

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 4)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 LUGLIO 1994

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)*SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE RAFFAELE COSTA,
SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL SUO DICASTEROPRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **ALESSANDRA MUSSOLINI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sulle linee programmatiche del suo dicastero:		Hüllweck Enrico (gruppo lega nord)	78
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i> .	69, 73, 75, 78, 93	Lodolo D'Oria Vittorio (gruppo forza Italia)	84
Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia)	93	Lumia Giuseppe (gruppo progressisti-federativo)	85
Barbieri Giuseppe (gruppo alleanza nazionale-MSI)	78	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	76
Bogi Giorgio (gruppo misto)	69, 70	Mussolini Alessandra (gruppo alleanza nazionale-MSI)	90
Castellaneta Sergio (gruppo misto)	87, 88	Perinei Fabio (gruppo progressisti-federativo)	75
	89, 90, 91, 93	Provera Fiorello (gruppo lega nord)	82
Colombini Edro (gruppo forza Italia)	83	Scoca Maretta (gruppo CCD)	72
Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i> ...	70, 74, 76	Zocchi Luigi (gruppo lega nord)	81
	78, 86, 88, 89, 91, 93		
Devetag Flavio (gruppo lega nord)	73, 74	Sulla pubblicità dei lavori:	
Giacco Luigi (gruppo progressisti-federativo)	75	Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	69
Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale-MSI)	78, 86, 87, 88, 89	<i>ALLEGATO</i>	95

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 14,45.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. È stato chiesto dal gruppo di forza Italia che la pubblicità della seduta venga assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso. Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito)

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

Tenuto conto che il ministro ha un impegno alle 17, se i colleghi gli rivolgeranno domande precise e puntuali avremo anche l'opportunità di avere risposte, altrimenti rimarrà agli atti solo il pensiero della Commissione e non quello del ministro.

Avverto che l'onorevole Valiante ha chiesto di presentare per iscritto il suo intervento. Sarà pubblicato in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

GIORGIO BOGI. Signor ministro, svolgerò un intervento un po' rapsodico, come richiede il presidente, a causa delle ristrettezze di tempo. Le do volentieri atto della concretezza della sua impostazione e di non ricercare nuove disposizioni legisla-

tive, ma di preoccuparsi piuttosto di applicare l'esistente. Per un certo periodo di tempo nel settore della sanità si è immaginato che l'assetto istituzionale fosse il nodo del problema, mentre questo è rappresentato dal governo della sanità.

Le farò alcune osservazioni sulla programmazione, sul meccanismo di finanziamento e spesa, sul modello di erogazione e su una osservazione di cui non trovo traccia, e cioè che cos'è un periodo transitorio da un sistema ad un altro.

In termini di programmazione le vorrei far notare che effettivamente il finanziamento del piano sanitario nazionale, o almeno dell'atto di intesa fra Stato e regioni (quello che assumiamo oggi per piano nazionale), è basato sulla quota capitaria prevista per i livelli uniformi di assistenza, ed in questo rientra tutto. È qui dove ho il fondato dubbio che vi sia una sostanziale non valorizzazione dei punti programmati, sia dei progetti-obiettivi sia delle azioni programmate; questo perché credo che già ad oggi il sistema sanitario nazionale nel suo complesso dimostri di non essere in grado di coprire quelli che ritiene essere i suoi impegni con le erogazioni che gli arrivano dal Fondo sanitario nazionale. Può darsi benissimo che le nuove modalità di attività e di gestione gli facciano in parte recuperare sprechi ed in parte lo facciano condurre in maniera più efficiente, ma è mia convinzione che arrivare a questo risultato comporterà un aumento di spesa nel tempo breve perché la conversione degli atteggiamenti è onerosa, anche se poi sarà virtuosa nel restituirci un comportamento senza sprechi.

La fase di transito, tuttavia, aggiunge gli oneri della riconversione della struttura, dei modi di gestire e delle stesse

persone. Per cui quando si dice, come lei ha detto, che il piano sanitario nazionale ipotizza la riduzione della mobilità interregionale, la riduzione del ricovero all'estero e la riduzione dei tempi di risposta alle richieste di indagine strumentale e di laboratorio, mi rendo conto che è certamente logico e fondato dirlo ma mi sembra abbastanza lontano dall'essere dimostrato, o almeno non capisco io quali siano i meccanismi e gli elementi stringenti che ci porteranno a risultati di questo genere. Non vorrei, in sostanza, che fosse un'istanza certamente meritoria ma che tale restasse. Questa è la considerazione che per brevità le faccio sul sistema programmatico, il nodo del quale è in realtà, come da sempre, il suo sostanziale svincolo dalla valorizzazione dei costi e degli obiettivi delle azioni programmate.

Per quanto riguarda il meccanismo di finanziamento e spesa, non vi è dubbio di sorta che il meccanismo da lei descritto — ed in parte ereditato dai ministri precedenti, ovviamente — è nuovo. Il punto debole che trovo oggi è però che questo meccanismo complesso è previsto che entri in funzione dal 1° gennaio 1996, da quando, ove le regioni non avessero provveduto a tariffare le prestazioni, il ministero...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità.* Entrerà in vigore dal 1° gennaio 1995! Per evitare equivoci metterò questa precisazione anche nel provvedimento che deve essere emanato.

GIORGIO BOGI. La ringrazio, signor ministro, perché effettivamente ho trovato due date, cioè 1995 e 1996; e siccome nel piano si fa riferimento al 1996, ho assunto questa data.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità.* Confermo che è il 1° gennaio 1995. La preoccupazione è che le regioni non riescano a definire le tariffe entro la fine dell'anno; le aiuteremo allora con una tariffa che stiamo preparando noi.

GIORGIO BOGI. Benissimo. Quindi, il 1° gennaio 1995 il sistema si completa con

la sua dotazione formale di strumenti, dotazione che adesso non ripercorro nei particolari ma che è molto evidente: il trasferimento dal Fondo sanitario nazionale di una quota per le regioni, le loro ipotesi di suddivisione e poi l'onere delle regioni rispetto a sforamenti riguardanti il livello uniforme di assistenza nonché la facoltà delle regioni di imporre i tributi regionali e di aumentare i contributi o i ticket entro i limiti di legge.

Faccio un'osservazione marginale al ragionamento: il valore medio della capacità di introitare con questi meccanismi impositivi (che lei ha valorizzato intorno ai 7 mila miliardi), è un valore medio per le regioni italiane. Qui bisognerebbe dimostrare — e immagino che lei sicuramente lo farà — che il fondo di riequilibrio sia capace di venire a capo delle situazioni di singole regioni, che rappresentano l'estremo delle difficoltà rispetto al valore medio presentato dal modello di finanziamento della spesa. Si dice che le regioni abbiamo oggi un deficit complessivo di 18 mila miliardi (e lei ha argomentato che ne potevano raccogliere 17 mila); questa è la condizione media. Ebbene, rispetto a tale media probabilmente alcune regioni si trovano in condizioni terrificanti. Qui si tratta di vedere in che misura il fondo di riequilibrio — come descritto, decrescente — sia capace di venire a capo di questa situazione.

Sono d'accordo sulla impostazione che lei dà al problema della sanità, che è di governo della stessa e non di generici modelli istituzionali. Nel caso particolare di questo sistema di finanziamento e spesa, signor ministro, debbo farle rilevare che per l'inizio del 1995 dovrebbe essere pronta anche la convenzione con i medici di base. Se non lo fosse, infatti, tutto il sistema potrebbe vacillare, per l'ovvio motivo che la grande difficoltà di previsione della spesa è basata sul numero delle prestazioni che effettivamente si effettueranno.

Il decreto ministeriale che indica i criteri di tariffazione fa giustamente riferimento ai raggruppamenti omogenei di diagnosi: il che riduce ovviamente il rischio rispetto alla previsione di spesa. Ma

nel caso particolare la quantità delle prestazioni dipenderà, per larga parte, come è noto, dal mediatore di spesa pubblica, nel sistema, ossia dal medico. O la convenzione con i medici di base sfrutta quanto disposto dai decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, in ordine ai vincoli di spesa massima (ed allora, verosimilmente, il calcolo è attendibile), oppure questo non è disciplinato e lo sfioramento — Dio non voglia! — appare garantito.

Per questi motivi, da un certo punto di vista, sono più preoccupato quando lei parla della data del 1° gennaio 1995 che non quando parla di quella del 1° gennaio 1996, perché senza la convenzione dei medici di base il numero delle prestazioni sarà difficilmente controllabile, in questa circostanza. Anzi, devo dire che, con riferimento a ciò che il piano credo definisce « incentivi perversi », ritornare al meccanismo di finanziamento per singola prestazione (che io approvo) induce a cercare di remunerarsi aumentando il numero delle prestazioni. Poiché chi filtra tale numero è, senza alcun dubbio, il medico di base (in parte in proprio e in parte perché riceve le comunicazioni dallo specialista o dall'ospedaliere che dimette il malato) senza la convenzione probabilmente il ragionamento corre il rischio di rimanere molto astratto. Questo discorso lo iniziamo adesso ma immagino che, con il suo intervento, signor ministro, potrà essere precisato nel tempo.

Parlare quindi della data del 1° gennaio 1995 significa pretendere allora la chiusura della convenzione del medico di base, al fine di rendere credibile quello che, onestamente, ritengo sia uno dei sistemi plausibili di previsione e controllo della spesa sanitaria.

Un'osservazione nodale riguarda i connotati qualitativi del sistema e il modello di erogazione. In questo caso, a mio avviso, vi è stata nella sua esposizione una forte ambiguità (lo dico senza dare a tale termine un significato di disvalore). Nella sua relazione (o almeno nel testo che ho avuto) lei, signor ministro, parla di abbandono della convenzione che programmava gli ingressi degli istituti e degli enti non

pubblici rispetto alla erogazione, con un sistema in cui vi sia la libertà di ingresso da parte di erogatori privati, e che diventerà poi interamente pubblico mediante l'unicità della tariffa per singola prestazione. Il decreto ministeriale differenzia ovviamente i maggiori oneri generali dei vari istituti, ma questo è un aspetto secondario.

Un sistema di questo genere mi sembra non sia esattamente previsto dal decreto legislativo n. 517 del 1993. Se ben ricordo, al comma 5 dell'articolo 8 di tale decreto, si dice che il criterio di base sia quello integrativo. È questa la biforcazione nella scelta della qualità del sistema! O si accentua la liberalizzazione del meccanismo di concorrenza con ingressi liberi di altri erogatori e questo è un sistema (ne valuteremo poi gli elementi positivi o negativi), oppure vi è una decisa facoltà delle regioni di decidere, loro stesse, quanti erogatori entrino nel sistema (ed effettivamente così sembrerebbe stando alla legge in cui si dice che il meccanismo descritto opera sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico). Occorre dunque immaginare che il servizio pubblico abbia una facoltà di decidere quanti siano coloro che entreranno nel meccanismo concorrenziale. Ma questa è una biforcazione, (lo ripeto, signor ministro), che lei ci dovrà indicare con precisione. Nel secondo caso, infatti, è chiarissimo che abbiamo un meccanismo concorrenziale all'interno di una potestà programmatica della quantità degli interventi in concorrenza con quelli espletati direttamente dagli enti sanitari del servizio pubblico. Mentre nell'altro caso ciò non avverrebbe. Questo, lo ribadisco, è uno snodo fondamentale.

È inutile entrare adesso in grandi disquisizioni perché della questione ripareremo dopo i suoi chiarimenti; ove il sistema scelto fosse il secondo, cioè di libero ingresso di erogatori, il problema si porrebbe al di là del rischio vissuto anche nel piano sanitario nazionale, in cui si dice che naturalmente bisognerà tener conto che i singoli erogatori privati non selezionino soltanto le prestazioni di loro convenienza

commerciale. Questo è il vero nodo del sistema, perché se l'ingresso di un numero elevato di erogatori privati scardina la legge sanitaria italiana, mettendo in difficoltà gli istituti pubblici che erogano al di là delle singole prestazioni, e che garantiscono la sicurezza, allora il sistema può saltare. Ma in questo caso non sono più le singole regioni ad essere in difficoltà, ma l'intera rete sanitaria nazionale. Se invece — come io interpreto l'attuale disposizione di legge — vi è una facoltà delle regioni di limitare l'ingresso di erogatori privati, allora immagino che le regioni faranno uso di tale facoltà per impedire che la rete sanitaria, nel suo complesso, venga scardinata. Lo stesso decreto ministeriale stabilisce i criteri generali per le tariffe delle singole prestazioni, per cui si immagina che la tariffazione sia superiore per quegli istituti che hanno una complessità superiore, non destinata immediatamente alla prestazione tariffata. È questo lo snodo nel giudizio di qualità del servizio.

