un'analoga audizione. Ringrazio la Commissione perché questo invito mi consente di articolare il mio intervento in maniera più vasta rispetto al passato. Poiché, sulla base delle notizie ufficiose, ritengo che la Camera sia più aggiornata di me sulla materia, non affronterò la questione relativa ai direttori generali delle USL.

Intervenendo in questa sede, illustrerò un appunto che ho intitolato « Sanità-domani », poiché costituisce una fotografia della situazione attuale — sia pure parziale poiché si tratta di un pianeta vastissimo — relazionata al futuro.

Con l'anno 1994 il servizio sanitario italiano è entrato in un processo di cambiamento che ha tre obiettivi fondamentali: migliorare la qualità delle prestazioni; facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi ed alle strutture sanitarie; contenere la spesa sanitaria. L'azione amministrativa e

di Governo in senso lato deve esplicitarsi secondo sei linee fondamentali che possono essere così riassunte: il rapporto tra lo Stato e le regioni; il modello organizzativo degli enti sanitari; il modello della programmazione; il modello del finanziamento; il modello di erogazione delle prestazioni; il controllo di qualità dell'assistenza. Quest'ultima è la linea più difficile da attuare e da accettare.

Il rapporto tra lo Stato e le regioni ha avuto un'evoluzione che si accompagna alla politica regionalistica del paese; anzi, per certi versi l'ha preceduta. Si riconosce alla regione un ambito di maggiore autonomia in materia sanitaria, alla quale si accompagna l'attribuzione delle responsabilità per i risultati conseguiti, sia in termini di qualità delle prestazioni sia per gli effetti finanziari delle scelte gestionali. La responsabilità si fonda e si misura principalmente su due criteri, quello della qualità e quello degli effetti finanziari.

Procedendo per estrema sintesi, ritengo che allo Stato competerà la quantificazione delle risorse destinabili al servizio sanitario nazionale, quindi la determinazione del Fondo sanitario nazionale, comprensivo del gettito dei contributi sociali di malattia ed una sua ripartizione alle regioni secondo quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione. La tendenza legislativa e del Governo è di procedere verso una maggiore separazione delle somme che vengono raccolte attraverso la contribuzione e di quelle che provengono dall'erario, le prime destinate prevalentemente alle regioni e le seconde prevalentemente a funzioni di carattere generale.

Lo Stato dovrà anche procedere all'individuazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i

cittadini. Se è vero che, attraverso le regioni, dobbiamo versare ad ogni cittadino una cifra pari ad 1 milione e mezzo all'anno (1 milione 495 l'anno scorso e 1 milione 536 l'anno venturo), cifra che non dovrebbe modificarsi, neppure con le correzioni che probabilmente verranno apportate alla materia nelle prossime settimane, dobbiamo anche stabilire che le regioni non possono fare debiti ma devono raggiungere degli obiettivi, mi riferisco ai livelli uniformi di assistenza. Anche se mi rendo conto che stabilire parametri di tale genere non è facile, questo è l'unico modo per avvicinarsi ad un miglioramento della situazione.

Altro compito dello Stato dovrà essere la verifica dei risultati in termini di stato di salute dei cittadini (com'è ricavabile, sia pure in maniera piuttosto generica, dalla relazione sullo stato sanitario del paese) nonché la definizione di regole uniformi in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per le varie strutture; infine, la definizione di regole uniformi per la determinazione delle tariffe.

Se avremo modo di lavorare insieme, come mi auguro, quello delle tariffe sarà uno degli argomenti che ci condiziona di più e che certamente ci farà discutere per tanto tempo. Determinare tariffe valide, omogenee o meno a seconda delle necessità sarà senz'altro un compito di grandissimo rilievo per il futuro, soprattutto considerando in quale modo la legge vuole che sia impostata la struttura sanitaria nei prossimi anni.

Alla regione compete invece la definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del servizio, la programmazione ed il finanziamento delle attività degli enti sanitari regionali, la potestà di riconoscere i livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli da garantire uniformemente su scala nazionale, la potestà conseguente di imporre prelievi ulteriori ai cittadini residenti per finanziare i livelli aggiuntivi o per risanare disavanzi di gestione (maggiorazione dei *ticket*, dei contributi di malattia e dei tributi regionali), la nomina e la revoca degli organi di gestione degli enti

sanitari regionali, il controllo sugli atti e sulla gestione degli enti sanitari regionali.

La seconda linea fondamentale di cambiamento alla quale ho prima fatto cenno riguarda il modello organizzativo degli enti sanitari, che richiede un nuovo e meno polverizzato azionamento del territorio, il conferimento della personalità giuridica e della piena autonomia gestionale, il superamento dell'ingerenza del momento politico nell'amministrazione (scomparsa, quindi, dei comitati di gestione o del comitato dei garanti delle USL), l'introduzione di tecniche di gestione e di controllo tipiche delle aziende e il superamento degli strumenti propri degli enti pubblici, l'introduzione di nuove regole privatistiche nel settore dei rapporti di lavoro dipendente.

Un altro tema è quello concernente il modello della programmazione, che scaturisce dai decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, i quali confermano l'impianto generale del modello programmatico già previsto dalla legge n. 883 del 1978 e completano il processo di delegificazione del piano sanitario nazionale già avviato nel 1985.

Come sapete, il piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è stato approvato. Il contenuto centrale di tale piano (il primo nella storia del nostro paese) è dato dall'indicazione dei livelli uniformi di assistenza.

I primi parametri per stabilire i livelli uniformi di assistenza sono individuati nell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro; nell'assistenza sanitaria di base; nell'assistenza ospedaliera; nell'assistenza specialistica; nell'assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati.

In breve, il piano suggerisce altresì interventi da realizzare nel triennio di riferimento quali: l'azzeramento o la riduzione della mobilità ospedaliera interregionale per i ricoveri nelle discipline di base; la riduzione del ricorso alle strutture ospedaliere estere; la riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali, proponendo le seguenti linee di tendenza: per le indagini di laboratorio, l'esecuzione dovrà

avvenire entro 48 ore; per le diagnosi ed indagini, entro 5 giorni; per le visite specialistiche e la diagnostica strumentale, entro 7 giorni.