Signor ministro, personalmente sono convinto che il mercato abbia « toccato » la sanità e indietro non si torni. Il problema che abbiamo è vedere quali siano le regole da dare al mercato. Personalmente sono convinto — ma ritengo lo siano tutti i colleghi — che nessuno avanzi più l'ipotesi prospettata nel 1978, in cui pur essendo formalmente aperto il meccanismo di ingresso dei privati si immaginava però che il servizio pubblico da solo avrebbe soddisfatto tutte le richieste. Per tanti motivi, che non analizzerò in questa sede, e per la disponibilità finanziaria dei privati, credo che anche quest'anno l'esborso privato, oltre ai contributi per prestazioni, non sia inferiore ai 25 mila miliardi, ossia superiore ad un quarto del Fondo sanitario nazionale del 1994. Una capacità ed una volontà di spesa, quindi, assai forti: il che comincia a creare, senza alcun dubbio, il mercato, insieme ad alcune caratteristiche di qualità della prestazione del servizio pubblico. Sono convinto che il mercato sia ormai entrato nella sanità. Il problema è vedere quali regole dargli, ed è per questo che prima parlavo di un nodo e di una biforcazione. Se la regola di mercato sarà

di un certo tipo, allora la rete sanitaria sarà a rischio: diversamente non lo sarà. Ma nell'altra ipotesi il meccanismo concorrenziale è certamente più basso e poiché a questo viene affidata anche l'evoluzione dell'efficienza del servizio sanitario nazionale, il problema attiene all'equilibrio fra questi due punti.

Vorrei concludere il mio intervento con un'ultima osservazione. Non vi è fase di transito che non sia onerosa. Ciò che io non capisco è dove le regioni prendano i soldi per transitare verso questo nuovo sistema. Le regioni, infatti, si trovano già in difficoltà a coprire le esigenze attraverso il vecchio sistema. La conversione in nuovi istituti, modalità e gestioni, e l'uso di personale nuovamente formato, relativamente ai diversi obiettivi, comportano dei costi. Le regioni dove prendono questi soldi, visto che già adesso si trovano, diciamo così, in un confronto aperto con il ministero, rispetto alla cause dei loro sforamenti, (che il ministero, diversamente dalle regioni, nega siano dovuti ad una sottovalutazione dell'onere) ?

In ogni caso, questi sono gli argomenti pregiudiziali di parte.

La conversione di quelle strutture ha un costo oppure no ? A mio avviso, lo ha ! Se noi immaginiamo che il sistema vada incontro a quella giusta quota di attività concorrenziali tra erogazione pubblica e sistema privato, è opportuno chiedersi dove il privato farà la concorrenza; certamente sulla quota di effetti alberghieri (definiamoli così). Non avrei dubbi di sorta al riguardo. Una parte della concorrenza sarà operata non nella disponibilità effettiva di attrezzature o nella competenza del personale, perché onestamente il servizio pubblico ne ha abbastanza (non ne farà forse un impiego congruo, ma ne ha !).

Un aspetto della concorrenza, quindi, sarà fatto — come dire — sulle facilitazioni di vario genere; non come introito finanziario, ma come comodità.

Il prodotto del servizio pubblico è in grado di affrontare questa concorrenza ? Se non lo è, noi immaginiamo un meccanismo concorrenziale senza renderlo in grado di sopportare la concorrenza ? Non

avrebbe senso, anche perché se perde fette di mercato, deve essere ridimensionato per restare in equilibrio economico. E se viene ridimensionato, nel ridimensionamento si potrebbero ledere i connotati di rete sanitaria di sicurezza.

Questo è uno degli esempi che ho citato per dire che il periodo transitorio è oneroso. Sottolineo, tra l'altro, che la data del 1° gennaio 1995 è vicinissima; anzi, signor ministro, è troppo vicina. La possibilità che il servizio sanitario pubblico stia correttamente — come deve stare — sul mercato, comporta un periodo di transizione di sua evoluzione.

Se le cose stanno così, credo allora che i meccanismi concorrenziali competitivi non possano essere contenuti soltanto nella erogazione tra pubblico e privato, ma verosimilmente all'interno dello stesso sistema pubblico è giusto immaginare dei meccanismi competitivi. Non è pensabile, ad esempio, che in due divisioni di ortopedia nell'ambito dello stesso reparto epidemiologico, con una quantità di lavoro annuale diversa (poiché si descrive giustamente un sistema per *budget* e responsabilità di strutture, è scritto anche nel piano sanitario nazionale), la retribuzione dei sanitari e degli operatori in genere sia la stessa quando la resa delle strutture è produttivamente diversa. Il che implica una modifica del contratto nazionale di lavoro.

Ho citato diversi aspetti della materia ed attendo che lei ci riferisca al riguardo.

PRESIDENTE. Ritengo opportuno fare alcune precisazioni per il buon prosieguo dei nostri lavori. Io non posso togliere la parola nel corso di un'audizione, ma avrei dovuto farlo perché, a questo punto, se tutti parlassero tanto a lungo, potremmo svolgere soltanto sette dei tredici interventi attualmente previsti. Se vogliamo ascoltare, anche solo per qualche minuto, il ministro Costa, occorre che ciascuno dei colleghi si contenga nell'ambito di sette-otto minuti.

MARETTA SCOCA. Vorrei fare un'unica osservazione di carattere pratico.

Nelle enunciazioni di principio svolte, il ministro ha parlato della necessità di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi e alle strutture sanitarie. Questo mi sembra un obiettivo fondamentale al quale bisognerebbe tendere. Successivamente, parlando dell'ospedale oncologico Sant'Andrea di Roma — che dovrebbe essere terminato entro il dicembre 1995 — l'onorevole Gramazio ha osservato che mancano le strade di accesso. Sottolineo, peraltro, che le strade di accesso nella zona non possono essere costruite perché vi è un vincolo del parco dell'Inviolatella che non consente — almeno finora — l'accesso a questo enorme ospedale. A tale precisazione dell'onorevole Gramazio, il ministro ha risposto che questo era un problema non suo, ma del comune. Benissimo! Tuttavia, volendo realizzare un accesso e non costruire « cattedrali nel deserto » con spreco di denaro pubblico, impedendo l'utilizzazione di una struttura di cui Roma avrebbe tanto bisogno, si dovrebbe considerare complessivamente tutta la problematica e non limitarsi a costruire delle stupende sale operatorie o camere di degenza, senza poi dare la possibilità al cittadino di poterne usufruire. Sottolineo che nei pressi di quella struttura vi è una strada — si tratta, in realtà, di una strada interpoderale — che certamente non può servire per una struttura di questo genere.

Ho inteso fare tale puntualizzazione, proprio per rifarmi a questa enunciazione di principio di accessibilità alle strutture pubbliche.

FLAVIO DEVETAG. Signor presidente, cercherò di essere telegrafico anche se ho un pacchetto di domande da porre che probabilmente porterà via un po' di tempo.

Signor ministro, vorrei innanzi tutto premettere delle considerazioni positive sulla sua relazione, anche se ho da esprimere molte osservazioni e perplessità.

Mi presento. Sono un medico ospedaliero con un'esperienza ventennale e provengo dal Veneto, una regione che ritengo disponga di una sanità che si può collocare tra le migliori (se non la migliore) d'Italia. Vivo e opero in una zona di montagna,

quindi con larga presenza turistica. Queste premesse motivano le domande che poi seguiranno.

Alla luce della mia esperienza di medico, ritengo che attualmente i nodi fondamentali della sanità siano due. Il primo — lo ha scoperto anche lei — è quello della cattiva organizzazione: mi pare che lei stia giustamente operando al riguardo, soprattutto valutando quella che lei definisce « la qualità del servizio ». A quest'ultimo riguardo, devo dire che ho alcune perplessità organizzative.

Il secondo nodo fondamentale della sanità — che forse ritengo anche più importante del primo — è quello della motivazione del personale. Lei troverà moltissimi operatori sanitari demotivati.

Credo che se operasse su questi due settori, lei potrebbe ottenere una riduzione degli sprechi e delle inefficienze, un migliore utilizzo del personale e delle attrezzature ed una maggiore risposta operativa del personale stesso.

Sottolineo che i decreti legislativi nn. 502 e 517 parlano di una base culturale, cioè di livelli uniformi di assistenza. Credo che tale obiettivo sia difficilmente raggiungibile perché la sanità italiana è disomogenea per vari motivi. È disomogenea per la tipologia della popolazione, delle malattie, del territorio (abbiamo montagne, pianure, isole, mari) e della stessa cultura della popolazione. Lei deve pensare che in Veneto la sanità è di tale livello perché la popolazione crede nella salute e ha sfruttato i vari conventi esistenti sul territorio, invece di dismetterli, come ospedali.

Vi è poi da considerare che le risorse umane e le risorse tecnologiche sono completamente diverse. Se lei pensa alla sanità del nord, potrà constatare che essa è altamente « sanitarizzata » e che è di tipo prettamente pubblico; mentre, invece, la sanità del sud è non solo meno « sanitarizzata », ma anche di tipo prevalentemente privatistico.

Signor ministro, credo che con la sua impostazione sarà difficile riuscire a riomogeneizzare la sanità verso l'alto. A mio avviso, l'unica omogeneizzazione che noi avremo sarà verso il basso! Nella so-

stanza, le regioni ad alto coefficiente sanitario saranno costrette a ridurre le loro prestazioni e a riportarsi ai livelli precedenti.

Ho molte altre perplessità da esprimere. Vorrei rilevare, ad esempio, che l'accorpamento delle USL è penalizzante per il territorio e per gli ospedali di ridotte dimensioni. Per fortuna non esistono solo malattie rare o interventi di alta chirurgia! In questo modo si verrà a creare una sanità basata solo sui grandi ospedali, con territori privi di strutture perché ciò risulta antieconomico. Di fatto, si verranno a creare le « cattedrali nel deserto ».

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Si può dire in tutto, meno che nel deserto!

FLAVIO DEVETAG. Un territorio senza sanità! Se preferisce, lo definisca oasi. Scelga lei il titolo per questa situazione.

Come sosteneva poc'anzi il collega Bogi, la riconversione degli ospedali è un'iniziativa che ha i suoi costi. La linea di trasformazione in RSA rappresenta un costo economico al quale bisogna pensare.

Signor ministro, lei, nella sua lunga relazione, per la quale qualcuno ha parlato di *Divina Commedia*, non ha fatto cenno al territorio ed ai medici di base. Questi ultimi rappresentano a mio avviso le sentinelle sanitarie che dovrebbero operare non con la repressione, ma con la persuasione, cioè con la prevenzione!

Da parte sua è inoltre del tutto ignorato il problema della promozione, educazione, informazione e formazione sanitaria. Si tratta di uno dei punti fondamentali della sanità europea.

Altro grave problema è quello delle malattie psichiatriche e della loro gestione in fase acuta e cronica, con i problemi sociali ad esse connessi. Vi sono infatti problemi sociali connessi con gli esiti di ictus, con i tumori, le vasculopatie, le patologie croniche. Non pensa che sarebbe opportuno riunire le competenze dei due ministeri in un unico dicastero per la sanità e per i servizi sociali, analogamente

a quanto avviene per la nostra Commissione che si interessa di problemi sia della sanità, sia di tipo sociale?

Vi è poi il problema della medicina nelle aree svantaggiate, le aree sfortunate come la mia, zone di montagna o isolate con una limitata capacità economica. Devono essere anche considerate le aree in cui la popolazione aumenta a dismisura nel periodo di afflusso turistico a fronte di un'invariata quantità di fondi.

Un'ultima considerazione, non però di minore importanza, è che la salute è un bene di tipo sociale che non va misurato solo in termini di economia di mercato. Relativamente alla nuova organizzazione sanitaria vorrei concludere con un esempio; spero si tratti di un esempio sbagliato. Io paragono la sanità ad un treno cui sia stato sostituito il locomotore vecchio con uno molto potente, (i direttori generali e i vertici), mentre i vagoni, (cioè il personale), sono rimasti quelli vecchi. La mia preoccupazione è che il treno deragli o che la velocità del locomotore si adegui ai vagoni...

FABIO PERINEI. Signor ministro, più che un quesito le rivolgo una richiesta per acquisire informazioni e documenti. Lei ha richiamato la legge finanziaria del 1988, che stanziava 30 mila miliardi per l'edilizia sanitaria, per la ristrutturazione e l'ammodernamento tecnologico. Sono riuscito ad avere dal CIPE l'elenco aggiornato di quanto è stato utilizzato fino al 14 marzo scorso. Non so perché fino a quella data, forse perché si è allora conclusa la legislatura. In questo elenco risultano del tutto assenti alcune regioni italiane. È il caso di ricordare a noi stessi che nella finanziaria del 1988 i primi 10 mila miliardi del primo triennio consentivano un finanziamento a totale carico dello Stato nella misura del 95 per cento. La domanda che le rivolgo è se è possibile disporre, attraverso il suo ministero, di un elenco aggiornato ad oggi di quanto è accaduto a partire dal 14 marzo. È una domanda che le rivolgo io ma che vale per tutti; si tratta di ottenere un'informativa su tutto quello che è stato speso.

È inoltre possibile per lei, di concerto con noi, trovare il modo per sollecitare le regioni affinché utilizzino tale opportunità? Non ritiene, infine, che avere ancora una volta dilazionato — torno su questo punto che mi ossessiona un po' — le nomine dei direttori generali ci inibisca un'opportunità, l'occasione per utilizzare quelle disponibilità, quelle risorse finanziarie?

PRESIDENTE. Ringraziamo fin d'ora l'onorevole Perinei se vorrà darci una copia dell'elenco aggiornato al 14 marzo!

LUIGI GIACCO. Interverrò in maniera più specifica su un tema particolare, quello dell'handicap, perché mi sembra che nelle iniziali valutazioni del ministro tale questione sia stata trattata in modo piuttosto sfumato. In questi giorni, a livello nazionale, si stanno verificando da parte delle USL, soprattutto nei confronti degli handicappati e degli handicappati gravi e con riferimento ad alcuni centri di riabilitazione e ricoveri, forti penalizzazioni. Non si emettono infatti impegnative di ricovero a causa di problemi dovuti al fatto che i costi di gestione risultano particolarmente alti.

Intendo dire che con la legge finanziaria del 1994 si cercava di ridurre i posti letto del 5,5 per cento su 1000 abitanti. Tale operazione ha spesso comportato all'interno delle singole regioni una riduzione di posti letto previsti per i centri di riabilitazione convenzionati in base all'articolo 26 della legge n. 833, con una minore possibilità di fornire servizi a persone con necessità estremamente impellenti. Oltre a ciò si verifica il fenomeno delle RSA, come hanno sottolineato anche i colleghi che mi hanno preceduto, che talvolta sono state proposte da parte delle regioni come alternativa per la chiusura degli ospedali, magari cercando di fornire qualche servizio alla popolazione; le RSA avevano invece, soprattutto, finalità specifiche quale il ricovero per lungodegenti o non autosufficienti.

Sotto tale profilo vorrei porle in particolare due domande. È possibile che il

Ministero della sanità fornisca indicazioni alle regioni, e quindi alle USL, sul processo di convenzione, con riferimento ai centri di riabilitazione, in base all'articolo 26 della legge n. 833 e quindi in base agli standard di prestazione? A questo punto ci si basa infatti su standard di prestazione minimi; ci rendiamo conto che quando ci si trova di fronte a situazioni di grave handicap o di handicap plurimi, standard di prestazioni minimali non riescono a fornire risposte sufficienti e funzionali. In secondo luogo, in base alla legge quadro n. 104 del 1992 era prevista la possibilità di ricorrere ad accordi di programma tra i vari enti locali (USL o altro). Da quanto mi risulta solo in alcune regioni tali accordi di programma sono stati avviati e realizzati. Chiedo quindi che anche sotto questo profilo sia dato un certo stimolo e siano fornite indicazioni affinché anche a livello locale possano essere posti in essere accordi di programma per far sì che i principi contenuti nella legge n. 104, relativamente all'integrazione dei soggetti handicappati, possano realizzarsi concretamente.

VALERIO MIGNONE. Signor ministro, come progressista impegnato in una funzione serena e costruttiva di opposizione non ho difficoltà a confessare pubblicamente di aver provato speranza e fiducia allorché ho saputo che lei avrebbe retto le sorti del Ministero della sanità. È la verità. Questo moto di ottimismo mi derivava dalla consapevolezza che lei ha un'impostazione liberal-democratica, che ha un'esperienza parlamentare e un'esperienza governativa. Ero quindi convinto che non si sarebbe reso prigioniero di una compagine governativa che era tutta da scoprire. Metodologicamente, in una prima fase ha agito molto bene: ha chiesto tempo per svolgere una ricognizione del quadro della sanità in Italia. Sono poi giunti i primi provvedimenti, che hanno cominciato a deludermi un po'. Forse un suo corregionale — tale Gobetti — le avrebbe bonariamente tirato le orecchie e forse (mi consenta di dirlo sempre bonariamente) un altro suo corregionale, Luigi Einaudi, le

avrebbe bacchettato sonoramente le mani per il fatto che sistematicamente i provvedimenti governativi ignorano quell'articolo 81 della Costituzione che dovrebbe garantire la copertura finanziaria dei provvedimenti legislativi. In proposito, abbiamo visto che, circa la restituzione della quota individuale di 85 mila lire per la tassa sul medico di famiglia, il Governo ha fatto registrare una qualche ambiguità di atteggiamento ...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Per la verità, se mi consente, il Governo aveva detto di farla pagare anche a quelli che non l'hanno pagata! È il Parlamento che ha detto una cosa diversa!

VALERIO MIGNONE. Sì, ma comunque non c'è certezza nella restituzione!

Parlando dal punto di vista politico ed anche da quello etico, la questione della nomina dei direttori generali ha messo in evidenza l'esistenza di un atteggiamento « schizoide » nella compagine governativa, divisa fra quello che si afferma, quello che si dice di voler fare, e quello che invece in effetti si fa. Vorrei sottolineare che purtroppo questo atteggiamento persiste.

Non ho difficoltà nemmeno a condividere quello scetticismo espresso in precedenza dal professor Carlesimo, che peraltro fa parte di una forza di Governo: uno scetticismo che mi deriva dalla sua volontà, signor ministro, di rendere competitivi gli ospedali, cioè la sanità pubblica, rispetto alle strutture della sanità privata. A proposito della libera professione, lei ha scritto che si intende attivare e 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. Io sono medico e non intendo condurre difese corporative: penso soltanto di fare gli interessi del popolo italiano. Ebbene, in un'altra pagina del suo scritto « Sanità domani » lei sostiene: « Potranno essere eventualmente individuati in sede locale tipi di prestazioni per i quali tale esercizio è reso impossibile

sulla base di accertate condizioni oggettive ovvero dal fatto che l'organizzazione di supporto dovesse risultare — da un esame obiettivo ed in relazione ai costi dei fattori produttivi impiegati ed alle quote di riparto spettanti — economicamente sfavorevole per l'amministrazione pubblica ». Io vorrei farle notare, signor ministro, che molti ospedali italiani — specie nelle grandi città — sono piuttosto fatiscenti e che quindi si registra da parte degli operatori sanitari una « fuga »: non me ne vogliono i colleghi chirurghi, ma questo fenomeno riguarda in particolar modo proprio la categoria dei chirurghi. Si tratta di un esodo verso il settore privato che garantisce migliori condizioni di vivibilità. D'altra parte lo stesso paziente può trovarsi a disagio nel soggiornare in ospedali fatiscenti per servizi alberghieri.

È facile ammetterlo, perché è la verità: nella sanità pubblica abbiamo operatori estremamente qualificati, i quali portano prestigio alle strutture private. Allora, signor ministro, se davvero vuole rendere competitivi gli ospedali italiani rispetto alle strutture private, deve risanare, deve bonificare gli ospedali italiani per quanto riguarda l'aspetto dei servizi alberghieri. Occorre poi regolamentare meglio la stessa attività degli operatori sanitari e, soprattutto, bisogna dotare gli ospedali italiani delle stanze per i solventi, delle foresterie nei dipartimenti infantili e di maternità. È necessario, in sostanza, mettere davvero le strutture pubbliche in grado di competere con quelle private.

Occorre però aggiungere altro, specificamente a proposito della razionalizzazione della rete ospedaliera. Vedo « agitare scuri » sugli ospedali sottodimensionati o sottoutilizzati. Credo che sia sotto gli occhi di tutti che alla fin fine l'Italia è punteggiata da piccoli ospedali, spesso al di sotto dei 120 posti letto. Ciò è dovuto al fatto che queste strutture sono nate in un momento storico della medicina in cui era sufficiente un letto, l'opera del medico e quel poco di tecnologia che il progresso scientifico all'epoca consentiva. Ma i tempi sono cambiati: oggi per le prestazioni sanitarie occorre molta tecnologia, mentre

d'altra parte questi numerosi ospedali continuano a costituire il nerbo della rete sanitaria italiana. Ospedali sottodimensionati o sottoutilizzati operano anche nelle valli del suo Piemonte — me lo consenta, onorevole ministro —, della Lombardia, oppure sulle montagne della mia Basilicata: eppure essi hanno una notevole rilevanza sociale. Non si può abbattere la scure su queste strutture di periferia, anche se sicuramente non sono in grado di entrare in competizione con la sanità privata. Ecco perché sostengo che è necessario maggiore discernimento nell'utilizzare la scure, qualora si decidesse di abbatterla sugli ospedali sottodimensionati o sottoutilizzati.

Fino ad un recente passato — almeno fino all'ultima legislatura — il Ministero della sanità non ha dato buoni esempi di sé. È inutile ricordare fatti tristi: basta dire che questo ramo dall'amministrazione non si è distinto per funzionalità. Mi auguro che sia cominciata una nuova era per il ministero; lei ha le qualità per poterlo ristrutturare, ha tutto il prestigio e l'autorevolezza per farlo. Ma bisogna intervenire concretamente, non con le dichiarazioni, con gli atteggiamenti esteriori, volti a manifestare quello che si intende fare. Perché poi magari non si fa nulla! Vorrei ricordarle, allora, che vi è un organismo — la conferenza Stato-regioni — nel quale il ministro della sanità deve svolgere la sua funzione di indirizzo e di coordinamento. Proprio lì, il ministro, in questo momento, deve essere molto attivo nel cercare di stimolare alcune regioni che sono piuttosto pigre e altre che sono indifferenti. Soltanto in questo modo si potrà tentare di diffondere in Italia un modello uniforme di sanità.

Ho ascoltato l'onorevole Bogi affermare che ormai il mercato è entrato nel mondo della sanità. Per alcuni aspetti ciò può essere un evento positivo; tuttavia, nel momento in cui si vuole far entrare il mercato nella sanità, non bisogna far entrare il liberismo spinto. Lei mi insegna che il liberismo è cosa ben diversa dal liberalismo. Le ideologie sono cambiate, il marxismo si è liberato dell'anticapitali-

smo, ma credo che anche nell'ambito della cultura liberaldemocratica si sia molto diffuso il principio della solidarietà che, quindi, è comune oggi alla cultura di sinistra, a quella liberaldemocratica e a quella cristiana. È, cioè, un valore che va salvaguardato perché — come è stato ripetuto anche in questa sede — nel mondo della sanità non ci può essere lucro e profitto, deve esservi correttezza gestionale e soprattutto bisogna attuare il principio della Costituzione che tutela il diritto alla salute del cittadino italiano. Non si può — e concludo — rendere le unità sanitarie locali delle società per azioni, magari con titoli quotati in borsa; occorre innanzi tutto garantire alcuni diritti fondamentali della Costituzione, come la tutela della salute.

PRESIDENTE. Non potrebbe — uso volutamente il condizionale — esserci lucro, perché il pensiero corre immediatamente a Poggiolini e De Lorenzo, e credo che ciò sia pienamente giustificato...!

GIUSEPPE BARBIERI. Sono un medico e sono 34 anni che piego il gobbone in ospedale. Mi sono, quindi, scioppato tutte le riforme ospedaliere: dunque, non la invidio. Non la invidio perché di tutti i ministeri il suo è certamente il più tragico. Infatti, lei non opera nel settore economico, ma si trova in una società in cui palpitano ogni giorno l'ospedale e l'ammalato e in cui, tra poco, si troverà in un turbine di storie infinite.

Attualmente, possiamo dire che il comparto sanitario è in fase di calma, ma tra poco si apriranno le vertenze sui contratti a cominciare da quello ospedaliero, cui seguiranno quelli dei medici generici, della medicina dei servizi, della pediatria e, via via, tutti gli altri.

Signor ministro, nel corso della campagna elettorale, tutti quanti, dall'estrema destra all'estrema sinistra, abbiamo ribadito nelle piazze tra la gente — mentre i *big* lo dicevano in televisione — il bisogno di intervenire prima di tutto sulla sanità.