In questo campo siamo dunque ben lontani dai tempi attuali. Recentemente, a seguito di una segnalazione pervenutami da un autorevolissimo membro della commissione oncologica, che si doleva per una sorta di ritardo abbastanza generalizzato registrato per le mammografie, ho ritenuto di far compiere nei giorni scorsi, da parte degli uffici competenti del ministero, un esame circa i tempi necessari per eseguire una mammografia nei principali ospedali di Roma, Napoli, Torino, Lecce e di qualche altra città italiana. Fatti salvi i casi d'urgenza, in cui si registra un'assoluto rispetto dei tempi (si va dalle 12 alle 48 ore, salvo casi del tutto isolati), i tempi necessari alle cosiddette visite di *routine* sono abbastanza lunghi. Si passa infatti dai 7 giorni nell'ospedale Pertini e nel policlino Gemelli di Roma ai 60 e 90 giorni in altri ospedali della stessa città. Ma quella di Roma non è una delle situazioni peggiori, così come quelle di Torino e di Napoli non sono tra le migliori. In ogni caso, in base alle indicazioni raccolte, in altre città italiane il tempo necessario per tali visite oscilla tra i 3 e i 6 mesi, in qualche caso addirittura 7 mesi. Tenendo conto che la mammografia è un accertamento diagnostico che potremmo anche definire di *routine* e che riguarda il 7 per cento delle donne italiane (mentre la fascia che sarebbe interessata a tale visita oscilla tra il 30 e il 35 per cento), è evidente che ci troviamo già in ritardo rispetto ad una domanda che è molto ridotta rispetto a quella che potenzialmente sarebbe necessaria per soddisfare un'esigenza di prevenzione.

Altre indicazioni del piano sanitario nazionale concernono il potenziamento delle attività di *day-hospital* con il suggerimento di trasferire, in ambito regionale, il 10 per cento dei ricoveri ospedalieri in trattamento a ciclo diurno, nonché lo sviluppo della « ospedalizzazione domiciliare » con la tendenza di trasferire a tale

ospedalizzazione, nel triennio, una quota di ricoveri ospedalieri approssimata al 3 per cento.

Vi è poi un altro tema che ritengo essenziale per fotografare la situazione attuale dei finanziamenti.

Il modello di finanziamento adottato riflette lo schema della ripartizione dei poteri tra lo Stato e le regioni. La legge finanziaria fissa l'importo del Fondo sanitario nazionale determinando la quota a carico del bilancio dello Stato in funzione dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia; il Fondo è ripartito per quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione residente, con ricorso a quote di riequilibrio per fronteggiare situazioni di squilibrio rispetto agli *standard* strutturali; le regioni fanno fronte ad eventuali ulteriori fabbisogni con risorse proprie.

Credo che si debba dire che è stata scelta una strategia di cambiamento, che ha abbandonato la riproposizione di misure provvisorie (taglio di prestazioni marginali, imposizione o inasprimento dei ticket, predeterminazione del tasso di aumento di determinate voci di spesa), già rivelatesi nel corso degli ultimi dieci anni inefficaci e facilmente aggirabili. Per contro sono stati aggrediti — o meglio si tenta di farlo — i meccanismi strutturali di formazione della spesa.

Come atto fondamentale di cambiamento e di chiarezza, sono stati predeterminati i livelli uniformi di assistenza sanitaria. Al fine di garantire l'efficacia della misura, i livelli sono stati attestati su valori medi compatibili con le risorse a disposizione e sono state responsabilizzate le regioni a far fronte — una volta a regime — agli eventuali esuberanti di spesa.

Per rendere possibile e credibile la manovra che da sola può rappresentare la soluzione definitiva del problema, è prevista la gestione temporalizzata delle situazioni divergenti su un apposito fondo di riequilibrio decrescente. Contestualmente è prevista l'eliminazione di una serie di vincoli garantistici preesistenti, che ostacolano l'affermazione del sistema dei livelli assistenziali uniformi. In particolare, è stabilito il superamento dei metodi di

pagamento a *forfait*, che remunerano le persone e le istituzioni convenzionate a prescindere dal lavoro effettivamente svolto e dalla quantità e qualità di prodotto o di servizio fornito ai cittadini; è confermato l'impegno a rendere operativo il divieto di incarichi multipli (incompatibilità); è rimosso il vincolo della « gestione per atti singoli » da sottoporre, quando si tratta di atti amministrativi, e non sanitari, al controllo preventivo di legittimità.

Le misure sopra esposte varranno come vincolo per tutti all'interno dei nuovi accordi di lavoro e convenzionali, tutti da rinegoziare, e garantiranno il riordnamento in senso aziendalistico del servizio sanitario nazionale.

Farò ora qualche considerazione, che ritengo importante, sul modello di erogazione delle prestazioni. Anche sotto questo profilo si introducono forti elementi di novità finalizzati a realizzare un radicale recupero della qualità delle prestazioni. I principi ispiratori rappresentano uno dei nuclei politici ai quali si va incontro. Occorre infatti creare un sistema di soggetti — pubblici e privati — che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale, scelti liberamente dal cittadino assistito e retribuiti esclusivamente sulla base delle prestazioni rese. Detto regime coinvolge anche i presidi pubblici e favorisce la ottimizzazione dell'offerta pubblica, anche grazie alla dismissione o alla trasformazione delle strutture sottoutilizzate, di cui parlerò più avanti. Si dovrà conseguentemente superare, nel settore dell'assistenza ospedaliera e di quella specialistica, l'istituto della convenzione quale strumento regolatore dei rapporti tra il servizio sanitario nazionale e le strutture private, fondato sulla programmazione degli ingressi e sugli istituti retributivi disancorati dalle prestazioni effettivamente rese (30 giorni per un'appendicite oppure 4 anni per un'influenza!). Al contrario, si vuole favorire il libero ingresso di nuovi soggetti nel sistema erogativo misto pubblico-privato regolato sostanzialmente da un sistema di rapporti fondati su tariffe per prestazioni.

Infine, si vuole riservare al servizio sanitario nazionale il potere di definire preventivamente i requisiti minimi strutturali ed organizzativi che i presidi sanitari debbono in quanto tali possedere per accedere al sistema erogativo del servizio stesso, procedendo alla classificazione degli stessi rispetto alla tipologia di prestazioni la cui erogazione è abilitata.

Il rapporto convenzionale è mantenuto solamente per il medico di medicina generale e per la farmacia. I contenuti devono peraltro essere adeguati alla logica dell'ancoraggio del compenso alla quantità delle prestazioni rese.

L'ultimo capitolo è quello sulla qualità dell'assistenza, che ho definito prima il più qualificante — trattandosi di qualità — ma anche il più difficile. Allo scopo di fornire le massime garanzie alla cittadinanza circa la qualità delle prestazioni, le regioni hanno l'obbligo di attivare apposite funzioni ispettive sul possesso da parte delle strutture dei requisiti minimi predeterminati, con particolare riguardo allo svolgimento dell'attività di controllo della qualità delle prestazioni, mentre il Ministero della sanità mantiene e potenzia nella stessa materia un potere di alta vigilanza, che esercita con i poteri di accesso presso le strutture locali, oggi molto ridotti.

Credo che in proposito dovremo compiere una riflessione, perché ritengo che tale potere di accesso debba essere distribuito largamente a funzionari od esperti del ministero, anche attivando concretamente le guardie mediche che esistono nelle strutture pubbliche in misura rilevante (sono alcune centinaia equamente divise: 150 presso il ministero, con funzioni molto diverse da quelle della guardia medica, e 150 nel paese, con funzioni in parte di guardia medica e in parte, invece, burocratiche).

Al medesimo fine sono orientate le disposizioni con le quali si istituzionalizza l'adozione da parte di tutte le strutture del metodo della verifica e della revisione della qualità delle prestazioni. Più in generale, si individua un sistema nazionale di indicatori attraverso i quali sarà possi-

bile — o si tenterà — di verificare i risultati conseguiti in termini di efficienza e di qualità.

Su un piano diverso ma parimenti significativo e innovativo, il servizio sanitario si apre all'introduzione di un sistema di indicatori di qualità, orientato a valutare il servizio sotto il profilo della personalizzazione, della umanizzazione, nonché dei servizi alberghieri.

Detto questo, credo sia assolutamente necessario, anche in vista di future discussioni ormai imminenti, che la Camera abbia una fotografia della situazione finanziaria nella quale noi ci troviamo e nella quale operano le regioni, tenendo anche conto che il decreto-legge varato pochi giorni fa dal Governo (non quello relativo ai direttori generali) stabilisce una cosa importante, almeno — io credo — come metodo, cioè chiude al 31 dicembre 1994 la contabilità delle USL, sia per la competenza sia per la cassa. Si realizza una cosiddetta operazione « saracinesca »: alla data del 31 dicembre 1994 i conti dovranno essere chiusi totalmente e comunicati alla regione e al ministero e si dovrà partire praticamente da zero, sia pure sapendo benissimo che esistono — non da parte delle USL, perché ad esse non verrà chiesto nulla, ma da parte delle regioni e, se vogliamo, politicamente, istituzionalmente, economicamente e finanziariamente anche da parte dello Stato — responsabilità per la situazione pregressa.

Con la legge n. 67 del 1993 è stato disposto il ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali, con oneri a carico dello Stato fino al 1991. Quindi, con la legge del 1993, in buona sostanza — vorrei essere molto chiaro su questo punto, in quanto su di esso dovremo lavorare nel futuro — si è detto: non pensateci più, tutto è ripianato fino al 1991. Comunque, già per l'anno 1991, a seguito della verifica della spesa, effettuata nella conferenza Stato-regioni, il Ministero del tesoro, su un disavanzo complessivo di 5.700 miliardi, ha ritenuto di non ripianare con onere a carico dello Stato circa 2 mila miliardi, in quanto riferiti a spese effettuate in violazione delle disposizioni legislative. In sostanza, le re-

gioni avrebbero, relativamente al 1991, pagato incentivi e ore di straordinario con aumenti anomali non rispettosi della legge. Non solamente, ma avrebbero anche pagato beni e servizi strumentali in maniera eccessiva rispetto a quel che avrebbero potuto o dovuto fare. Il risultato è stato che, nonostante con quella legge fosse stato stabilito di ripianare tutto il disavanzo fino al 1991, il Tesoro ha deciso di chiudere solo per la parte che secondo legge poteva essere ripianata. Quindi, restano fuori questi 2 mila miliardi, che sono un po' sospesi.

FRANCESCO PAOLO LIUZZI. Chi paga ?

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Fossero solo questi !

DOMENICO GRAMAZIO. Tutti i bilanci delle USL sono falsi ! Questo dobbiamo cominciare a dirlo !

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Lasciatemi finire. Una parte della mia esposizione sarà dedicata a spese ingiustificate; non voglio usare quell'espressione un po' pesante.

Per l'anno 1992, a seguito di una integrazione del Fondo sanitario di 6.130 miliardi, avvenuta nel mese di ottobre, la spesa sanitaria non doveva presentare disavanzi. In realtà, i rendiconti delle USL hanno registrato un disavanzo di circa 3 mila miliardi, riconducibili al trascinarsi della spesa del 1991 ritenuta illegittima dal Ministero del tesoro e ad un aumento non giustificato della spesa per il personale. I presidenti delle regioni, in sede di conferenza Stato-regioni, hanno sostenuto l'impossibilità di adottare nel corso dell'anno 1992 misure efficaci per riassorbire la spesa nel breve periodo e hanno chiesto al ministro della sanità *pro tempore* di destinare quote del Fondo sanitario degli anni successivi alla copertura dell'eccedenza del 1992 (che vorrebbe dire anche quella del 1991; siamo sempre a 3 mila miliardi), con l'impegno però da parte loro che dal 1993 la spesa sarebbe stata riassorbita.

In realtà, i rendiconti del 1993 registrano un disavanzo ancora più elevato (circa 7 mila miliardi). La manovra finanziaria adottata nel 1993 per la farmaceutica (i cosiddetti bollini) e per la specialistica ha prodotto gli effetti previsti per la farmaceutica ma non negli altri settori di spesa, come per esempio quello del personale, dove — soprattutto nel secondo semestre, in vista del blocco delle assunzioni previsto dal disegno di legge finanziaria per l'anno 1994 — sono state assunte numerose unità e nelle altre « prestazioni », dove sicuramente si registra una forte presenza di spesa sociale, il che va sicuramente sottolineato. A tale riguardo, l'incremento degli ultimi cinque anni per le spese sociali, particolarmente caratterizzato in certe aree del paese, è stato del 117 per cento; non è stato però operato da parte delle regioni il contemporaneo contenimento dovuto.

Per il 1994 le regioni stimano un disavanzo di circa 8 mila miliardi. In conformità al parere espresso dalla conferenza Stato-regioni sul piano sanitario nazionale, è stato costituito con decreto del ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali un nucleo di verifica avente il compito di definire un sistema di monitoraggio immediato della spesa sanitaria, basato su indicatori e parametri di riferimento per ciascun livello di assistenza, e di riferire trimestralmente alla conferenza stessa sulla congruità delle risorse disponibili rispetto alle prestazioni da erogare. Il « nucleo » si è riunito il 20 aprile e poi il 5 maggio ed ha predisposto una scheda dettagliata per la rilevazione a livello regionale dei dati necessari per la verifica della spesa. Detta scheda è stata inviata alle regioni, che avrebbero dovuto restituirla entro il 20 giugno ma non hanno potuto mantenere l'impegno. Sono pervenute soltanto un certo numero di schede e c'è l'impegno a far pervenire le altre entro la corrente settimana; tale impegno è stato assunto con me venerdì scorso da parte di tutti gli assessori regionali. Ritengo sarebbe importante che una copia di queste schede venisse trasmessa alla Commissione, perché è un elemento di giudizio

molto importante dovendosi assumere decisioni in materia finanziaria.

Con il monitoraggio della spesa si individueranno in maniera più precisa le ragioni del preannunciato disavanzo da parte delle regioni; mi riferisco a quello di 8 mila miliardi, relativo al 1994.

VASCO GIANNOTTI. Sono comprensivi dei miliardi di disavanzo per il 1991 ?

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. No, sono aggiuntivi: 8 mila più 7 mila.

FRANCESCO PAOLO LIUZZI. Ai quali ne vanno aggiunti altri 3 mila, per un risultato complessivo pari a 18 mila.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Ho tutti i dati, con le divisioni per regioni e per categorie. Comunque, vorrei continuare le mie considerazioni.