Premesso che quanto esprimo, signor ministro, è frutto della mia elaborazione e

quindi può non concordare con il programma generale del mio partito, le dico che sta armeggiando con un ferro vecchio; tutto quello che ci tocca e le toccherà fare sono solo pezze a colore. Al mio paese si dice « pezze a colore » quando uno, non potendosi permettere un abito nuovo, ricorre alle pezze, ma non sempre dello stesso colore; per tale motivo, alla lunga, quell'abito diventa un *patchwork*.

Signor ministro, se la sente di programmare una nuova sanità? No!? Le chiedo nuovamente, se la sente di fare una nuova riforma sanitaria?

Ciò che saremo chiamati a gestire per tutto il tempo in cui noi saremo deputati e lei ministro, sarà molto difficile. La gente, infatti — lo ripeto — vuole il meglio. Quanto a lei, signor ministro, nelle attuali condizioni, con finanziamenti sempre più esigui, con i cittadini che chiedono sempre di più, con tutti i nostri tentativi di eliminare le iniquità create dai ministeri precedenti, non la vedo bene...

Una voce. ... di salute!

GIUSEPPE BARBIERI. Mi auguro di no!

DOMENICO GRAMAZIO. Pensa quello che ti fanno, se ti ricoverano in ospedale!

RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità. Onorevole Gramazio, ritenga annullato l'appuntamento di domani...! (*Si ride*).

GIUSEPPE BARBIERI. Queste sono le mie convinzioni. Ma, visto che si finisce in riso, concludo il mio intervento.

PRESIDENTE. Non era certo per i contenuti, ma per le modalità con le quali, molto ironicamente, ha saputo descrivere il panorama della sanità, che purtroppo corrisponde a verità.

ENRICO HÜLLWECK. Speriamo di non passare dal riso al pianto!

Signor ministro, ci siamo già confrontati in occasione di un incontro tra lei e i medici, ed avevo già avuto modo di osservare alcuni elementi delle sue proposte.

Cercherò, quindi, di essere estremamente succinto, elencando punto per punto.

Lei ha distinto, nelle sue proposte, competenze dello Stato e competenze delle regioni per quanto riguarda il meccanismo di pagamento ed erogazione delle quote. Ha premesso un'osservazione circa la regionalizzazione e ha fatto notare, com'è giusto, che le regioni possono avere un *surplus* di livello qualitativo di assistenza cui deve corrispondere un *surplus* di erogazione. Mi auguro che il gettito dei contributi sociali di malattia possa affluire interamente alla regione che lo ha fatto provenire e venga ripartito non in maniera differenziata, ma in modo che il fondo nazionale serva soltanto a riequilibrare la situazione e la parte da ridistribuire sia decrescente in misura sempre maggiore.

Il livello nazionale deve prevedere la quantificazione dei livelli uniformi di assistenza. Ebbene, temo che questa sarà più una declaratoria di diritti, altrimenti cadremmo in un protocollo. Anche per quanto riguarda la verifica dei risultati, tutti sappiamo che sarà un'operazione molto difficile. È importante, però, che a livello nazionale si ponga attenzione all'identificazione delle tariffe delle prestazioni. Facevo notare che sarebbe forse corretto cercare di porre un freno a quel passaggio da regione a regione, che non è sempre giustificato, prevedendo una differenziazione delle tariffe nella mobilità interregionale, quando non motivata da interventi di alta specialistica, con un aumento percentuale, ovviamente minimo, ma in grado di fungere da disincentivo nei confronti di quelle regioni che non si organizzano per garantire un livello di prestazioni sufficiente.

Per quanto riguarda il modello organizzativo degli enti sanitari, invece di continuare a parlare di superamento dell'ingerenza politica nella sanità, diciamo coraggiosamente che deve esserci una sinergia tra politica e momento gestionale che trova il suo nodo centrale in una corretta individuazione del direttore generale, in maniera che il politico identifichi i bisogni

e non le risposte tecniche e il tecnico, a sua volta, sia autonomo nel dare le risposte di carattere tecnico.

Lei prevede inoltre una politica di organizzazione sanitaria basata su un « azionamento ». Tale criterio è corretto ma occorre fare attenzione affinché sia assicurata l'omogeneità degli interventi territoriali, omogeneità che, se le USL dovranno avere dimensioni identificabili con il territorio provinciale, dovrebbe poter poggiare sulle migliaia di distretti esistenti.

Ho qualche dubbio che con il piano sanitario nazionale si possa intervenire profondamente dal punto di vista della programmazione; non so se potrà ridurre la mobilità interospedaliera, interregionale e addirittura quella internazionale. Noto che lei, da un punto di vista politico, tecnico e di colloquio con il pubblico, pone molta attenzione al fatto di poter ridurre i tempi di attesa in tutte le prestazioni sanitarie. Ho già avuto modo di osservare che questo è importante ma è ancora più importante (e il cittadino lo richiede) che sia soprattutto salvaguardato il percorso sanitario, dall'ambulatorio del medico di base a quello specialistico, all'ospedale, al momento di riabilitazione, al ritorno nella casa. L'abbattimento dei tempi di attesa per le singole prestazioni non otterrà grandi risultati se non si creerà un percorso sanitario omogeneo ben funzionale, guidato, non affidato alla casualità. Questo potrebbe avvenire, mi consenta di ripeterlo, soltanto attraverso una forte razionalizzazione dell'organizzazione del servizio sanitario nazionale che oggi trova due momenti di raccordo nel Ministero della sanità e nel dipartimento della funzione pubblica con una separazione di aree (ospedaliera e specialistica territoriale) che non consente questa embricatura che crea una sfasatura, ragion per cui, quando il territorio è scoperto per il 62 per cento dell'arco orario settimanale e il cittadino non ha copertura né a livello pediatrico né a livello di medicina generale, il cittadino è costretto a rivolgersi ad un ospedale che è normato ed organizzato nello stesso periodo di tempo a livelli minori di presenza.

Occorre dunque organizzare un collegamento corretto che ovviamente non può essere fatto se le convenzioni presso il ministero o i contratti presso un altro ministero non sono legate da un'unica mente organizzatrice.

A proposito dell'erogazione delle prestazioni, ho qualche dubbio sulla possibilità di quantificarne in maniera adeguata il valore. Effettivamente quando determineremo il valore in base al quale viene compensata la struttura pubblica e privata che eroga le prestazioni, incontreremo qualche difficoltà. In questo senso mi ricollego a quanto dichiarato dall'onorevole Bogi, con il quale in passato mi sono trovato a lavorare nella qualità di rappresentante del mondo della medicina, e bisognerà tener presente ai fini della quantificazione economica delle prestazioni anche la qualità della figura accreditata a rendere.

Sempre in tema di erogazione di prestazioni lei sottolinea il discorso delle convenzioni senza specificare bene, quando parla di convenzioni della medicina generale, quali aspetti riguardino la pediatria, che è un mondo particolare che apre un vasto contenzioso fra l'opinione pubblica e la medicina, la quale in questo momento sul territorio è assai squalificata dal punto di vista dell'assistenza. Non si parla inoltre del problema delle guardie mediche, della medicina specialistica e di quella ambulatoriale. Nel fare riferimento al compenso dei medici di base lei fa giustamente un accenno ad un problema di ancoraggio del compenso alla quantità delle prestazioni. Ebbene, si potrebbe fare un salto qualitativo superando la figura del medico di base isolato e prevedendo invece una medicina di base organizzata attraverso gruppi di medici che si coalizzano per far fronte meglio ad una territorialità intesa in questo senso. Perché non prevedere, per esempio, un compenso aggiuntivo reso attraverso dotazioni di vario genere (personale infermieristico, tecnico e strumenti tecnici) per quei medici che, aggregandosi, assicurano un'assistenza di base chiaramente superiore e in linea con quello che il cittadino chiede?

Sulla libera professione lei ha dato una normativa (tra l'altro quella circolare lo specifica meglio) sulla libera professione *intra moenia*. In altra sede ne ho già parlato a lungo con lei e qui non mi ripeto; mi limito ad esprimere qualche dubbio sull'obbligo di divieto in regime di pronta disponibilità perché qualche deroga si potrebbe fare, ma si tratta di una soluzione minimale. È importante ricordare che la vera libera professione è quella extraospedaliera. Ampi settori del mondo ospedaliero manifestano la propria preoccupazione sull'eventualità di una revisione negativa del concetto di libera professione che non va certo vista come professione scorretta e ripetitiva di prestazioni che possono essere erogate dall'ospedale, ma va interpretata come funzione integrativa, complementare e in grado di garantire al cittadino prestazioni che la struttura pubblica non potrebbe dare.

Le avevo già fatto presente che queste ipotesi sulla medicina del domani potrebbero essere considerate la sanità del « frattempo » perché ci auguriamo che la sanità del domani sia qualcosa di più. Lei ha già detto che dobbiamo procedere per piccoli passi ma è già bene portare il cuore oltre l'ostacolo affermando che, superati i problemi della medicina assistenziale, intesa come prestazioni, dovremmo tener conto dei problemi della professione e, per esempio, intervenire da un punto di vista politico con normative che riguardano l'organizzazione degli ordini professionali, da anni in attesa di un chiarimento. Ricordo a margine che alcuni di questi sono retti da leggi approvate 80 anni fa e modificate in piccola misura nell'immediato periodo postbellico. Occorre anche riformare le leggi sull'esercizio professionale, compresa quella della pubblicità.

È vero, come lei ha affermato, che dobbiamo prima di tutto affrontare le urgenze, ma accanto a queste le ricordo quella vera che nasce da tutto il meccanismo di trasporto del malato e dal servizio di emergenza che fa acqua su tutto il territorio nazionale (non è ben organizzato ed è a pelle di leopardo). Occorrerà intervenire con provvedimenti legislativi mirati

perché quelli finora adottati non hanno ottenuto risultati, soprattutto in taluni settori come quello degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (29 colossi a livello nazionale che attendono una riforma soprattutto sotto il profilo della programmazione, della produttività scientifica e della tipologia dell'attività che dovrebbe essere monotematica).

Il grande « buco » riguarda lo stato giuridico, in quanto non sono stati chiariti i meccanismi del lavoro in *équipe*, il rapporto giuridico e quello professionale, nonché tutti i sistemi di selezione. La categoria professionale sta attendendo al riguardo una risposta.

In conclusione, non ho notato (penso che ciò sia intenzionale, ma potrebbe non esserlo) alcun accenno da parte sua, signor ministro, ad un esperimento che in passato alcuni ministri hanno invece ipotizzato, quello delle aree di sperimentazione. Ha escluso tali aree oppure ritiene che si potrebbe sperimentare qualcosa di nuovo a livello di aree regionali o provinciali, per vedere se una nuova sanità (che, giustamente, fa paura quando è azzardata, ma che comunque ci attendiamo) possa essere sperimentata ed eventualmente bocciata o promossa anche a livello nazionale ?

LUIGI ZOCCHI. Sarò molto sintetico e mi soffermerò soprattutto sul tema relativo alle farmacie e ai farmaci, di cui sono particolarmente competente e del quale abbiamo già avuto modo di parlare.

Vorrei rilevare che nell'intervento svolto dal ministro della sanità nella precedente occasione sono state fatte considerazioni abbastanza interessanti e valutazioni che in questa sede non sono state molto riprese. Per esempio, è stato per la prima volta valutato il contributo diretto dei cittadini rispetto alla quota totale spesa per il servizio sanitario nazionale. Credo che, se i dati di cui dispongo sono esatti, per il 1994 la spesa ammonti a circa 85-90 mila miliardi, a fronte di contributi diretti per circa 65 mila miliardi. Ciò vuol dire che lo Stato interviene per la salute pubblica con una quota inferiore al 2 per cento del prodotto interno lordo. Il nostro,

quindi, non è uno Stato sciupone nel settore della sanità, ma spende ancora abbastanza poco.

Un'altra osservazione del ministro che mi è sembrata pertinente riguarda il fatto che, quando si limitano fortemente alcuni settori di spesa, come per esempio quello farmaceutico, si hanno ripercussioni in altri settori di spesa. Per esempio, limitando la farmaceutica convenzionata si incrementa la farmaceutica interna o il fondo di incentivazione del personale della USL. In alcune unità sanitarie locali tale fondo, dal 1991 ad oggi, è aumentato solo del 47 per cento, in altre del 3 mila per cento. Non so se il ministero sia in possesso di questi dati; mi riservo, comunque, di fornirglieli. Dalla distribuzione diretta di alcuni prodotti risulta un forte risparmio da parte del servizio sanitario nazionale; in realtà, il 70 per cento di tale risparmio presunto va al fondo di incentivazione citato. Nominalmente, quindi, alcuni importi vengono ridotti, ma di nascosto altri aumentano, per cui alla fine lo Stato non guadagna nulla e vi è solo uno spostamento di risorse da alcune categorie ad altre.

Vorrei sapere quale politica il ministro intenda perseguire nel settore della farmaceutica. Attualmente tale settore incide abbastanza poco sul fondo sanitario nazionale (10 mila miliardi su 90 mila), ma molti decreti che in questi giorni sono stati esaminati in Commissione si occupano dei farmaci, dalla diminuzione dei prezzi alla distribuzione diretta attraverso le USL (persino per l'ossigeno). Si tende quindi sempre più a passare dalla distribuzione diretta alla distribuzione attraverso le farmacie, ma vi è il dubbio che in tal modo si realizzi un effettivo risparmio, anche per il discorso relativo agli incentivi. Credo pertanto che nel settore considerato occorra operare una scelta, anche sul terreno più generale di ciò che si intende fare per unire pubblico e privato nei campi in cui sarà più facile intervenire: la farmaceutica esterna convenzionata, la diagnostica esterna, la specialistica e, al limite, anche la medicina di base. Si tratta di campi in

cui si potrebbero trovare formule nuove, per evitare un eccessivo aggravio sul fondo sanitario nazionale.

Voglio svolgere alcune ulteriori considerazioni sulla relazione del ministro Costa. Ho notato che si parla di introdurre rapporti di lavoro privatistico nelle USL. Mi domando in quale modo ciò sarà possibile e immagino che vi sarà una resistenza abbastanza notevole. Comunque, se si procederà in questa direzione, la prima cosa da fare è evitare di assegnare nuovi compiti alle unità sanitarie locali, per evitare ulteriori costi in termini di assunzioni.

Vorrei inoltre rilevare che alcune categorie di ammalati, per esempio i malati di mente, devono già affrontare alcuni problemi in conseguenza dell'applicazione della legge n. 180 (della cui revisione avremo modo di parlare) e, inoltre, sono stati lasciati abbastanza « scoperti » dal punto di vista farmacologico dall'operato della CUF (mi riferisco soprattutto ai depressi, agli schizofrenici e a molti altri tipi di malati di mente).

Per quanto riguarda la farmacovigilanza, di cui ci siamo occupati in occasione dell'esame di qualche decreto-legge, mi risulta che nelle USL sia globalmente fallita: i medici infatti non ricevono segnalazioni, se non nella misura di una o due all'anno per USL. Mi chiedo quindi se non sia opportuno riprendere l'argomento in modo organico.

Infine, vorrei richiamare l'esigenza della categoria dei farmacisti (alla quale appartengo) di contare su norme il più possibile stabili, affinché qualunque scelta sia oggetto di revisione in termini piuttosto lunghi e non si proceda a colpi di decreti, come è avvenuto negli ultimi due anni, in cui abbiamo visto cambiare la normativa sui ticket o sulla prescrivibilità dei farmaci ogni due mesi, con ripercussioni sul mercato e con la conseguente difficoltà di operare in modo tempestivo e corretto.

FIORIELLO PROVERA. Il mio sarà un intervento breve perchè alcune delle con-

siderazioni che intendevo svolgere sono già state formulate dai colleghi che mi hanno preceduto.

Sono compiaciuto per alcune osservazioni contenute nella relazione del ministro, che condivido. Essa indica linee generali di indirizzo che, per definizione, non scendono nei dettagli; mi sarebbe peraltro piaciuto leggere qualcosa di più riguardo alla indispensabilità, alla centralità del ruolo medico, e soprattutto all'attribuzione di maggiori responsabilità e di maggiore fiducia alla figura del medico.

Credo che nessuna buona norma e nessuna regola nuova consentano di fare della buona sanità se non si recuperano il ruolo e la dignità del medico. Una buona legge, se male interpretata o male applicata da un cattivo giudice, porta, ovviamente, ad una cattiva giustizia. Gradirei molto, quindi, che il ministro sottolineasse l'aspetto relativo alla professionalità del medico.

Un altro elemento che a mio avviso è importante evidenziare riguarda l'educazione sanitaria e la profilassi. Una buona sanità è quella che deve curare di meno, quindi quella che passa attraverso una valorizzazione della profilassi e della prevenzione della patologia.

Vengo ora alle questioni importanti, che mi sembra utile sottolineare e che già sono state citate precedentemente, una delle quali è l'omogeneizzazione dell'assistenza sul territorio. Credo che tale omogeneizzazione si possa ottenere soltanto attraverso la delega di responsabilità alle regioni, e soprattutto con la programmazione da parte di queste ultime.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ALESSANDRA MUSSOLINI

FIORIELLO PROVERA. È fondamentale tenere conto della realtà territoriale e geografica, in quanto le esigenze di salute, come rilevava un collega poc'anzi, possono cambiare, a seconda delle stagioni, in rapporto al tipo di situazione geografica o al tipo di patologia. Credo che le linee guida che dovrebbero essere seguite in

questo caso siano quelle che tendano alla capillarizzazione dell'assistenza sul territorio e quelle che garantiscono l'emergenza. In sostanza, si deve fondamentalmente cercare di portare l'assistenza sanitaria a casa del cittadino e garantire nella maggior parte possibile del territorio nazionale la possibilità di salvare la vita. Ecco allora che i dipartimenti di emergenza svolgono un ruolo fondamentale.

Un altro punto che ritengo molto importante è quello dello snellimento della collaborazione tra il medico e l'azienda sanitaria; occorre cioè snellire i rapporti tra medico di base e struttura ospedaliera per rendere più semplice tale collaborazione.

Occorre inoltre ridurre certe incombenze del medico di base: spesso il medico perde più tempo ad occuparsi degli adempimenti burocratici, cioè a riempire carte, che non ad assistere professionalmente l'ammalato.

Vorrei da ultimo porle, signor ministro, tre domande. La prima concerne l'introduzione delle norme privatistiche nel settore dei rapporti di lavoro dipendente. Vorrei quindi dei chiarimenti sul punto in cui nella sua relazione parla di riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali, proponendo delle guide di tendenza: questo è un lodevolissimo traguardo da raggiungere, ma vorrei sapere come si intende perseguirlo. Vorrei infine sapere qualcosa di più sulla sua affermazione secondo cui è confermato il precedente impegno a rendere operativo il divieto di incarichi multipli.

Concludo con un'osservazione sui trapianti. Mi compiaccio che finalmente si prenda in considerazione questa terapia che non soltanto aumenta drasticamente la qualità della vita dell'ammalato che ha problemi di rene o di fegato, ma che molto spesso gli salva la vita. Dicevo dunque che finalmente si cita l'attività di trapianto, in cui l'Italia è all'ultimo posto in Europa e per la quale la sanità italiana spende mille miliardi ogni anno per interventi all'estero.

EDRO COLOMBINI. Signor ministro, vorrei svolgere alcune considerazioni ri-

guardanti esclusivamente gli operatori sanitari, sia medici sia paramedici sia tecnici.

Credo che per il miglior funzionamento delle prestazioni, come pure per il contenimento della spesa, sia indispensabile la collaborazione attiva e motivata degli operatori sanitari tutti. È ben noto, infatti, quanto costoro nell'azienda ospedaliera possano incidere sulla degenza media, sul quantitativo degli esami erogati, sui tempi di attesa, sul buon utilizzo delle apparecchiature sanitarie e sull'uso in economia dei materiali. È altrettanto noto come i medici di base potrebbero diminuire l'ospedalizzazione dei pazienti con trattamenti domiciliari e controllare la spesa con prescrizioni oculate e richieste di esami mirate, nonché con il ripristino del rapporto fiduciario con le famiglie. Potrei continuare con esempi tesi a dimostrare che il buon funzionamento della sanità è nelle mani degli operatori sanitari. È quindi mia opinione — e vorrei conoscere la sua, signor ministro — che solo responsabilizzando queste categorie fino all'autogestione condivisa su strategie sanitarie ed economiche con la componente amministrativa, si possano raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il secondo punto riguarda la libera professione in ospedale, *intra moenia*. C'è al riguardo una vecchia normativa che prevede l'applicazione del 5-10 per cento di posti letto per la libera professione, ma tale normativa, oltre ad essere datata, è sempre stata disattesa. È poi regolamentata in maniera totalmente inadeguata la distribuzione degli emolumenti percepiti da coloro che in prima persona si responsabilizzano sui pazienti e da coloro che invece semplicemente prendono dei dividendi da questo tipo di attività. Credo che per invogliare in questo senso i medici sia necessario ampliare il numero dei posti letto messi a disposizione per la libera professione, perché da ciò può derivare una attrattiva sia nei confronti dell'operatore sanitario sia un ritorno alla struttura pubblica. Se si pensa comunque che un ospedale medio con trecento letti avrà circa cento medici dipendenti, la possibi-

lità di avere il 5 o il 10 per cento dei letti per la libera professione significa averne da quindici a trenta su cento medici; il che è difficile che possa costituire un grande incentivo.

L'ultimo punto che intendo affrontare, signor ministro, è quello che riguarda gli stipendi, sul quale ultimamente sono state rilasciate dichiarazioni polemiche sui giornali anche a seguito di alcune sue prese di posizione. Lo stipendio di un medico ospedaliero a tempo pieno, con tutte le indennità, un'anzianità media di vent'anni e con la qualifica di aiuto, che è quella che oggi hanno la gran parte degli operatori sanitari, non è superiore ai 4 milioni netti al mese, con 40-45 ore settimanali di lavoro, con le guardie notturne e con il lavoro festivo notturno e diurno; ed è largamente sotto la media europea. Naturalmente posso fornirle, come penso possano fare tanti altri colleghi, le mie buste paga in modo che le possa controllare. Si deve tener conto che una hostess dell'Alitalia arriva agli 8 milioni mensili con le indennità lavorando non più di quattordici giorni al mese e facendo normalmente quattro tratte Torino-Roma per ognuno di questi giorni. E con responsabilità un tantino differenti da quelle di un medico!

Mi sembra dunque che voler genericamente limitare il medico nella professione per colpire una parte di sicuri disonesti (certo da contrastare perché indubbiamente nocivi per l'intera categoria), sia un provvedimento che non può che portare alla fuga dei migliori dalla struttura pubblica verso quella privata. Il che mi dà l'idea che determini una caduta del livello qualitativo delle prestazioni, che come sempre andrà a colpire esclusivamente i più deboli in quanto gli altri potranno continuare a ricorrere alle strutture private.

VITTORIO LODOLO D'ORIA. Signor ministro, colleghi, due sono i punti che volevo toccare, uno dei quali, quello della medicina di base, è stato in parte affrontato.

Riprendendo le parole del collega Provera, affermo anch'io che occorre recupe-

rare la professionalità, anzitutto dei medici; ed è fondamentale recuperarla per i medici di base. Occorre porli in condizione non più ricattabile, evitando cioè che il medico di base sia costretto a regalare giorni di malattia perché altrimenti il paziente lo ricatta dichiarando di cambiare medico. E noi sappiamo che la sleale concorrenza può essere esercitata al fine di procurarsi un determinato numero di pazienti.

Unicamente scoraggiando i pazienti da simili comportamenti e al contempo invogliando i medici a recuperare la loro professionalità si può passare sull'altro fronte, cioè a prendere in considerazione la sua proposta di pagare a prestazione. Tale proposta potrebbe tuttavia essere accolta qualora noi da una parte pagassimo le prestazioni al medico pur erogandogli comunque un fondo spese che gli garantisca almeno un minimo reddito, tenuto conto che anche se non ci si reca dal medico, lui comunque le spese di affitto le deve pagare.

È possibile anche creare delle incentivazioni, per esempio — come ha osservato prima l'onorevole Colombini — impiegando il medico di base nell'assistenza domiciliare di quelli che potrebbero essere pazienti lungodegenti in ospedale.

Se io impiego il medico di base, sicuramente mi costerà molto meno del ricovero di un paziente lungodegente in ospedale. Questo rientra, del resto, anche nel suo obiettivo, signor ministro. Si potrebbero altresì individuare altre forme di incentivazione per invogliare il medico di base, al quale va tuttavia prima restituita la professionalità.