L'eventuale eccedenza di spesa non può essere automaticamente imputata ad una sottostima di fabbisogno da parte dello Stato, come sostengono le regioni. Esse non hanno mai attivato compiutamente, tranne poche eccezioni, gli strumenti messi a disposizione dalla vigente legislazione. Desidero ricordare, senza alcuna polemica e senza voler fare l'antiregionalista ma solo per amore di completezza, che non è stata attivata né l'erogazione di prestazioni in forma indiretta, né la maggiorazione delle vigenti quote di partecipazione alla spesa, né la sospensione dell'applicazione di alcuni istituti contrattuali relativi al personale. A tale proposito risulta invece che alcune regioni hanno sottoscritto accordi con le organizzazioni sindacali per applicare solo parzialmente la riduzione del 30 per cento dell'istituto dell'incentivazione prevista dalla legge finanziaria 1994, che non era considerata « scandalosa » stando agli incontri che ho avuto ieri con le organizzazioni sindacali dei medici; tale riduzione si è resa necessaria a seguito dell'uso improprio che negli ultimi anni è stato fatto di tale istituto. Ho promosso un'inchiesta, di non larghissimo raggio ma significativa, per verificare a quanto am-

monti questa incentivazione nelle varie strutture ospedaliere, soprattutto le più grandi.

Non si è provveduto neppure a disattivare gli ospedali con ricettività inferiore a 120 posti letto, né ad attivare forme di mobilità obbligatoria per il personale eccedente, né infine a controllare le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche.

Inoltre, dal 1993 l'ordinamento ha espressamente previsto la diretta responsabilità finanziaria delle regioni, consentendo alle stesse di aumentare i contributi finanziari ed i tributi regionali in misura sufficiente a garantire risorse complessive pari a circa 7 mila miliardi annui. Pertanto, la copertura dei disavanzi va ricondotta in linea di principio nell'ambito dell'autonomia regionale. Proprio in questi giorni stiamo lavorando per sciogliere questo pesantissimo nodo.

Si rappresenta, da ultimo, la circostanza che le regioni addebitano il presunto disavanzo per l'anno 1994 alle indicazioni del piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996. Al riguardo è da considerare che tale piano è stato approvato d'intesa con le regioni, come prescritto legislativamente, che non è entrato in vigore perché il decreto di approvazione del Presidente della Repubblica non è stato ancora pubblicato, e che non contiene indicazioni che vanno al di là dell'assistenza sanitaria attualmente erogata con una quota capitaria di 1 milione e 495 mila lire per l'anno 1994.

Quanto al Fondo sanitario nazionale per il 1993, in data 13 luglio 1993 il CIPE ha deliberato la ripartizione alle regioni del Fondo sanitario nazionale per quell'anno; il provvedimento non ha ottenuto il visto della Corte dei conti in quanto adottato sulla base del decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992 con il quale venivano definiti i livelli uniformi di assistenza sanitaria per l'anno 1993, non ammesso a registrazione dalla Corte medesima per quanto riguarda gli aspetti finanziari. Il Consiglio dei ministri in data 23 novembre 1993 ha richiesto alla Corte dei conti la registrazione con riserva del decreto del Presidente della Repubblica so-

praticato. La registrazione è avvenuta il 10 febbraio 1994 ma in data 23 marzo 1994 è intervenuta la sentenza della Corte costituzionale che ha annullato il decreto del Presidente della Repubblica per vizi procedurali. Tutto ciò ha impedito di poter procedere ad una integrazione di cassa, doverosa per le regioni, di miliardi 6.058, spettante alle regioni stesse per aver riscosso nel corso dell'anno 1993 minori contributi sanitari rispetto a quelli preventivati in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale. Per superare il problema, d'intesa con il Ministero del tesoro, si è pensato di riformulare una nuova proposta di riparto del Fondo sanitario nazionale 1993 non legandola più ai livelli di assistenza ma solo alla popolazione residente in ciascuna regione.

Nel frattempo, con nota del 6 maggio 1994, il Ministero della sanità ha invitato il Ministero del bilancio a sottoporre alla registrazione della Corte dei conti la ripartizione del CIPE relativa alla parte in conto capitale del Fondo sanitario 1993, sulla quale non esistono rilievi, anche se contenuta nella stessa deliberazione del 13 luglio 1993 — quella per la quale non c'era stata la registrazione — relativa alla parte corrente. Ciò permetterebbe di dare corso all'erogazione a favore delle regioni di 800 miliardi. Con riferimento al Fondo sanitario nazionale per il 1994, per la parte in conto capitale, vi è sostanzialmente una posizione di accordo con le regioni sul fatto che si tratti di un finanziamento ridotto.

Nel bilancio dello Stato sono infatti indicati 300 miliardi in conto capitale per l'anno 1994 e per tale importo questo ministero aveva sottoposto il 15 febbraio 1994 la proposta di riparto all'esame della conferenza Stato-regioni. In data 1° aprile il Ministero del bilancio ha comunicato che su detto ammontare devono gravare almeno 160 miliardi destinati al pagamento delle rate di ammortamento dei mutui autorizzati dalla legge finanziaria dell'anno 1992 e pertanto alle regioni possono essere assegnati solo 140 miliardi. In data 16 aprile 1994 il ministro della sanità ha segnalato al Ministero del tesoro l'as-

soluta necessità di ripristinare, in sede di assestamento di bilancio, l'originario stanziamento di 300 miliardi, che secondo le note riportate nella legge finanziaria sono destinati integralmente alle regioni. In attesa che ciò avvenga, le regioni in sede di conferenza Stato-regioni hanno espresso il parere di sospendere la ripartizione del conto capitale.

In merito alle spese in conto capitale vorrei far presente che ho avuto modo di verificare, presso le tesorerie provinciali, i vari depositi in conto capitale delle USL. Non ho ancora capito bene la situazione ed ho chiesto un chiarimento, ma in alcune regioni ho potuto verificare sui conti (relativi alla parte corrente ed a quella in conto capitale) la presenza di centinaia di miliardi. Poiché queste cifre stazionavano permanentemente ed il 1° gennaio di quest'anno erano state integrate e poi decurtate di poco, all'incirca di quanto erano state integrate, restando perciò ai livelli del 1° gennaio, mi sono domandato perché non siano stati spesi questi soldi. Andando in giro, spesso mi sento dire che mancano 5 o 10 miliardi per finire la costruzione di un ospedale e perciò credo che occorrerebbe approfondire la questione, per capire il perché dei ritardi.

Giorni fa, all'ospedale Le Molinette di Torino, ho ascoltato numerose doglianze per il fatto che non si potessero chiudere cantieri, in parte anche per ragioni non finanziarie. Ho poi scoperto che, sul conto corrente della USL di Torino, giacevano 26 miliardi al 1° gennaio e che da quella data sono stati spesi 3 miliardi e ne sono stati incassati 2 e mezzo; ad oggi, la consistenza del conto è di circa 25 miliardi e 500 milioni.

DOMENICO GRAMAZIO. Signor ministro, ha controllato gli interessi?

RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità. Desidero ora svolgere qualche breve considerazione sull'edilizia sanitaria.

L'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 ha autorizzato l'esecuzione di un programma decennale di interventi per un importo complessivo di 30 mila miliardi di

lire, di cui 10 mila miliardi per il primo triennio. Anche in questo caso ci troviamo dinanzi ad una sorta di andirivieni preoccupante, non vorrei addebitarlo a nessuno, in particolare, ma credo comunque che debba essere riferito al Parlamento, tenendo presente che il nostro obiettivo deve essere quello di arrivare ad un servizio sanitario strutturalmente migliore. Con l'entrata in vigore della legge n. 135 del 1990 sull'AIDS, l'importo del primo triennio di 10 miliardi di lire veniva ridotto a 7 mila 900 miliardi, in quanto 2 mila 100 miliardi venivano destinati alla costruzione dei posti letto dei reparti ospedalieri di malattie infettive.

A causa di un ritardo nell'avvio di un programma, le procedure previste per la richiesta dei finanziamenti necessari per l'esecuzione dei primi interventi sono state completate dalle regioni solo all'inizio del 1992.

Nel mese di luglio del 1992 (le « povere » regioni che avevano compiuto il lavoro si sono trovate di fronte ad una situazione paralizzante) è stato emanato il decreto-legge n. 333, convertito nella legge n. 359 del 1992, che ha disposto la sospensione fino al 31 dicembre 1992 della concessione di tutti i mutui alle regioni, compresi quelli di cui all'articolo 20. Successivamente la legge 23 dicembre 1992, n. 498, ha prorogato la sospensione della concessione dei mutui fino al 31 dicembre 1993, con l'esclusione dell'importo di 1500 miliardi di lire, considerati al di fuori della quota dei 7 mila 900 miliardi in quanto gli oneri di ammortamento sono stati messi a carico del Fondo sanitario nazionale in conto capitale degli anni successivi.

Pertanto, attualmente la quota complessiva di finanziamento a disposizione per il primo triennio ammonta a 9 mila 400 miliardi, oltre naturalmente ai 2 mila 100 miliardi per gli interventi in materia di AIDS. Le regioni, ad oggi, hanno richiesto mutui per soli circa 1600 miliardi. Quindi, se le regioni si attivano nel chiedere fondi, dico che c'è una disponibilità e che la procedura relativa all'attività del CIPE-

per quanto è rimasto di sua competenza che non è molto — è particolarmente rapida.

Si ritiene dunque di dover suggerire alle regioni di rivedere i programmi, predisposti a suo tempo, alla luce di alcune considerazioni. Anzitutto la legge finanziaria del 1994 ha diminuito la percentuale dei posti letto al 5,5 per mille abitanti e pertanto i finanziamenti andrebbero indirizzati ad interventi diversi dalla costruzione di nuovi ospedali (rinnovo tecnologico delle attrezzature, residenze per anziani e disabili, strutture per servizi territoriali); in secondo luogo, si dovrebbero utilizzare le risorse prioritariamente per il completamento di quegli ospedali la cui costruzione è iniziata negli anni passati; infine, gli interventi distribuiti a pioggia nella varie USL dovrebbero essere ricondotti ad un numero inferiore cercando con le risorse del primo triennio di completare il maggior numero di opere.

Mi soffermerò ora sulla legge 5 giugno 1990, n. 135, sull'AIDS. Con la legge 4 dicembre 1993, n. 492, la prosecuzione — per modo di dire! — dei programmi degli interventi edilizi in materia di AIDS è stata affidata alle regioni. Con delibera del CIPE del 21 dicembre 1993, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 14 maggio 1994, su proposta del Ministero della sanità, sono state assegnate alle regioni le risorse finanziarie necessarie ad attuare gli interventi, a suo tempo individuati con due precedenti delibere del CIPE.

Non vorrei proseguire nella lettura di questa parte ma sintetizzarla, anche perché la conosco molto bene.

FRANCESCO LIUZZI. È importante per tutti gli italiani che essa rimanga agli atti!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità.* In una buona sostanza cosa è accaduto? Che la competenza è stata trasferita alle regioni.

Alcuni giorni fa si è riunita la cosiddetta commissione sull'AIDS, la quale ha chiesto di verificare a quale punto fossero le regioni nell'attuazione del piano e nella progettazione. Abbiamo avuto la favore-

vole sorpresa di sapere che, per il 65 per cento, le regioni avevano attuato i progetti esecutivi. Dunque c'è stata una accelerazione del processo attuativo. Tenendo conto di questo, insieme ad alcuni componenti della commissione abbiamo chiesto se non fosse il caso di passare alla fase della cantierabilità. Ma la risposta è stata negativa perché pare che a questo punto occorra una serie di verifiche, che non ho finora potuto identificare compiutamente per le diverse regioni. Mi riferisco, in particolare, alla verifica della congruità dei prezzi ed a quella della corrispondenza del progetto esecutivo con quello di massima. Ritenendo che tutto questo lavoro potesse essere compiuto nell'arco di alcuni mesi, sono rimasto ottimista. Le regioni, a cui avevo chiesto quale fosse il tempo necessario per tale realizzazione, mi hanno risposto che occorre almeno un anno. I componenti medici della commissione sull'AIDS hanno però rilevato che tale periodo di tempo significa che la realizzazione non potrà completarsi prima di 3 o 4 anni, allorquando cioè il fenomeno potrebbe essere soggetto a revisione, sotto il profilo terapeutico, e rendersi quindi necessari interventi diversi.

Ho quindi ritenuto di proporre alla commissione tre cose, visto che c'era ancora il pericolo che le tre famose società concessionarie, alle quali « compianti » i ministri del passato avevano affidato incarichi e responsabilità ben precisi, potessero bloccare i lavori, per esempio, attraverso un'azione giudiziaria.

Mi sono quindi attivato per porre mano alla redazione di un provvedimento di legge (vedremo poi se esso dovrà essere più opportunamente un disegno di legge o un decreto-legge) per cercare di sbloccare tale situazione e di far combaciare fra loro, per quanto possibile, i progetti esecutivi con quelli di massima, attraverso una congruità del prezzo rapidamente accertata. Nel contempo, ho convocato, mi pare per il 18 di questo mese, le società concessionarie nella speranza di individuare alcuni punti fermi affinché l'effettivo impegno di spesa non venga paralizzato da un'eventuale azione giudiziaria o anche da un'a-

zione di risarcimento che potrebbe costarci alcune centinaia di miliardi.