Signor ministro, ho visto che nella sua relazione il problema dell'AIDS ha occupato un posto assai importante. È fondamentale, a mio avviso, che il Ministero di grazie e giustizia e quello della sanità lavorino di concerto, anche perché purtroppo il fenomeno dell'AIDS è presente nelle carceri. Ben 12 mila sono i detenuti sieropositivi: circa un terzo dell'intera popolazione carceraria. Da qui la necessità di trovare un punto di contatto anche con il Ministero di grazia e giustizia. Sugli ospe-

dali del sistema sanitario nazionale vengono a gravare tutti i ricoveri dei pazienti che si trovano in stato di detenzione. Spesso gli ospedali fanno a scaricabarile, perché entrano in turno ogni tre mesi. Il posto libero c'è, si dicono disponibili ad « ospitare » il detenuto ma solamente quando escono di turno, come ho potuto direttamente constatare ciò accade di frequente.

Il Ministero di grazia e giustizia e quello della sanità potrebbero, lo ripeto, affrontare il problema della sanità e del fenomeno dell'AIDS decidendo, per esempio, di aprire gli ospedali chiusi che si trovano all'interno delle carceri (per esempio quello di Milano-Opera, al centro delle cronache quando l'onorevole Martelli era ministro guardiasigilli).

GIUSEPPE LUMIA. Signor ministro, come ha dichiarato nella sua relazione e in interventi anche pubblici, lei tenta di collocarsi, dinanzi al sistema sanitario, sul piano delle innovazioni.

Penso che su questo aspetto anche l'opposizione debba svolgere al meglio un ruolo concorrenziale. Nessuna nostalgia con il passato! Il sistema sanitario che lasciamo alle nostre spalle, ma che è ancora presente, è difficilmente difendibile. Dobbiamo cominciare, in tempi brevi, a vedere quali siano le questioni prioritarie e come intervenire per eliminare tutte le disfunzioni, le cattive gestioni, le immoralità, le corruzioni presenti, ponendo il cittadino al centro dell'attenzione. Da qui bisogna risalire per rivedere un po' tutto: dalle prestazioni al sistema di contribuzione, e individuare gli interventi necessari da adottare.

Sotto questo profilo mi aspettavo qualcosa di più in ordine al sistema della prevenzione. Signor ministro, intende monitorare quel poco di prevenzione che c'è? Oppure l'ha già fatto? Come è possibile creare un sistema di prevenzione che metta al centro il ruolo assai importante della scuola e quello del volontariato, che è presente, non vuole essere sostitutivo e riparatore, ma avere una funzione di stimolo e di anticipazione?

Sul sistema di cura, ho potuto constatare, signor ministro, che la sua relazione è piena di riferimenti che toccano un po' tutte le questioni in sospeso. Vogliamo fare un passo in avanti sistematico sull'assistenza sanitaria domiciliare? Vogliamo prevedere degli investimenti, cominciare ad individuare delle risorse, responsabilità, fare delle serie sperimentazioni, in rapporto con le regioni? Secondo quale priorità, signor ministro, intende attivare immediatamente il sistema di *day hospital*, utilizzando al meglio le esperienze già compiute in alcune regioni, prevedendolo come un sistema non risolutivo, comunque tale da recare un suo contributo?

Sul tema degli ospedali, come al solito, o si interviene con l'accetta per cui si pone un vincolo preciso (per esempio, 120 posti letto) al di sotto del quale l'ospedale viene chiuso, oppure si attua un intervento più moderno che tenga conto anche dei costi, degli sprechi e che attraverso un bilancio costi-benefici tenga conto che si possa andare un po' al di sotto di una certa soglia, allorquando il diritto alla salute e l'opportunità di accesso alla salute riguarda una comunità. Ho avuto modo di girare e di rendermi conto, nel mio impegno di volontariato, delle varie realtà esistenti nel nostro territorio. Di recente anche nel territorio da cui provengo ho potuto vedere delle cose assurde e ridicole: in provincia di Palermo, a palazzo Adriano, un ospedale che ha un numero di posti letto di poco inferiore a 120 rischia di chiudere quando fino a poco tempo fa si tentava di ampliarlo attraverso interventi comportanti spese di diversi miliardi, una spesa comunque inferiore a quella oggi necessaria per la sua eliminazione. Tutto ciò senza tener conto del principio che bisogna partire dalla comunità locale, dalle patologie presenti, dal diritto alla salute e da un equilibrato rapporto costi-benefici. Se si vuole invece semplificare per decreto, penso che difficilmente otterremmo dei risultati: più facilmente seguirebbero arbitrii e sprechi, in quanto verrebbe meno un sistema di prevenzione, di cura,

difficilmente recuperabile in termini di diritto alla salute, di efficienza e di risparmio dei costi.

In ordine all'aspetto della riabilitazione, mi chiedo cosa si attende a verificare il sistema esistente e a potenziarlo per renderlo realmente attivo e puntuale.

Alcuni colleghi hanno fatto appena un cenno, mentre altri hanno approfondito il sistema dell'handicap e quello degli anziani non autosufficienti. Lei sa in quale condizione vivano questi ultimi! Signor ministro, lei si è dichiarato disponibile ad abbassare i costi e a prevedere delle strutture alternative. Come sicuramente saprà, dal 1991 giace in Parlamento un progetto obiettivo anziani. Grazie anche al contributo di tante realtà, che vengono dall'associazionismo e dal volontariato, siamo riusciti ad intervenire nelle RSA, per evitare le speculazioni e le corruzioni a danno innanzi tutto degli anziani cronici, ammalati e non autosufficienti. Su tutto ciò come intende procedere, possiamo attenderci qualcosa? Quanto lei ci ha detto a proposito del risparmio dei costi da (750 mila a 120 mila) è attuabile?

C'è poi un aspetto che riguarda gli ospedali. Le unità geriatriche sono poche per cui si rende necessario un intervento urgente perché il rischio per le persone è assai alto.

All'inizio della sua relazione, signor ministro, ha citato uno dei grossi obiettivi che si dà il servizio sanitario nazionale per il 1994, quello dell'accesso dei cittadini ai servizi e alle strutture sanitarie. Come è possibile controllare le prestazioni, le qualità e garantire effettivamente il diritto alla salute, ponendosi in una relazione positiva e fruttuosa con gli operatori sanitari? Nel nefasto decreto legislativo n. 502 del 1992 c'era uno spiraglio: perché esso non viene oggi preso in considerazione? Potrebbe essere sperimentato, cominciando ad attivare un rapporto di fiducia che sicuramente potrebbe garantire una nuova sanità.

Signor ministro, penso che dovremo sfidarla ed incalzarla su tali questioni, verificando puntualmente la sua disponibilità. Diversamente rischiamo di ricadere

nel dibattito ideologico tra pubblico-privato oppure nell'intervento che tende non a riqualificare in modo moderno e strategico la funzione pubblica ponendola in concorrenzialità, con pari condizioni ed opportunità, con il sistema privato, ma a trascinare quel vecchio che tutti a parole condanniamo ma che ancora è presente e non abbiamo cambiato in maniera sufficiente.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

DOMENICO GRAMAZIO. Vorrei iniziare il mio intervento prendendo in considerazione la relazione attenta e precisa svolta dal ministro. Mi è parsa — lo devo dire — la relazione di un presidente di unità sanitaria locale, più che di un ministro della sanità...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Mica è un complimento. (*Commenti*)

DOMENICO GRAMAZIO. Ho fatto tale rilievo perché i riferimenti, i modi e il volume della relazione mi sembrano adeguati al pesante compito che lei si è assunto quale ministro della sanità.

Dobbiamo prendere in considerazione, a mio avviso, il tipo di rapporto che esiste tra il servizio sanitario nazionale, le regioni e le unità sanitarie locali. Quando parlo del tipo di rapporto mi viene da pensare anche al tipo di conflittualità che in questo campo è permanente. Mi riferisco, ad esempio, alla conflittualità che esiste oggi tra il Ministero della sanità e le regioni, la quale è giunta ai massimi livelli con le nomine dei direttori generali operate da alcune regioni in « dispetto » alle risoluzioni del Governo.

Se fossi ancora consigliere regionale, dovrei difendere l'autonomia delle regioni; vi è, tuttavia, una contrapposizione netta e precisa tra la volontà di autonomia che la legge attribuisce per competenza alle regioni ed il rapporto che esse hanno con lo Stato in funzione della spesa sanitaria e del contributo sanitario che ricevono dallo

Stato stesso. In questo senso, credo che vi sarà sempre un conflitto tra il servizio sanitario nazionale — e quindi il ministero —, le regioni e le unità sanitarie locali.

Chi ci andrà di mezzo? Innanzi tutto gli utenti della sanità, costretti a ricorrere al servizio sanitario nazionale, ai servizi delle USL e a trovare sistemazione all'interno delle strutture ospedaliere. Quando faccio riferimento a queste ultime penso alla diversità enorme che esiste tra di esse sul territorio nazionale.

Signor ministro, lei conosce senza dubbio meglio di noi — perché lo ha illustrato in una parte della sua relazione — il problema dei tempi di ricovero. Lei sa perfettamente che vi è una spesa per il ricovero che è differenziata da regione a regione. Si arriva poi alla denuncia che lei ha fatto — ampiamente riportata dai giornali — citando il caso di una malata che, non avendo più nessuno che l'andava a prendere, è in assistenza da quattro anni presso una struttura sanitaria! Quando penso a questo caso mi viene da riflettere anche — ahimé! — sulla necessità di ricoveri urgenti, quando — cito l'esempio del Lazio — si corre da una struttura all'altra cercando un posto letto e può succedere di rimanere nell'ambulanza (per finire direttamente nella camera mortuaria e non più in ospedale).

SERGIO CASTELLANETA. Neanche nella camera mortuaria il posto è assicurato!

DOMENICO GRAMAZIO. A volte non vi è posto neppure nella camera mortuaria! Qualche giorno fa mi raccontavano di una struttura ospedaliera del Lazio nella quale la camera mortuaria era stata già adibita a spogliatoio per i dipendenti paramedici di quell'ospedale (*Commenti*). Questi sono fatti che si verificano nella normalità delle nostre strutture!

Chi ha vissuto tali problemi non solo come operatore della sanità ma anche come amministratore sanitario, ne conosce tutta la gravità. Mi riferisco ai vecchi comitati di gestione, a quanti hanno operato all'interno della sanità e ai numerosi

collegi qui presenti che sono operatori sanitari, a pubblici dipendenti o a medici che hanno operato e che operano a livello sanitario.

Quando rifletto su tali questioni mi viene da pensare al tipo di relazione che lei ha svolto — con tanta scrupolosità: ritengo giusto sottolinearlo — e alle « toppe » che dobbiamo mettere al servizio sanitario, alla sua funzionalità ed alla sua spesa. Quando penso a tutte le « toppe » che come Parlamento siamo costretti a mettere e a quelle che le regioni seguitano a mettere, mi viene da dire che sarebbe ora di rifare la riforma sanitaria! Non solo, ma che sarebbe ora di finirla con il discorso delle « pezze a colori », per trovare tutti insieme, maggioranza ed opposizione (questo è un appello che intendo lanciare) tempi nuovi per rilanciare una riforma sanitaria che riformi l'inefficiente riforma sanitaria! Lo dice il rappresentante di una forza politica — alleanza nazionale-MSI — che si oppone alla legge n. 833, come concezione, come sviluppo e come modalità di intervento. Ricordo che numerosi deputati del Movimento sociale italiano intervennero nel dibattito parlamentare su tal legge, su quella riforma sanitaria che avrebbe dovuto rappresentare il *non plus ultra*, perché lo slogan portante della stessa era il seguente: « un'assistenza sanitaria gratuita dalla culla alla tomba ». Dopo tanti anni di assistenza sanitaria, mi chiedo se mai quello slogan sia stato meno adeguato e più di presa in giro per quanti credevano a quella riforma sanitaria! Oggi si parla addirittura di tornare non solo al sistema assicurativo per garantire una sanità che funzioni meglio, ma si dovrebbe anche pensare a stabilire i tempi e i modi con i quali, ad esempio, questa riforma sanitaria — che fa acqua da tutte le parti — debba essere configurata. Sottolineo che tutte le forze politiche da qualche anno a questa parte chiedono di riformare la riforma sanitaria, di intervenire su di essa e di cambiarla! Sono anche quelle forze politiche che allora erano sostenitrici di quel disegno come se si trattasse del « toccasana » della situazione sanitaria!

Signor ministro, ricordo che, nel corso del precedente e brevissimo periodo nel quale fu ministro della sanità, lei era l'uomo dei *blitz*...

SERGIO CASTELLANETA. Lo è ancora!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Li faccio silenziosamente, ma ne vengono a conoscenza di nascosto!