Da ultimo, per quanto riguarda il trattamento domiciliare degli ammalati di AIDS, il nuovo progetto-obiettivo prevede di destinare la minor spesa derivante dalla costruzione di un numero inferiore di posti letto all'aumento delle risorse necessarie ad assistere a domicilio gli ammalati. A tale proposito, va rilevato che, nonostante siano stati assegnati alle regioni, dal 1990, 60 miliardi annui vincolati a tale intervento, i posti di assistenza a domicilio realmente attivati dalle regioni risultano notevolmente inferiori rispetto a quelle finanziati. Pertanto, un incremento delle risorse finanziarie, come richiesto dalle regioni stesse, può essere preso in considerazione solo quando esse dimostrino di aver utilizzato completamente i 60 miliardi che ogni anno vengono assegnati per tale finalità.

Vorrei ancora aggiungere che anche per quanto riguarda gli strumenti, la tecnologia e tutto quanto possa essere utile in questo settore per la ricerca e la terapia nei confronti degli ammalati di AIDS, lo Stato ha versato (recentemente, ma non troppo) alle regioni 220-230 miliardi, somma che non risulta sia stata ancora « scalfita » da interventi regionali, con l'eccezione di uno o due casi.

Si tratta di fondi per l'acquisto di macchinari non destinati alla nuova edilizia ospedaliera; quest'ultima ha bisogno di 2 mila 100 miliardi, che comprendono sia i fondi per l'edilizia ospedaliera sia quelli per le attrezzature e la tecnologia della nuova edilizia ospedaliera. Alla tecnologia dei vecchi padiglioni dove si curano le malattie sono destinati 200 miliardi.

Avevo preparato anche un appunto relativo all'adozione e all'adeguamento dei piani sanitari regionali ma soprattutto alle modalità organizzative delle regioni. So che oggi la Commissione ha affrontato tale argomento in relazione al decreto-legge, quindi non mi soffermo su questo punto.

Vorrei invece svolgere qualche considerazione particolare su argomenti specifici che ho ritenuto di interesse immediato e che penso di sottoporre alla Commissione.

Innanzitutto, un argomento che mi pare debba essere affrontato tempestivamente è quello relativo alla libera professione intramuraria. È un argomento che interessa molto i medici ma anche i cittadini e, direi, la società politica, perché è una forma di evoluzione dei rapporti fra le varie strutture che rappresenta anche un significativo intervento a livello di professionalità privata o di attività privata del medico.

Su questo tema ho preparato una circolare insieme agli uffici, che dovrebbe essere diffusa tra non più di una settimana, in modo tale che si possa avviare quel processo che è ritenuto discutibile da taluni ma importante dai più e che comunque è previsto da un atto legislativo al quale bisogna adeguarsi. Credo che occorra attivarsi al fine di potenziare la libera professione intramuraria per favorire la piena utilizzazione delle strutture pubbliche nel rispetto delle aspirazioni professionali degli operatori sanitari oltre che per evidenti obiettivi di moralizzazione del settore. La circolare sarà molto complessa, perché si tratta di un argomento facile solo in apparenza, nel momento in cui si traduce in una realtà normativa, anche solo a livello amministrativo, diventa complicato.

Mi limito a citare alcuni criteri generali. L'esercizio del diritto allo svolgimento dell'attività libero-professionale deve avvenire a determinate condizioni, quelle previste dalla legge: al di fuori dell'orario di servizio e dell'eventuale *plus* orario, dei turni di pronta disponibilità e di guardia medica, nonché del lavoro straordinario; garantendo la piena funzionalità dei servizi e in ogni caso l'espletamento da parte del medico delle funzioni a lui attribuite secondo la legge (a tale proposito, appare opportuno richiamare i doveri di fedeltà e di esclusività); all'interno degli spazi dedicati al ricovero, che le aziende USL e le aziende ospedaliere devono mettere a disposizione per l'esercizio della libera professione; deve trattarsi di un'attività che non contrasti con i fini istituzionali e con gli interessi delle aziende USL e delle aziende ospedaliere.

Occorre inoltre indicare altri elementi, che sono desumibili o dai principi o dal dettato della normativa: assicurare un'adeguata informazione al cittadino-utente per l'accesso alle prestazioni libero-professionali, con particolare riferimento alla scelta del professionista e delle strutture, nonché alle modalità di prenotazione, alle tariffe e al preventivo di spesa; stabilire che il ricovero dei pazienti paganti in proprio in regime libero-professionale possa essere disposto solo dietro specifica richiesta scritta del paziente o di chi ne ha la rappresentanza, dalla quale risulti la conoscenza del richiedente delle modalità del ricovero e degli oneri delle prestazioni libero-professionali; indicare i servizi e le unità operative che per la loro peculiare natura non consentono la libera scelta dell'operatore e nei quali non è attivabile il regime libero-professionale. Inoltre, dovranno essere eventualmente individuati in sede locale tipi di prestazione per i quali tale esercizio sia reso impossibile sulla base di accertate condizioni oggettive ovvero dal fatto che l'organizzazione di supporto risulti, da un esame obiettivo e in relazione ai costi dei fattori produttivi impiegati e alle quote di riparto spettanti, economicamente sfavorevole.

Infine, bisogna garantire che il personale laureato svolga un'adeguata attività istituzionale, anche al fine di assicurare che per il cittadino l'attività libero-professionale sia effettivamente una libera scelta alternativa. Risulta necessario fissare quindi prioritariamente la relazione quantitativa tra le attività effettuabili in libera professione e l'attività svolta in orario normale di lavoro e in *plus* orario, secondo parametri oggettivi predeterminati.

Qualche osservazione circa gli ospedali incompiuti. Ho censito dai 35 ai 40 ospedali incompiuti, i cui lavori sono iniziati 15-30 anni fa. Esistono effettivamente difficoltà di varia natura: in qualche caso burocratica, in qualche caso finanziaria, in qualche caso giudiziaria; in qualche altro caso è fallita l'impresa. Devo dire che si riscontra tutto l'universo degli incidenti che possono avvenire nel percorso di costruzione di un'opera. Però, ci sono alcuni

nodi che possono essere sciolti. Prendendo a campione sette o otto di questi ospedali, per i quali è in corso un monitoraggio mensile, ho notato che è possibile capire se si possa andare avanti o no. A questo scopo, ho già convocato per la prossima settimana tutti e sette i responsabili dei vari settori, dalla USL all'assessore regionale, all'impresa. Per due di questi ospedali — è un modesto esempio ma uno di questi due, il S. Andrea, è un grande ospedale — abbiamo risolto i problemi, grazie ad un intervento piuttosto rilevante della regione Lazio, che ha accettato il consiglio del ministro — non poteva essere diversamente — di stanziare una somma nell'ambito del piano regionale. Quindi, entro il 31 dicembre 1995 l'ospedale S. Andrea, che è un grande centro di riferimento oncologico per Roma, dovrebbe essere completato.

DOMENICO GRAMAZIO. Meno le strade per arrivarci, che sono vincolate!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Mancano ancora le strade per arrivarci però fortunatamente questo è un problema che non compete a noi ma al comune e spero che quest'ultimo provveda al più presto.

Anche per l'ospedale di geriatria di Geraci, in Calabria, che era bloccato da due anni e mezzo da un intervento della magistratura (140 avvisi di reato, non so se giusti o sbagliati), abbiamo ottenuto che il cantiere possa concludere i lavori nell'arco di pochi mesi.