DOMENICO GRAMAZIO. È rimasto l'uomo dei *blitz*. Quando penso ai *blitz*, penso anche alle conseguenze che dovrebbero avere! Quando leggiamo sui giornali che, ad esempio, in una struttura sanitaria un portantino si è « fregato » — utilizzo un termine dialettale — il prosciutto e che è stato arrestato, mi viene da pensare al vertice della struttura sanitaria nella quale egli opera. Non intendo difendere un ladro — lungi da me tale proposito! —, ma credo che nel settore della sanità non debbano pagare solo gli « stracci ». Si verifica allora che mentre il portantino paga per i propri errori, altrettanto non avviene per quel primario che, pur dovendo stare nella struttura ospedaliera pubblica, firmava il cartellino e andava a lavorare nelle stesse ore in una struttura privata o convenzionata.

Quando penso a questi fatti mi viene da riflettere sulle centinaia di volte in cui ognuno di noi si è dovuto interessare in una struttura pubblica ad esempio della mancanza di medicine. E poi leggiamo che in alcune farmacie delle strutture pubbliche sul territorio vi sono decine di milioni di medicine scadute! Quando parlo delle medicine scadute mi viene da riflettere sugli acquisti delle stesse, a chi li ha fatti e al fatto che la sanità sia diventata « la mammella grassa della mucca » da poter mungere, in funzione delle scelte politiche che la prima Repubblica ha fatto!

Credo che oggi non si debba ridurre tutto al discorso della privatizzazione delle strutture ospedaliere. Quando penso infatti ai discorsi di qualcuno sulla privatizzazione di tutta la sanità, mi viene in mente uno qualsiasi dei telefilm americani che

guardiamo in televisione con le ambulanze che vanno a raccogliere un malato o un infortunato dopo un incidente; la prima cosa che fanno il portantino o il medico dell'ambulanza non è controllare la gravità dell'infortunato o della persona che ha subito l'incidente, ma il tipo di tessera assicurativa che ha in tasca. Se la sua tessera è di primo livello va nella migliore struttura ospedaliera, se non ha copertura assicurativa l'ambulanza preferisce essere chiamata da un'altra parte della città e va via; spesso sono costretti a ricoverare o raccogliere l'infortunato o il malato le forze di polizia o del volontariato.

Caro ministro, non possiamo arrivare ad una sanità completamente privata. Dobbiamo avere la forza e la volontà di mettere insieme una sanità pubblica ed una sanità privata che giungano ad un confronto, ad una capacità di concorrenza che mobiliti le risorse migliori per una sanità più giusta e più umana.

In questi giorni, per esempio, nel Lazio sono stati dati 18 miliardi per una struttura che ancora non esiste. Una mia interrogazione in proposito sarà presentata proprio oggi ma lei, signor ministro, conoscerà la questione. Siamo di fronte ad una struttura che ha ricevuto 18 miliardi mentre si corre il rischio che in alcune unità sanitarie locali non si possano pagare gli stipendi, che in altre strutture sanitarie, per voce del direttore amministrativo, non si sia avuta disponibilità di acquisto di filo per punti di sutura e che in altre ancora non si sia avuta la possibilità di rinnovare le lenzuola o di cambiare le divise al personale. Lei ha fatto il *blitz*, signor ministro, e si è potuto accorgere che spesso, entrando in una struttura ospedaliera pubblica, si incontrano le divise più strane, le peggiori divise a toppa. Se poi si osservano i bilanci si scopre che sono stati spesi miliardi per nuove divise, per nuove scarpe e attrezzature che il personale non ha mai ricevuto. A seguito di un qualsiasi incontro con i sindacati, confederali o autonomi che siano, potrà venire a sapere che in tutte le strutture ospedaliere il problema di fondo rimane quello delle divise del personale di tutti i livelli.

Lo stesso vale per le attrezzature. In qualsiasi struttura pubblica c'è un medico si è fatto prestare da un amico un certo macchinario o una certa attrezzatura; penso all'ospedale Grassi di Ostia, ma lo stesso vale per tanti altri ospedali della nostra città e di ogni parte d'Italia. Pensando al fatto che il numero di emergenza 118, che dovrebbe rappresentare un punto di riferimento preciso di intervento esiste, in talune regioni ma non in altre e in altre ancora ha una funzionalità inesistente, mi rendo conto che tutto il rapporto che si è creato all'interno delle strutture sanitarie è basato esclusivamente sulla capacità dei medici e degli operatori sanitari. Sono fra quanti credono fermamente — e ritengo che ciò valga per tutti in questa sede — che se le strutture sanitarie pubbliche funzionano, ciò non è dovuto agli amministratori ma a quanti vi operano e si sacrificano riuscendo a farle funzionare nel modo migliore. Nello stesso edificio di un qualsiasi ospedale, da un piano all'altro, si ha la sensazione della differenza. Laddove vi è un primario che vuole operare ed adoperarsi, che ha intenzione di fare bella figura, il reparto sembra quasi una clinica; si scende poi ad un altro reparto il cui primario non ha interesse ad agire, che forse è arrivato al massimo della carriera (non sapendo come vi è arrivato, deroghe su deroghe ed uno spezzettamento di letto dopo l'altro, è arrivato ad essere primario). Bene ha fatto, signor ministro, a denunciare la situazione del policlinico Umberto I. Su di esso sono in corso indagini della magistratura per i famosi letti d'oro che l'università percepiva dalla regione e che non esistevano. Anche questo consente di arrivare a 312 primari nella struttura del policlinico.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Sono 334.

DOMENICO GRAMAZIO. Ero rimasto ad un dato vecchio che lei ha aggiornato ulteriormente. Davanti a tutti questi dati credo che il ministro e la Commissione affari sociali della Camera debbano concentrare il massimo impegno affinché non

siano le toppe a salvare l'inefficienza di queste strutture. Senza però criminalizzare la struttura pubblica a fronte dell'efficienza di talune strutture private, che senza dubbio sono efficienti e operative, ma che tante volte riescono ad esserlo grazie al denaro che le regioni hanno stanziato nella loro direzione invece che in quella della struttura pubblica che rimane indietro.

Non occorre quindi una contrapposizione ma la volontà, espressa dal ministro e dalla maggioranza di Governo, di non mettere più toppe, di trovare una soluzione globale. Quella per esempio di una nuova riforma sanitaria nella quale si impegnino tutte le forze della maggioranza e dell'opposizione che credono nel fatto di poter dare maggiore spazio all'uomo all'interno della sanità.

SERGIO CASTELLANETA. Il collega ha affermato che a seconda del primario i reparti sono diversi. Esistono però realtà che non si possono modificare con decreti-legge ma che devono essere conosciute e vissute. Proprio il primario che tiene in ordine il reparto, siccome è uno scocciatore, perché va sempre dal direttore, chiede personale e questo o quell'altro, è preso maggiormente di mira dall'amministrazione pubblica. Non tutti dunque sono eroi. Per lo più si tratta di gente che tira acqua al proprio mulino e che quindi di fronte a un mancato impegno decide di aprire uno studio a 100 metri dall'ospedale. Sono queste le realtà che — lo ribadisco — non si modificano con un decreto-legge. È necessaria una nuova mentalità, un modo diverso di affrontare i problemi. Si tratta di fatti che non potete conoscere perché non avete vissuto in questi ambienti e che noi, che facciamo i medici, conosciamo. Ma tu non ti fidi di nessuno ...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Chi lo dice?

SERGIO CASTELLANETA. Te lo dico io. Vai da solo e fai i *blitz*. Non ti fidi perché sei vissuto in un mondo in cui fidarsi non era un gioco da bambini. Ho

visto, per esempio, che sei stato a Voltri. Se mi avessi telefonato prima – non perché voglia fare la primadonna e andare a farmi bello – ti avrei detto che a Voltri si verifica un fatto che tu non conosci, che nessuno ti ha detto e di cui io ti avrei parlato, vale a dire che la sala operatoria serve anche il reparto di chirurgia La Colletta di Arenzano, che dopo 22 anni dallo stanziamento del denaro ha finalmente decollato. Esiste lì un bel reparto di chirurgia, nuovo. Il particolare pietoso è che manca la sala operatoria per cui i chirurghi vanno ad operare i malati a Voltri e poi, in ambulanza, li portano ad Arenzano. Si tratta di cose che gridano vendetta! Ritorna, a tale proposito, il discorso già fatto da un collega relativamente al ricatto dei medici di base. Sono discorsi che, fatti da medici, avrebbero portato un tempo direttamente al consiglio di disciplina, sotto procedimento disciplinare dell'ordine, ma si tratta di cose vere. Il chirurgo di La Colletta ha accettato di operare i suoi malati a Voltri e poi di riportarli ad Arenzano. Se a qualcuno durante la notte dovessero saltare dei punti, se ci fosse una complicazione, un addome acuto – si tratta di cose che succedono e che non si possono prevedere per legge –, il medico dovrebbe trasportare il malato. Se dovesse morire, di chi sarebbe la responsabilità? Del ministro della sanità? Dell'assessore? Del medico? Del direttore sanitario? Di chi è la colpa? Ho già denunciato queste cose, e ti ho anche mandato degli esposti!

Quindi vedi che quando uno ti dice « vieni che ti porto io », è inutile che vai da solo! (*Commenti*). Da solo ti fanno vedere quello che vogliono, anche se piombi alle due di notte! È meglio che fai una cosa mirata. Ti ho anche consigliato: la notte riposa, di giorno sei più sveglio... (*Si ride*). Io ti porto: ma devi fidarti. Se non ti fidi non c'è niente da fare!

Sarebbe poi importante che tu facessi di fronte a tutti una specie di dichiarazione: prometto di fermarmi al Ministero della sanità fino a che non cade il Governo oppure fino a che non mi cacciano... Il motivo è che noi non possiamo andare avanti con ministri che si alternano uno

dopo l'altro. Noi siamo venuti nel '22 ed abbiamo trovato De Lorenzo ... (*Commenti*).

ALESSANDRA MUSSOLINI. Nel '22 non c'era De Lorenzo!

SERGIO CASTELLANETA. Benissimo: mi sono sbagliato. Volevo dire che quando noi siamo entrati in Parlamento, nel 1992, il ministro della sanità era De Lorenzo: poi – successo quello che è successo – si sono avvicendati prima il ministro Costa per due mesi e poi il ministro Garavaglia. Oggi è di nuovo in carica il ministro Costa. Non è possibile! Si tratta di persone estranee all'ambiente! Si parla tanto della superiorità dei politici rispetto ai tecnici: ma la sanità è un mondo particolare. Quando sei entrato nel meccanismo, hai capito la differenza fra un ospedale e un *night*, ... (*Si ride*); una volta che hai compreso la differenza fra il medico ospedaliero, il medico ambulatoriale convenzionato, quello sul territorio, ti offrono un ministero più importante, te ne vai e ci lasci in braghe di tela! Viene un altro al tuo posto, facciamo un'altra audizione (sai quante ne abbiamo fatte?)...

Un altro consiglio, allora, veramente fuori da ogni polemica: quando affrontiamo i problemi di un settore così complesso, un'audizione o anche una relazione del ministro non possono che essere superficiali, dispersive. Occorre selezionare « i tronchi » dei problemi, bisogna andare ad affrontare le questioni più urgenti, più impellenti (settore ospedaliero, medicina di base...). Si deve parlare volta per volta di singoli argomenti: finiamola con i discorsi come « il malato deve essere centrale », « il medico deve essere centrale ». Qui di centrale non c'è più niente! È tutto marginale!

Credo in sostanza che queste audizioni potrebbero essere veramente utili ed importanti se fossero maggiormente finalizzate.

Cambiando argomento, vorrei notare che appena « partito » Berlusconi tu sei stato nominato ministro e hai fatto una serie di uscite (o interpretazioni di usci-

te...). Mi domando a chi giovino. Arrivi al ministero e cominci a sparare sui medici che si portano i malati negli studi; dici che vorresti vedere le strutture sanitarie funzionare ventiquattro ore su ventiquattro. Ebbene, questi discorsi te li ha concessi la classe medica, perché dal punto di vista politico e sindacale fa schifo. In un altro paese dichiarazioni del genere avrebbero sollevato un tale caos che se tu non avessi dovuto dare le dimissioni, poco comunque ci sarebbe mancato!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Vorrei dirti amichevolmente: oppure qualcuno aveva la coscienza sporca...

SERGIO CASTELLANETA. Certo! Chi ti parla in questo modo del sistema sindacale medico è un presidente nell'ambito dell'ordine dei medici. È un sistema che fa schifo! È corrotto! Lo dico con le lacrime agli occhi — anche se non si vede —, ma le cose stanno così!

Il fatto è che non puoi rilasciare simili dichiarazioni, perché ad aver indirizzato il medico verso il settore privato è stata proprio la struttura pubblica, cioè l'amministrazione pubblica. Non ha mai privilegiato chi era a tempo pieno: l'espressione « *intra moenia* » non è un termine osceno, ma è un'ipotesi prevista anche dalla legge n. 833. Si tratta della possibilità di svolgere la libera professione anche all'interno della struttura pubblica: non è mai stata applicata, anche se — come ho detto — era prevista dalla stessa legge n. 833.

Parliamoci chiaro, allora: dal punto di vista economico non è mai stato dato uno sfogo a coloro che dicevano « io voglio operare solo in ospedale ». Era una bufala! Speriamo che non lo sia ancora sotto la tua amministrazione. In seguito, se non avrò tediato coloro che stanno ascoltando, parlerò anche di questo.

Il fatto è che l'amministrazione pubblica ha espulso proprio quei medici che avevano intenzione di lavorare all'interno: li ha costretti ad andare fuori, ad aprirsi lo studio, a dirottare i pazienti nelle strutture private. Del resto, quando l'ECOTOM non funziona perché l'amministratore non te lo

ripara, anche se bisogna avere una certa dose di faccia tosta — ma la maggioranza delle persone se l'è fatta venire —, si finisce per segnalare ai pazienti la possibilità di usufruire di determinate prestazioni nella struttura privata (« non so quando le potrò fare quest'esame qui nella struttura pubblica, ma venga nel privato. Ci vediamo oggi pomeriggio alle cinque... »). Questo quadro, insomma, è stato favorito dalla cattiva gestione e dalla cattiva amministrazione.

Dici, inoltre: « Vorrei vedere le strutture lavorare fino alle 17 ». In molti paesi civili le strutture funzionano ventiquattro ore su ventiquattro, ma non puoi pretendere gratuitamente, perché devi aumentare il personale, devi rafforzare le strutture e devi, in definitiva, spendere di più. Ma con la legge finanziaria 1994 si è stabilito di bloccare dal 1° gennaio le spese per la sanità. Non è un modo di risparmiare: non fai altro che dare alibi ai mascalzoni nostri colleghi per farsi gli affari loro! Se blocchi i fondi ed il *turnover*, queste persone si trovano senza personale e senza attrezzatura. Finiscono per dire « basta » e se ne vanno da qualche altra parte.

Aggiungo che l'alternativa pubblico-privato non sarebbe in sé sbagliata se avessimo di qua il pubblico al 100 per cento e di là il privato al 100 per cento. Ma il fatto è che oggi il medico non molla la struttura pubblica! Vuole restare dentro, perché è una garanzia per lavorare nel privato! Quindi, innanzi tutto devi assicurare il servizio pubblico come si deve, in modo da non dare alibi a nessuno; in secondo luogo, non si possono fare quelle « sparate », perché a fronte dei medici che si portano il malato nello studio privato c'è tanta gente che lavora negli ospedali seriamente. Ripeto: quelli dotati di maggior senso di responsabilità sono proprio coloro che non godono delle simpatie della pubblica amministrazione, perché si scontrano con i vertici, chiedono i materiali, pretendono che le cose funzionino...

Ideologicamente possiamo essere d'accordo sull'impostazione del problema riguardante l'attività libero-professionale in-

tra moenia, ma bisogna definire maggiormente i particolari. Per esempio, se mi parli di libera professione e poi stabilisci le tariffe, allora non è così libera. Tuttavia una tariffa va indicata; ed, una volta specificata, bisogna dire quanto va all'amministrazione e quanto entra nelle tasche del medico. Poi bisogna prevedere le linee della regolamentazione: per esempio, se qualcuno entra in ospedale per un intervento di appendicectomia, prevede un ricovero di una settimana e valuta una spesa di 3 milioni per l'intervento e 3 milioni per la degenza. Cosa succede in caso di complicanze? Sono ipotesi che si verificano spesso: il malato viene portato in rianimazione oppure viene trasferito in un altro reparto. Ma chi paga? Rientra sempre nell'ambito dell'attività libero-professionale oppure se ne fa carico l'ospedale? Sono aspetti che vanno specificati: non si può parlare così, in generale.

Un altro problema riguarda gli ambulatori sul territorio. La medicina pubblica ha lamentato il fatto che gli ospedali erano diventati l'imbuto della sanità, ma d'altra parte non ha mai potenziato gli ambulatori sul territorio. Cosa fare? Così come sono adesso non possono essere mantenuti. Quando si dice che gli specialisti ambulatoriali finiranno, si capisce subito che l'amministrazione per gli ambulatori non vuole spendere neanche una lira. Se volete un'alternativa alla medicina ospedaliera, per spendere meno, non potete fare ambulatori come quelli di oggi, con due sedie, una scrivania, un lettino. È un ambulatorio? No. Un ambulatorio deve essere attrezzato con Ecotom, Ecocardio e con tutte le strutture necessarie: altrimenti non serve a niente. Una visita e basta. Poi si va a finire in un ospedale. Io, che faccio il medico vascolare, non ho mai visto un doppler — che è stato introdotto vent'anni fa — nella struttura pubblica nella quale lavoravo: se fosse per l'ambulatorio io non saprei neanche che cos'è un doppler (l'ho visto fuori, ma nella struttura pubblica non c'era!).

Bisogna essere chiari: se gli ambulatori non li vogliamo, facciamo delle convenzioni con quelli esterni. È una scelta di cui mi prendo la responsabilità, ma non si può

rimanere nell'incertezza, per cui gli ambulatoriali che ci sono attualmente vengono mantenuti: che cos'è, il cimitero degli elefanti?

Vi è poi la questione degli ospedali con 120 letti. Anche in questo caso occorre fare chiarezza: è ovvio che nel paesino dove chiudi l'ospedale con 100 letti ti mostrano i denti e scoppiano *bagarre* micidiali alimentate dalle opposizioni del momento; da questo punto di vista sono stato un campione, ho cavalcato tutte le battaglie, perché non vi era chiarezza da parte dell'amministrazione. Se si fa chiarezza, sono disposto ad andare nel paese a dire che non si può tenere aperto un'ospedale con 80 o 90 letti, perché è dispersivo, non offre assistenza e nel contempo costa molti soldi. Però, a quel paesino — che in Liguria potrebbe essere Recco o Arenzano, che avevano un'ospedale, o meglio delle infermerie che con la legge Mariotti sono diventate degli ospedali, che non superavano i 120 letti — dobbiamo dargli qualcosa in cambio. Allora, responsabilmente, da persone serie dobbiamo togliere sì l'ospedale da 120 letti che non fornisce alcuna assistenza, ma in cambio dobbiamo offrire un sistema ambulatoriale con i controficiocchi, con tutte le specializzazioni e le apparecchiature necessarie, ma senza il ricovero. Allora il cittadino può anche avere fiducia in un'amministrazione di questo tipo e può comprendere che sia più economico chiudere l'ospedale. A tale proposito, se vuoi fare un *blitz* nella Riviera di levante, che è ridente, vieni a Rapallo e Santa Margherita, passando per andare al Covo (che è un locale della zona) vedrai che a Rapallo c'è un'ospedale che non supera i 100 letti, in cui c'è il pronto soccorso ma — guarda caso, particolare pietoso — non c'è la sala operatoria né il chirurgo né un anestesista rianimatore. E, nel caso venisse qualcuno che ha bisogno di maggiore assistenza, c'è l'ospedale di Santa Margherita, nel quale c'è la chirurgia, la ginecologia ma non la sala operatoria. In casi del genere non occorrono decreti-legge, ci vuole un po' di serietà e di buona volontà. Se vuoi, vai lì con una squadra di picchiatori (te la organizzo io)

guardi, verifichi che ciò che dico è vero e diamo un sacco di botte all'assessore alla sanità e al direttore sanitario che consente queste cose. Infatti, dovrebbe esserci la possibilità di intervenire disciplinarmente. Se il ragioniere amministratore della USL non sa che differenza passi tra un pronto soccorso e un ospedale del genere che ho descritto, possiamo anche farglielo passare; ma che un medico laureato in medicina, specialista in igiene e servizi ospedalieri consenta una porcata di questo tipo, come presidente dell'ordine dei medici apro un procedimento disciplinare a suo carico.

GIACOMO BAIAMONTE. Porcherie fatte volontariamente!

SERGIO CASTELLANETA. Per quanto riguarda la prevenzione, essa poggia sui pilastri posti dalla legge n. 833. Era una questione di carattere ideologico ed aveva un risvolto sul piano pratico. Poiché, però, non abbiamo la possibilità di dare assistenza ai malati, neanche a parlarne di prevenzione! L'unica prevenzione nel nostro paese, per chi crede in Dio, è pregare. Questa è l'unica prevenzione che ci possiamo permettere.

Quando vuoi venire a Rapallo...! Poi andiamo al *Covo*, offro io!

PRESIDENTE. I richiami non sono serviti: in questo caso, è il ministro che ha fatto l'audizione alla Commissione, e non viceversa!

Restano ancora quattro iscritti a parlare e la replica, mentre il ministro alle ore 17 deve recarsi in altra sede. Oltre tutto dobbiamo andare in Assemblea a votare.

D'altra parte, come la *Divina Commedia* viene trasmessa a puntate, anche la nostra audizione avrà un seguito in altra seduta.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità.* Avrei voluto rispondere all'onorevole Barbieri, non perché nei suoi confronti vi sia un particolare privilegio; inoltre non

voglio prevaricare nessuno, considerato che debbono intervenire altri quattro commissari.

La discussione è stata ricca ed effervescente, ma sul problema generale, cioè quello relativo alla sostanziale riforma complessiva del sistema, quando mi è stata posta la domanda anche in termini ultimativi: vuoi fare una nuova riforma, una nuova sanità? Ho scosso il capo e confermo che non mi sento assolutamente all'altezza, se non attraverso il Parlamento che deve elaborare una nuova legge in materia, di intervenire in maniera drastica e definitiva.

Debbo dire che le doglianze di oggi sono state tali e tante da scoraggiarmi; francamente, almeno per qualche ora, resterò scoraggiato. Mi ha confortato l'intervento pessimista ma con qualche venatura di ottimismo rispetto al futuro, dell'onorevole Castellaneta.

Risponderò alle domande nella prossima seduta, dopo che intervorranno gli altri quattro commissari. D'altra parte, dovendo avere un incontro con i sindacati prima della riunione del Consiglio dei ministri, non vorrei arrivare troppo in ritardo.

Non aggiungo altro, per il momento, e accolgo l'invito espresso in maniera simpatica dal collega Castellaneta, di andare a Rapallo. Me lo marco e magari ci andiamo insieme...

PRESIDENTE. Il seguito dell'audizione è rinviato alla seduta di mercoledì 20 luglio 1994, alle ore 15.

La seduta termina alle 17.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 21.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

ALLEGATO

(intervento dell'onorevole Valiante)

PAGINA BIANCA

ANTONIO VALIANTE. È condivisibile la scelta enunciata di una maggiore autonomia regionale nelle scelte gestionali della sanità, con la verifica dei risultati conseguiti in riferimento alle garanzie generali da definirsi a livello nazionale. La stessa suddivisione delle risorse per « quote capitarie » è corretta a condizione che vi sia un discorso a parte per le spese di investimento per garantire un reale riequilibrio delle strutture sull'intero territorio nazionale.

A fronte di queste enunciazioni di carattere generale non si comprende poi la volontà di meticolose scelte organizzative che, rientrando totalmente nella organizzazione della gestione, non sono lasciate alla autonomia regionale.

Del tutto incomprensibile la proposta della maggioranza di reclutare i direttori generali delle USL per concorso. È un meccanismo che modifica la figura ed i compiti del direttore generale e snatura la figura giuridica della USL.

Se alla USL restano attribuiti compiti di programmazione, non si può discostarli da valutazioni connesse alla discrezionalità amministrativa e, quindi, alla valutazione politica. La scelta del concorso riduce tutto ad un funzionario in più per ciascuna USL, limitando così anche i poteri di autonomia regionale enunciata.

Per il modello di programmazione al Governo centrale andrebbero riservate le linee di indirizzo generale e di garanzia che, successivamente, le singole regioni dovrebbero articolare sul proprio territorio.

Si riscontra, inoltre, una carenza di scelta nel confine tra pubblico e privato e sulla garanzia di poter usufruire di analoghe occasioni di assistenza da parte di tutti i cittadini, comunque dislocati sul territorio.

La stessa scelta di sopravvivenza di piccoli ospedali non è collegata alle esigenze territoriali, ma solamente a motivi economicistici.

Tutte le altre valutazioni sono condizionate dal nodo principale che è la definizione chiara della sfera di competenza tra regioni e Governo centrale.