ANGELO BLANCO. Questi sono gli incompiuti da un punto di vista edilizio, poi ci sono gli ospedali già completati ma che non possono iniziare la loro attività. Prima di partire con l'attività ospedaliera passano anni e anni, per le apparecchiature, il personale, eccetera.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Questa è una responsabilità regionale. Noi abbiamo un potere di alta vigilanza che per adesso è veramente un piccolo

strumento. Vedremo di completarlo, perché abbiamo bisogno di arricchirci numericamente.

Vorrei svolgere qualche considerazione sul costo dei farmaci, perché oggi si è registrata una novità. È stata emessa una sentenza da parte di un TAR ma per arrivare a fornire un chiarimento su tale sentenza ed anche sulla posizione del Governo, o almeno del ministro, su di essa, credo si debba risalire alla legge finanziaria per il 1994, che ha stabilito come i prezzi dei farmaci dovessero corrispondere alla media europea e come quest'ultima dovesse essere fissata attraverso una direttiva del CIPE. La direttiva è stata adottata ed è stata impugnata sia dalle aziende sia dal Codacons. Qualche settimana fa il ministro Pagliarini ha convocato il CIPE.

Questo era stato investito del problema se far entrare subito in vigore o meno la direttiva che, secondo le case farmaceutiche, avrebbe contenuto una serie di anomalie; ad esempio, si rilevava che la parità sarebbe stata fondata sul valore di acquisto della moneta e non della divisa. Effettivamente, alcune delle argomentazioni erano tecnicamente valide.

Il ministro Pagliarini ha quindi deciso di non far entrare in vigore il provvedimento per 45 giorni, con grande gioia degli industriali farmaceutici che nel giro di un mese e mezzo guadagnano 21 miliardi (si calcola un costo mensile di circa 14 miliardi), in modo studiarlo adeguatamente per poter procedere in modo certo a partire dal 15 agosto.

Ho accettato la proposta, alla condizione che si arrivasse non alla direttiva del CIPE ma ad una modifica legislativa che riducesse il prezzo dei farmaci in maniera più rilevante, a mio giudizio in misura pari all'8-10 per cento. Una scelta del genere è giusta, a mio avviso, oltre che politicamente ed economicamente anche moralmente. Occorrerà dunque un intervento legislativo, quello sul quale era fondata la direttiva del CIPE.

Oggi il Codacons ha ottenuto dinanzi al TAR una vittoria, cioè il blocco del provvedimento di sospensiva dell'entrata in vigore della direttiva. A questo punto si

apre un interrogativo, anche per l'immediato, per cui dovremmo valutare l'argomento nella sua interezza.

Un altro argomento che credo debba interessarci è quello della lungodegenza. In relazione alla crescente domanda sanitaria di soggetti anziani, si intende promuovere lo sviluppo di forme assistenziali alternative alla ospedalizzazione, allo scopo di contenere il ricorso in proprio alle degenze ospedaliere per lungodegenti e favorire, nello stesso tempo, tipi di interventi più umani e vicini alle reali esigenze delle persone anziane.

La mia esperienza personale è traumatizzante. Lunedì, nel corso di un incontro con i sanitari dell'ospedale Le Molinette, ho sentito dire da più parti che in quella struttura, la terza in Italia, le degenze eccessive ammontano a circa il 30 per cento di quelle totali; quindi, si potrebbe arrivare ad un taglio pari a tale percentuale. Questa notizia mi ha scioccato meno della verifica compiuta nel pomeriggio della stessa giornata con il direttore sanitario dell'ospedale Mauriziano, il quale mi ha detto che aveva la felice opportunità di farmi incontrare una degente che era guarita quattro anni prima dall'influenza e che era rimasta in quell'ospedale per tutto questo tempo, con un costo medio di 21 milioni al mese, perché nessun familiare, ancorché nella possibilità economica di farlo, voleva prenderla con sé. Mi ha detto che nella condizione di malato ormai guarito vi erano alcune decine di ricoverati.

I problemi da affrontare sono quindi di due ordini. In primo luogo occorre lasciare i posti liberi per chi ne abbia bisogno; in secondo luogo, non dobbiamo lasciare le persone in condizioni di disagio. Dovremmo allora compiere una riflessione sui soldi destinati nel secondo piano triennale 1995-1998 alla spedalità, se cioè tali cifre non possano essere destinate ad attività di protezione per l'anziano che esce dalla malattia e se gli ospedali che devono essere chiusi, eventualmente sulla base di un provvedimento sostitutivo nell'ipotesi che il presidente della regione non dovesse attivarsi, possano essere modificati in

strutture in cui il costo non sia di 750 mila lire al giorno ma, ad esempio, di 120 mila lire.

Ritengo che debba essere affrontato anche il tema delle tariffe e delle prestazioni. Come ho detto prima, in proposito avremo bisogno di intervenire perché non sarà assolutamente facile fissare tariffe idonee. Il servizio sanitario nazionale ed il sistema privato hanno funzioni diverse; il primo, ad esempio, si occupa di pronto soccorso e di altri servizi obbligatori delle quali il privato non deve farsi carico. Riuscire a rendere omogenee e giuste le tariffe non sarà facile. Mi è stato detto che alcune strutture si sono rivolte all'università per farsi aiutare in questa difficile azione. Comunque, s'intende promuovere, sin dall'inizio del prossimo anno, l'adozione del sistema di pagamento a prestazioni secondo tariffe predeterminate, allo scopo di realizzare da subito le condizioni per il miglioramento dei livelli di efficienza delle strutture del servizio sanitario nazionale. Nei casi di ritardo da parte delle regioni, il ministero è pronto ad intervenire determinando a livello nazionale le tariffe per le prestazioni ospedaliere.

Quanto alla centralizzazione degli acquisti, si intende dar luogo alla contrazione delle spese per l'acquisto di beni e servizi — che presentano una preoccupante tendenza alla lievitazione — promuovendo forme di centralizzazione degli acquisti a livello regionale e la determinazione di prezzi di riferimento. Le norme che impongono, a decorrere dal 1° gennaio 1995, l'adozione di una contabilità separata da quella degli anni precedenti dovrebbero favorire il celere pagamento dei fornitori e l'abbattimento dei costi.

Con riferimento alla mobilità, si intende stimolare l'utilizzo di tutte le occasioni offerte dai processi di riorganizzazione del servizio sanitario nazionale, prevedendo anche il ricorso a provvedimenti d'ufficio, nei casi di necessità, per perseguire obiettivi di contenimento delle dotazioni organiche, razionalità distributiva delle risorse umane e pieno utilizzo delle strutture pubbliche.

Per la chiusura degli ospedali, si intende dare efficacia all'azione di disattivazione delle realtà ospedaliere che, in relazione alle dimensioni, presentano gravi situazioni di diseconomia, prevedendo nei casi di perdurante inerzia degli organi regionali, con provvedimento da presentarsi ancor prima dell'estate, l'intervento sostitutivo del Governo.

In merito agli appalti esterni, si intende garantire che l'affidamento all'esterno venga adottato solo in presenza della disattivazione dei corrispondenti servizi in gestione diretta, con conseguente riduzione di personale dipendente.

Non affronto il tema relativo ai direttori generali delle USL e passo a quello concernente i profili professionali. Il Consiglio di Stato, nell'adunanza generale del 5 luglio, ha espresso il proprio parere sugli schemi di regolamento concernenti la individuazione delle figure professionali e la definizione dei relativi profili professionali del personale infermieristico. Non si conoscono ancora le eventuali osservazioni o proposte di modifica; in ogni caso si provvederà con la massima tempestività alla definizione dei provvedimenti che il Consiglio di Stato, sia pure sollecitato, ha emesso con grande rapidità.

Dovrei ancora trattare il tema dei trapianti e quello del sangue ma gli argomenti mi sembrano così rilevanti che ad essi non può essere riservata soltanto la parte finale di un intervento. Li affronteremo nel corso di un successivo incontro.

Desidero perciò concludere affrontando brevemente il tema relativo al superamento delle convenzioni ed alla libera scelta del cittadino. Le strutture private potranno intervenire nell'erogazione di prestazioni in favore degli assistiti del servizio sanitario nazionale non più sulla base delle attuali convenzioni, bensì secondo nuovi rapporti fondati sull'accreditamento delle istituzioni (possesso di requisiti specifici ed accettazione di tariffe predeterminate), sul pagamento a prestazione e sul controllo di qualità. Il cittadino potrà liberamente scegliere la struttura erogante rivolgendosi ai presidi pubblici o

a quelli privati accreditati nell'ambito dell'organizzazione regionale dell'offerta.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per la sua ampia relazione. Dobbiamo ora decidere come proseguire i nostri lavori.

MARIA CELESTE NARDINI. Signor presidente la relazione del ministro Costa è stata assai lunga e approfondita; essa merita pertanto una discussione altrettanto approfondita. Ma data l'ora tarda propongo che gli interventi sulla relazione vengano rinviati ad altra seduta. Ovviamente questo non deve comportare un rinvio eccessivo ma a breve termine. Ricordo che siamo ancora in attesa della disponibilità del ministro Guidi ad essere qui presente per il seguito della sua audizione.

ANTONIO VALIANTE. Il ministro Costa ci ha fornito una enorme serie di dati; è quindi opportuno esaminarli con attenzione. Concordo pertanto con la proposta dell'onorevole Nardini, che ci consentirebbe un'adeguata valutazione della complessa relazione del ministro.

PASQUALE LA CERRA. Signor presidente, associandomi alla proposta di rinvio, gradirei sapere se oltre alla relazione del ministro sia possibile avere anche tutti i dati riguardanti le spese delle regioni.

PRESIDENTE. Penso che per domani gli uffici saranno in grado di preparare e fotocopiare l'intero materiale a disposizione.

ANTONIO SAIA. Associandomi anch'io alla proposta di rinvio, sottolineo la rilevanza dei problemi sui quali si è soffermato il ministro Costa, al quale ritengo che gran parte dei componenti di questa Commissione avrà domande da rivolgere. Da qui l'opportunità di prevedere una seduta da dedicare completamente al dibattito sulla relazione del ministro.

VINCENZO BASILE. Anche il nostro gruppo ritiene che gli argomenti su cui si

è soffermato quest'oggi il ministro Costa, nell'ambito della illustrazione della posizione del Governo sulla complessa materia del settore sanitario, necessitano di un notevole approfondimento, come del resto sono notevoli gli aspetti concernenti il rapporto Stato-regioni, e le diverse problematiche del settore.

Ciò detto, anch'io ritengo che si debba prevedere quanto prima un'apposita seduta in cui approfondire i problemi concernenti gli ospedali, l'AIDS, il riparto dei fondi alle regioni ed ottenere dal ministro Costa cifre e dati precisi sul disavanzo delle singole regioni e sull'attribuzione della spesa sanitaria alle regioni da parte dello Stato.

ONORIO CARLESIMO. Signor ministro, nel prendere la parola la prego di credere alla mia franchezza, alle mie perplessità. Molte volte, parlando con alcuni miei colleghi ho detto di essere un « ruspante », forse uno sprovveduto e certamente un'impreparato. Però proprio in rapporto a questa mia impreparazione la prego di credere che da parte mia non c'è un malanimo nei suoi confronti nel momento in cui le dico che lei ci ha fatto una esposizione che è una ...Divina Commedia, in termini di lunghezza, complessità, completezza! Debbo farle i miei complimenti. Ma la domanda che le rivolgo in maniera franca, chiara e senza alcuna offesa è questa: ma lei crede veramente che quanto ci ha illustrato possa essere attuato oggi in Italia, con questa situazione, che è diversa da quella della Svizzera, della Finlandia, della Norvegia? Glielo chiedo perché quando vado a vedere Gassman non posso fare a meno di constatare quanto reciti bene. Ma lui ci crede! Lo si vede da quanto « soffre » nel recitare. Ho parlato di Gassman e non del ministro Costa. Ma lei è veramente convinto — glielo chiedo nuovamente — di poter attuare tutto quanto ci ha detto?

A tutti noi — maggioranza e minoranza — che abbiamo detto che avremmo cambiato l'Italia, quando ci ripresenteremo, fra 5 anni, alle prossime elezioni gli italiani chiederanno cosa effettivamente abbiamo

cambiato. Ebbene, signor ministro, perché non ci dice due o tre cose che potrebbero intanto essere effettivamente fatte, pur nell'ambito di quelle linee di fondo, di quei programmi, progetti e valori, da...Divina Commedia? Sono infatti molto perplessi sul fatto che tutto quello che ci ha detto possa realizzarsi in breve tempo. Alle prossime elezioni, lo ripeto, i nostri concittadini ci chiederanno cosa abbiamo fatto in concreto, oltre ai propositi, ai progetti o, come loro dicono, a alle chiacchiere.

PRESIDENTE. Onorevole Carlesimo, le ricordo che in questo momento ci troviamo in una fase diversa da quella della discussione di merito sulla relazione del ministro.

EDRO COLOMBINI. Condivido senz'altro la proposta di rinvio formulata dall'onorevole Nardini, in quanto anch'io ritengo che l'ampia relazione del ministro Costa necessiti un'approfondita valuta-

zione. Sarebbe altresì opportuno che il ministro ci fornisse anche quei dati che non ha letto in questa sede, riguardanti le spese delle regioni, in quanto essi ci sarebbero di notevole aiuto ai fini del prossimo dibattito.

PRESIDENTE. Anch'io condivido l'ipotesi del rinvio ad altra seduta del dibattito sulla relazione del ministro Costa e propongo sin d'ora che la data sia quella del 13 luglio 1994, alle 14,30.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle 19,45.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia il 7 luglio 1994*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO