

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 5)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 20 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 **VASCO GIANNOTTI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sulle linee programmatiche del suo dicastero:		Liuzzi Francesco Paolo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	84, 101
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	83, 105	Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	88, 105
Giannotti Vasco, <i>Presidente</i>	86, 93	Palumbo Giuseppe (gruppo forza Italia)	90
Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	83, 103	Rinaldi Alfonsina (gruppo progressisti-federativo)	85
Blanco Angelo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	92	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	86, 103
Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i> ...	93, 96, 97 100, 101, 103, 105	Torre Vincenzo (gruppo progressisti-federativo)	89
Devetag Flavio (gruppo lega nord)	96, 97		
Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale-MSI)	96, 100, 103		

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,40.

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.

Proseguiamo nella serie degli interventi iniziati nella seduta del 13 luglio scorso. Avverto che, in vista di votazioni qualificate in Assemblea e al fine di lasciare al ministro il tempo per la replica, in sede di ufficio di presidenza si è convenuto di limitare la durata degli interventi a cinque minuti.

VINCENZO BASILE. Il ministro della sanità ha evidentemente impostato la sua relazione in modo da non prescindere dagli obblighi che gli derivano dalle leggi vigenti. Un ministro della Repubblica più di ogni altro cittadino deve infatti valutare, le leggi esistenti e in base ad esse agire.

In ordine all'impostazione dei flussi di spesa e dei flussi finanziari nel settore sanitario, riteniamo che essi dovranno comunque garantire a tutti i cittadini, compresi quelli meno abbienti, il diritto di accedere alle strutture sanitarie pubbliche. Questo è un principio fondamentale sul quale il gruppo di alleanza nazionale-MSI non è assolutamente disposto a transigere.

La ospedalità pubblica e il convenzionamento della medicina generale, così come ha ribadito il ministro, rappresentano dei punti fermi di riqualificazione. A chi ha bisogno ma non ha le possibilità economi-

che dobbiamo dare la possibilità di curarsi, alla stessa stregua di chi può avvalersi dell'assistenza delle strutture private.

Occorre poi differenziare i flussi di spesa per le regioni che hanno necessità di raggiungere l'uniformità assistenziale, mentre l'attuale flusso di spesa generalizzato non garantisce l'uniformità dell'assistenza pubblica in tutte le regioni. Su questo punto sono più regionalista dei vari Bossi o Miglio, e ritengo assolutamente necessaria l'uniformità dell'assistenza pubblica nelle varie regioni, comprese dunque quelle con meno strutture pubbliche. Questo è un altro punto da tener presente nella valutazione dei flussi finanziari.

Vi sono poi i problemi della convenzione della medicina generale, e dei limiti di spesa. Per la verità, il ministro ha appena accennato a tali questioni allorché ha sottolineato l'importanza dei parametri di attività del medico di medicina generale, sganciati dalla quota fissa. Signor ministro, le chiediamo di valutare attentamente questa posizione che, anche se è bella e avveniristica, ci pone tuttavia degli interrogativi sulla quantificazione della spesa dell'intero settore sanitario.

Relativamente ai progetti obiettivi della sanità italiana per quanto riguarda la lotta all'AIDS, la situazione della psichiatria e delle tossicodipendenze, c'è la possibilità di dare un segnale di cambiamento radicale. Ciò vale, in particolare, per l'assistenza degli ammalati di AIDS in ambito sia ospedaliero sia extraospedaliero.

Verso tali settori si sono registrati flussi finanziari enormi. Chiediamo al ministro che i suoi uffici ci rendano conto di come questi soldi siano stati investiti e quali risultati pratici si siano ottenuti sulla delimitazione del fenomeno AIDS in Italia.

Dobbiamo rendercene conto se vogliamo effettivamente dare, in futuro, dei segnali concreti e seri nella lotta a certe malattie.

Riteniamo altresì che sia compito essenziale di un movimento politico evidenziare dei punti fermi, quale per esempio quello della salvaguardia dello Stato sociale per i soggetti più deboli ed economicamente più bisognosi. Sul diritto alla salute il gruppo di alleanza nazionale è assolutamente fermo e convinto che non sia possibile alcuna banalizzazione, al di fuori di ogni logica che non preveda la possibilità del diritto alla salute per tutti i cittadini. In proposito pare che il ministro abbia intenzione di modificare le fasce che attualmente sono esentate dal pagamento dei ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie. Non sta scritto da nessuna parte, infatti, che le persone con più di sessant'anni di età o che i bambini di età inferiore ai dieci anni versino in condizioni di bisogno così, come da nessuna parte sta scritto che tutti coloro che hanno più di sessant'anni di età siano ammalati o che lo siano coloro che hanno meno di dieci anni di età. Questa norma va assolutamente cancellata, perché non garantisce le scelte fondamentali di uno Stato di diritto, cioè la possibilità per tutti i cittadini di curarsi nello stesso modo.

Quindi, auspichiamo un potenziamento delle strutture pubbliche nella prospettiva di dare sia al pubblico sia al privato la possibilità di esistere sul territorio, di essere comunque competitivi e di offrire a coloro che non possono accedere alle strutture private di potersi rivolgere ad un servizio pubblico efficiente.

FRANCESCO PAOLO LIUZZI. Signor ministro, condivido pienamente le considerazioni dell'onorevole Basile, che ha posto dei paletti. Mi limiterò, pertanto, a chiedere alcune precisazioni, non prima di aver sottolineato un'apparente contraddizione nella sua relazione. La prima parte, condivisibile e di largo respiro, tende a delineare i modi in cui risanare, nell'ambito del possibile, il mondo fallimentare della sanità; la seconda contiene una critica documentata delle inadempienze delle

regioni, ritenendo queste ultime quasi il *primum movens* della degenerazione del sistema o della mancata attuazione in periferia delle norme ministeriali, tanto da far sorgere la domanda se lo stato attuale della sanità non sia scaturito dall'errore di demandare a competenze locali l'attuazione di delicate fasi economiche, organizzative ed operative. L'apparente contraddizione tra le due parti meriterebbe di essere chiarita e puntualizzata. Comunque, restando nell'ambito dei cinque minuti che il presidente ci ha invitato a rispettare, mi limiterò a chiedere un chiarimento sui correttivi e sulle nuove linee di tendenza delineate dal ministro.

Un primo orientamento del Governo è quello di superare il pagamento a *forfait*, sicuramente con riferimento alle strutture ospedaliere. Vorrei che il ministro chiarisse se tale superamento debba avvenire anche per la medicina di base, se cioè si intenda reintrodurre la notula o qualcosa di molto simile. Il ministro ha parlato anche del superamento delle convenzioni sia nelle strutture ospedaliere sia per la medicina specialistica, ferma restando questa forma solo per i medici di base e le farmacie; a tale proposito vorrei un chiarimento su alcuni aspetti specifici: ad esempio, la pediatria di base è da intendersi convenzionabile, trattandosi di un medico di base, o non convenzionabile, trattandosi di uno specialista di base?

Sulla base di questi orientamenti, viene ipotizzato l'ingresso nel sistema di soggetti nuovi e liberi, che dovrebbero attivare una concorrenza con il settore pubblico e che dovrebbero essere liberamente scelti dai cittadini; questi soggetti dovrebbero essere retribuiti sulla base di una notula presentata alla regione. Tale sistema è da intendersi solo sul piano della ospedalità ovvero anche su quello della medicina di base? In quest'ultimo caso, forse avremmo trovato il correttivo per dare possibilità di lavoro a trentamila giovani medici che attualmente non fanno la guardia medica e non possono essere convenzionati; dunque, si tratterebbe di un'ipotesi utile perché risolverebbe il problema creato dal vecchio sistema sanitario, che ha mortificato ed

avvilito in uno sterile e dequalificante precariato, ovvero ha lasciato disoccupata un'intera generazione di giovani medici.

Il nuovo sistema può andare a regime solo sulla base di due presupposti: che il servizio pubblico sia in grado di reggere effettivamente la concorrenza con il privato, altrimenti rischieremmo proprio quanto temuto dall'onorevole Basile, e che venga fissata, con nuovi criteri, anche la convenzione dei medici di base.

Concludendo, il ministro dovrebbe chiarire come realizzare il nuovo sistema salvaguardando le esigenze sociali. Forse attraverso le regioni? Con quali risorse? Una prima risposta può essere data forse proprio compiendo una scelta per ciò che riguarda il ticket basato sulle fasce d'età, una stortura inconcepibile sul piano logico e sociale.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE VASCO GIANNOTTI

ALFONSINA RINALDI. Il ministro Costa ha illustrato le linee fondamentali e gli obiettivi che il Governo intende perseguire per la sanità ed ha parlato dell'esigenza di migliorare la qualità delle prestazioni, nonché di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi ed alle strutture sanitarie. Ritengo che questi siano senz'altro obiettivi da perseguire.

Negli interventi svolti dai colleghi, anche appartenenti a forze di maggioranza che sostengono il Governo, non sono mancate richieste rispetto ad obiettivi illustrati dal ministro che anch'io ho trovato carenti. Mi riferisco, ad esempio, al tema dell'educazione sanitaria, a quello della prevenzione ed a quello del riconoscimento del ruolo degli operatori sanitari oltre che dei medici. Mi interessa però, rispetto agli obiettivi indicati dal ministro, porre una domanda su come e con quali mezzi egli intenda perseguirli. Tale chiarimento è necessario per capire se quanto enunciato dal ministro sia, nella migliore delle ipotesi, un elenco di buone intenzioni che non riescono a diventare realtà ovvero, nella peggiore delle ipotesi, un elenco propagan-

distico dietro il quale si potrebbe mascherare un ulteriore deterioramento del sistema sanitario pubblico. Pertanto ribadisco la domanda al ministro su come intenda perseguire gli obiettivi illustrati e, soprattutto, per mezzo di quali risorse.

Desidero quindi porre alcune domande specifiche. Il ministro ha affermato che tra le linee fondamentali del cambiamento vi sono i rapporti tra Stato e regioni ed ha riconosciuto alla regione un ambito di maggiore autonomia in materia sanitaria, affermando che il modello organizzativo degli enti sanitari dovrebbe essere aziendale; nelle note il ministro afferma di voler perseguire una conduzione monocratica tecnica. Se così è, come si conciliano queste affermazioni con il decreto sull'organizzazione delle USL, che il ministro ha presentato e che è stato emendato dalla Commissione secondo una linea completamente diversa? Non mi dica il ministro, come ha fatto nel corso della precedente audizione, che gli emendamenti sono del Parlamento: il decreto è stato emendato dalla maggioranza che sostiene questo Governo. Ho visto oggi, in sede di Comitato dei nove (anche per questo le rivolgo la domanda), alcuni emendamenti interessanti, che sembrano aprire la strada verso nuove soluzioni. Le chiedo se sia d'accordo sull'ipotesi di abolire l'albo nazionale e di non nominare i direttori generali per concorso, perché questo sarebbe un modo per vanificare l'aziendalizzazione che lei sostiene essere un obiettivo prioritario.

Quanto alla seconda domanda, sempre a proposito della maggiore autonomia delle regioni, lei afferma, signor ministro, che i disavanzi pregressi sono valutabili tra i 17 e i 18 mila miliardi e che la loro copertura (così è scritto nelle note che ci ha consegnato) va ricondotta nell'ambito dell'autonomia regionale. Che cosa intende, signor ministro, con questa affermazione, che è molto secca ma anche molto precisa? Lei sa bene che se questi debiti fossero posti a totale carico delle regioni, salterebbero non solo i bilanci della sanità ma anche quelli di molte regioni. Le chiedo, quindi, di precisare questo aspetto.

Inoltre, fra le linee fondamentali di cambiamento, lei cita il modello di erogazione. Il collega Bogi le ha già chiesto di precisare questa parte ed anch'io ritengo che nel modello di erogazione debba essere chiarita quella che mi associo nel definire come un'ambiguità: lei afferma di voler creare un sistema di soggetti pubblici e privati, che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale, scelti liberamente dal cittadino assistito. Non viene tuttavia precisato — ed è questo che le chiedo — se l'ingresso di erogatori privati sia libero oppure se le regioni, sulla base del controllo di qualità e della programmazione sanitaria, decidano quanti e quali privati entrino nel sistema sanitario al quale il cittadino può attingere liberamente.

Credo che questo sia un punto importante da precisare, signor ministro, visto che lei ha affermato, in numerose dichiarazioni rese alla stampa, di voler rendere efficiente il sistema pubblico, perché solo questo consentirebbe una reale competizione del privato mentre, come le è stato giustamente ricordato, la legge attuale prevede solo una presenza integrativa dei privati.

Con riferimento a questo aspetto, lei intende modificare o confermare la legge vigente? Non ritiene, altresì, che l'apertura completa ai privati, senza un elemento di scelta prioritaria del pubblico, produrrebbe, nel giro di pochi anni, un sistema pubblico residuale, che non offrirebbe alcuna garanzia circa il diritto dei cittadini alla salute e nello stesso tempo comporterebbe, in termini economici, un costo molto più alto per il paese?

Quanto alle risorse, ricordo che a settembre la Corte costituzionale si pronuncerà sull'ammissibilità di alcuni referendum, uno dei quali è volto ad introdurre la volontarietà dei versamenti dei contributi sanitari. Se tale referendum si svolgesse e se prevalessse questa tesi, verrebbe scardinato l'impianto di risorse sul quale si regge il sistema sanitario pubblico nel nostro paese. Quale posizione il Governo e il ministro intendono assumere su questo referendum?

Inoltre, visto che in Italia il costo del lavoro è elevato a causa dell'onere dei contributi per la sanità, cosa pensa, signor ministro, dell'ipotesi di abolire gli stessi contributi sanitari, di prevedere l'opzione sanità sul fisco e di anticipare il federalismo fiscale nel campo della sanità, indicato come priorità nel suo programma di Governo?

Infine, tra le dichiarazioni che lei ha reso alla stampa vi sono alcune anticipazioni sulla manovra economica di quest'anno: lei parla di riduzione degli sprechi (questo è giusto) e sulle strutture ospedaliere obsolete indica un obiettivo: secondo quanto affermano i giornali, si tratterebbe della chiusura di una parte delle strutture, della riconversione pubblica per un'altra parte e dell'affidamento ai privati per un'altra ancora. Le chiedo di precisare che cosa intenda al riguardo. Da parte mia, ritengo che dovrebbe essere indicato un criterio secco di riconversione, per far sì che dalle parole si passi ai fatti.

Con riferimento alla questione delle prestazioni specialistiche, considerate le proposte avanzate (sarebbero quelle di passare da 100 a 50 mila lire e da sessanta a sessantacinque anni come forma di compensazione, sempre secondo quanto affermano i giornali), le chiedo perché, signor ministro, anziché continuare a selezionare i cittadini, non pensi a selezionare le prestazioni, rendendo quelle essenziali gratuite e quelle non essenziali a parziale carico del cittadino.

In conclusione, desidero soffermarmi su una curiosità: i giornali di oggi affermano che è stato reiterato il decreto-legge sulle 85 mila lire del medico di famiglia e che il nuovo decreto non comprenderebbe alcuna copertura finanziaria, neppure quella che il gruppo dei progressisti, di cui faccio parte, ha fortemente criticato perché non credibile. Le chiedo di fornirci chiarimenti al riguardo.

PRESIDENTE. Raccomando ai colleghi di mantenersi nel limite di tempo di cinque minuti che è stato stabilito.

ANTONIO SAIA. Anche se i cinque minuti non ci consentono di esprimere

tutto quello che vorremmo dire, cercherò di fare il massimo sforzo al riguardo.

Nel suo intervento, signor ministro, ho colto certamente della buona volontà e d'altra parte sono convinto che chiunque si occupa di sanità, anche in questa Commissione, lo faccia in assoluta buona fede e con grande buona volontà. Ritengo anzi che tutti, con un po' di onestà e di rigore nei nostri comportamenti, potremmo fare qualcosa di meglio; abbiamo certamente idee diverse, che però vanno messe a confronto.

Mi sembra comunque che nel suo intervento, signor ministro, in cui sono state dette molte cose, alcune delle quali mi sento di condividere, manchi un disegno strategico complessivo circa il modo in cui cambiare e riportare sulla giusta strada la sanità in Italia. Dobbiamo partire dalla necessità di migliorare l'assistenza e contemporaneamente ridurre le spese, anche se — su questo aspetto occorre fare attenzione — la spesa sanitaria nel nostro paese complessivamente non è alta e non è neppure vero che essa sia dequalificata. Rispetto al bilancio dello Stato, la quota di spesa sanitaria in Italia non è certamente superiore ma è anzi inferiore alla media europea e nonostante ciò riusciamo a garantire a tutti un minimo di assistenza, anche se sappiamo, sulla base di tanti esempi, che questi soldi vengono spesi male, dal momento che si sono verificati i fatti che conosciamo.

Occorre allora — sono d'accordo con chi l'ha sostenuto nella precedente seduta — rilanciare la riforma sanitaria che è stata attuata anni fa, per riempirla effettivamente dei contenuti che essa aveva, partendo dai presupposti che erano alla base di quella riforma. Ciò che è stato sbagliato è il modo in cui tale riforma è stata gestita in questi anni (l'abbiamo constatato tutti).

È necessario, pertanto, riprendere gli aspetti fondamentali che erano contenuti nella riforma, in primo luogo l'esigenza di porre al centro dell'assistenza la medicina nel territorio, la prevenzione e la riabilitazione, perché è in questo campo che si rende ai cittadini il servizio migliore ed è lì che si realizzano i risparmi.

La voragine di spesa — lo sappiamo tutti — si verifica negli ospedali, nelle cure, nella prescrizione continua di farmaci e di esami spesso inutili, che non comportano alcun beneficio e determinano un saccheggio delle casse dello Stato.

Occorre allora prevedere molta prevenzione, riabilitazione e medicina nel territorio, ma anche — mi si consenta — molta assistenza nello stesso territorio: è necessario che i malati siano posti nella condizione di essere curati in casa. In Francia, per esempio, i malati di AIDS subiscono soltanto pochissimi giorni di ricovero ospedaliero, perché vi sono *équipe* di medici e paramedici che possono assisterli in casa. Su questo vorrei che il ministro mi rispondesse: quale strategia intende seguire per invertire la rotta della sanità nel nostro paese?

Gli ospedali devono certamente esistere, vanno potenziati e messi in condizione di funzionare; non mi limiterei neanche a considerare il numero dei ricoveri o dei posti letto ma, con riferimento agli ospedali, valuterei quali siano le effettive necessità territoriali, decidendo, senza generalizzazioni, quali ospedali vadano potenziati, anche se si rendessero necessarie scelte cruente e vi fossero ospedali da tagliare. A mio avviso, la strategia della sanità in Italia nei prossimi anni dovrebbe essere rivolta in questa direzione, ma certamente il meccanismo che si è instaurato nel nostro paese non consente di agire con molta facilità in tal senso.

È un cane che si morde la coda perché, non essendoci soldi, non si fa prevenzione e neanche riabilitazione, che è anch'essa fonte di ulteriore spesa; spesso si confonde la riabilitazione con la fisioterapia, altra voragine di spesa e non si riesce a risolvere il problema. Credo che vi sia un punto nodale che consentirebbe di interrompere il giro vizioso tra l'impossibilità di erogare assistenza, prevenzione e riabilitazione nel territorio e l'impossibilità di ridurre le spese nel settore ospedaliero: lo snodo fondamentale, signor ministro, credo che sia un'immediata e reale attivazione dei distretti, i quali devono diventare i centri attraverso cui erogare la medicina territo-

riale, dove avviene l'incontro fra il medico di base, il medico di guardia e quello ospedaliero. Bisogna, cioè, guardare al distretto come al punto attraverso il quale viene filtrata non solo la cura del paziente ma anche la prevenzione, l'assistenza domiciliare e via dicendo.

I distretti in Italia non funzionano, ed è lì, signor ministro, che le chiedo di intervenire. Certo, per fare questo occorrono investimenti. Al pari dell'avvocato Agnelli che se voleva rilanciare la FIAT doveva fare investimenti per inventare qualcosa di nuovo, se si vuole realizzare la medicina del territorio, che a lungo termine consentirà anche dei risparmi, occorre rendersi conto che vanno promossi investimenti in questo senso.

MARIA CELESTE NARDINI. Certamente la relazione del ministro, pur essendo di carattere tecnico, non può non contenere un giudizio politico ed una visione della politica sanitaria. Intendo porre in risalto in quest'audizione che le cose sono cambiate a mio giudizio in maniera irreversibile: in sostanza abbiamo cancellato la legge n. 833 senza discutere e senza vagliare adeguatamente i pregi ed i limiti di quella riforma. Anche altri colleghi si sono chiesti che fine farà la legge n. 833 poiché, di fatto, nel nuovo assetto sanitario che si va prefigurando gran parte di tale legge è destinata ad essere eliminata. Viene cancellata, per esempio, la prevenzione, che rappresentava la filosofia di fondo della legge di riforma sanitaria, secondo la quale era lo Stato a tutelare la salute dei cittadini, mentre ora la salvaguardia è affidata al mercato.

Provengo da una regione, la Puglia, in cui ho visto esaltato molto di più il ruolo del privato rispetto a quello del pubblico: poiché sono consapevole dei danni sia dell'uno sia dell'altro, ritengo che si debba privilegiare il settore pubblico perché non è stato mai messo in condizione di operare veramente. Non so come si possa far funzionare un servizio come il SERT soltanto con uno o due operatori (ma di questo parleremo in seguito). La questione fondamentale è, a mio avviso, la volontà di

deprivare completamente le ragioni che animavano la riforma sanitaria; se dovessi dire quale sia la filosofia di fondo dell'attuale politica sanitaria, direi che si tratta, *grosso modo*, di una politica improntata al risparmio ed alla cura.

Poiché il tempo a mia disposizione non me lo consente, non mi soffermerò sui flussi finanziari, che pur costituiscono un aspetto assai interessante. Anche in passato il disavanzo era programmato ed il Governo dava per scontato come non vi fosse equità fra la proposta di flussi finanziari e la disponibilità delle regioni. Pensiamo, per esempio, all'adeguamento dei contratti di lavoro: quando mai è stata prevista tale spesa? Stiamo pagando gli sperperi e i danni causati da una cattiva gestione della sanità basandoci su una filosofia del tutto diversa.

Signor ministro, vorrei rivolgerle brevemente alcune domande: che fine farà, per esempio, il progetto materno-infantile? Inoltre, si sente dire in giro che lei è per l'abolizione dei manicomi e per la creazione di reparti di 30-40 posti (minimanicomi, peraltro): che cosa pensa in proposito? Ricordo che nella scorsa legislatura fu istituita la consulta sulla psichiatria: pensiamo che l'80 per cento delle spese è destinato ai manicomi e che solo il 20 per cento va alle strutture alternative. Infine, credo che vi siano altre strade in ordine alla questione della tossicodipendenza, di fronte alla possibilità di eliminare il passaggio dell'utente dal servizio, stabilendo invece il principio che il medico di base possa mandare il tossicodipendente direttamente in comunità.

Questo è un dibattito molto strozzato, che non consente di intervenire adeguatamente sul complesso delle tematiche; credo tuttavia che presto avremo occasione di approfondire talune questioni. Desidero comunque ribadire che il servizio pubblico va non solo sostenuto ma rafforzato, soprattutto in materie come quella della tossicodipendenza. Non è possibile pensare soltanto alle comunità, perché esistono altri sistemi per tirare fuori la gente dalla

droga: esiste anche il territorio ed è a questo proposito che dobbiamo discutere e avere delle garanzie.

Da ultimo faccio presente che in Assemblée sono state avanzate proposte inquietanti di riaprire la discussione sulla legge n. 194: vorrei che il ministro ci dicesse cosa ne pensa a proposito.

VINCENZO TORRE. Considero la sanità un servizio sociale, un servizio cioè che lo Stato deve offrire a tutti i cittadini. Se si ritiene più opportuno che il servizio sanitario nazionale non gestisca tutto in proprio, ma acquisti alcuni servizi presso le strutture convenzionate, siamo d'accordo. E siamo ancora di più d'accordo se questo consente una riduzione degli sprechi ed un risparmio di risorse che potrebbero essere utilizzate in altro modo, cioè se il servizio migliora, con l'eliminazione della gestione clientelare e la riduzione delle inefficienze e delle rendite parassitarie. Riteniamo infatti che ogni servizio sociale, come la sanità, la scuola o un'amministrazione pubblica, debba essere finalizzato all'interesse dell'utente e non all'interesse del dipendente. Ecco perché, signor ministro, se riuscirà ad individuare un meccanismo in grado di migliorare l'efficienza del servizio, dal gruppo progressistifederativo non avrà soltanto un'opposizione costruttiva, ma anche una collaborazione solidale.

Lei inoltre afferma di voler rendere concorrenziale il sistema pubblico con quello privato, anche se ciò in una prima fase comporterà naturalmente dei costi aggiuntivi, pur in presenza di vincoli normativi i quali renderanno il primo sempre meno concorrenziale rispetto al secondo. Mi riferisco, per esempio, alla libertà gestionale, che nel privato consente di modulare l'esistenza e la consistenza delle strutture in relazione alla richiesta, nonché di acquistare beni e servizi senza i meccanismi vincolanti delle gare d'appalto; mi riferisco inoltre all'autonomia professionale che, per esempio, è un requisito di tutti i lavoratori del settore privato, mentre in quello pubblico addirittura non esiste. Non esiste nemmeno nell'istituto

dell'attività privata *intra moenia* in costanza di ricovero, dove comunque la gestione dell'ammalato per quanto riguarda diagnosi e terapia è sempre affidata ad un unico medico del reparto. Si crea il caso stranissimo per cui un medico nella sua attività presso una clinica privata è in grado di prendere decisioni su diagnosi e terapia, ma di fronte allo stesso ammalato ricoverato in una struttura pubblica, nella sua attività professionale *intra moenia*, deve rimettere la sua autonomia professionale a quella di un altro collega, anche se ha vent'anni di anzianità, due specializzazioni, un'idoneità a primario e via dicendo. Quindi, un corretto rapporto medico-paziente, che è alla base di qualunque rapporto in medicina, viene reso possibile soltanto al paziente che paga in una struttura privata, mentre non lo è nel sistema pubblico.

Vorrei offrire alla sua lodevole attività di controllore, signor ministro, un primo spunto: venga a verificare, per esempio in Campania, tutta una serie di situazioni per cui medici occupano posizioni apicali, da anni o addirittura da decenni, senza aver mai effettuato un concorso.

Abbiamo parlato di libertà gestionale e di autonomia professionale, ma anche la modalità di retribuzione è un fattore che rende notevole la differenza tra gestione pubblica e privata. Nella struttura privata convenzionata ciascuno è retribuito a seconda delle prestazioni, che offre; ciò non avviene nella struttura pubblica, perché la retribuzione relativa alle prestazioni va a vantaggio di tutto l'ospedale, creando sprequazioni fra i vari reparti della stessa struttura e fra i vari operatori del medesimo reparto.

Nella sua relazione mi è sembrato di cogliere un riferimento a future modifiche in ordine alla normativa contrattuale, che dovrebbero legare la retribuzione del medico ospedaliero alla produttività individuale; forse ho capito male ma, trattandosi di una questione delicata, vorrei che lei ci ragguagliasse su questo punto.

Un ultimo spunto che offro alla sua lodevole attività di controllore è relativo alle strutture della convenzione societaria,

che è un fenomeno estremamente rilevante nel meridione. Tale convenzione è discutibile (e probabilmente illegale) perché interviene non con un medico che eroga una prestazione ma con una società convenzionata con il sistema sanitario, ed è negoziabile, ereditaria (in quanto può passare di padre in figlio, nominando via via dei direttori) e naturalmente incontrollabile, perché sappiamo che dietro a tali società potrebbero esserci medici ospedalieri, funzionari della USL e della regione o politici, o tutti questi insieme. Temo che queste strutture, già esistenti nel meridione e dotate di bilanci di centinaia o migliaia di miliardi, saranno le prime ad essere accreditate presso la regione come erogatori di assistenza, ed io non vorrei che il sud esportasse nel resto d'Italia questo strano sistema, questa « cosca », questa casta di privilegiati, e che il sistema venisse servito su un piatto d'argento alle categorie che ho menzionato e da esse gestito.

GIUSEPPE PALUMBO. Signor presidente, signor ministro, onorevoli colleghi, la relazione del ministro ha offerto una vasta panoramica dell'esistente sanità e le linee guida per la sua razionalizzazione.

Nel merito ritengo di dover esprimere un sicuro apprezzamento per le scelte complessive, tuttavia giudico degni di approfondimento alcuni aspetti della relazione che, a mio avviso, vanno meglio specificati e precisati.

Per quanto riguarda le funzioni di assistenza ospedaliera, gli obiettivi di raggiungere livelli uniformi di assistenza, di definire regole uniformi in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, di prevedere l'azzeramento o la riduzione della mobilità ospedaliera interregionale e la riduzione del ricorso alle strutture ospedaliere estere, passano tutti attraverso il miglioramento strutturale, tecnologico, professionale e alberghiero dei nostri ospedali.

La situazione esistente mostra come le nostre strutture abbiano un buon grado di funzionalità e di apprezzamento nel nord del paese e un minor grado di adeguatezza al sud. Eppure, il sistema di finanziamento

di nuovi ospedali o di radicale sistemazione degli esistenti attraverso meccanismi di finanziamento del Governo centrale, sta conducendo all'apprezzabile risultato di rinnovare, quasi a tappeto, le strutture ospedaliere del sud. Esse, però, come rilevato dal ministro, soffrono di tutto quell'universo di incidenti che possono avvenire nel percorso di costruzione di un'opera, con l'aggiunta di qualche intoppo, assolutamente inspiegabile e facilmente mobile: mi riferisco ai due ospedali catanesi Nuovo Garibaldi di Nesima e Nuovo Vittorio Emanuele di Librino, ancora non completati.

Per il primo risulta bloccato, di fatto, il finanziamento per il completamento della struttura, già in avanzata fase di lavori, di circa 60 miliardi. La regione si dibatte nel dilemma se anche tali lavori siano compresi nell'originario appalto, ovvero se occorra procedere a nuova gara, mentre ritarda la richiesta di assunzione del mutuo, già concesso dal CIPE con delibera del febbraio scorso. Il secondo, nuovo OVE di Librino, è pronto per essere consegnato, ma il comune ha intenzione di modificare l'area su cui deve essere costruito.

Nell'uno e nell'altro caso si impongono provvedimenti risolutivi immediati.

Per quanto riguarda poi la gestione degli ospedali nuovi, problema che in generale nel paese ritarda l'attivazione delle nuove strutture, dobbiamo rilevare come alla progettazione strutturale dei presidi ospedalieri non si accompagna mai la correlata progettazione delle modalità gestionali.

Le attrezzature tecnologiche vanno acquistate in tempi ben precisi tra l'esecuzione e l'ultimazione dei lavori, non alla fine, quando gli ospedali restano chiusi per la loro mancanza.

Ma vi è, altresì, da considerare che alla sanità pubblica non è concesso, per divieto normativo, l'approvvigionamento di apparecchiature ed impianti in utilizzo di contratti tipici alternativi alla compravendita, quale appunto il comodato, che largo impiego trova nella sanità privata. Anzi, tale forma contrattuale è perseguita dalla magistratura, che peraltro ne riconosce l'in-

sostituibile funzione, allorché procede al sequestro di attrezzature in comodato, in capo all'ospedale che lo utilizza con ampia facoltà d'uso. Ciò è assurdo, se si considera che il comodato consente di disporre di apparecchiature con costo iniziale zero (la spesa è annuale solo per i reattivi o gli altri materiali di utilizzo), permette un rapido e facile rinnovo e l'eliminazione della manutenzione, che resta a carico della ditta comodante.

In ogni caso, proprio in rapporto all'ingente accertamento di residui passivi in conto capitale, cui si riferisce il ministro nella sua relazione, devono essere applicati anche alla sanità pubblica principi di acquisto che obbediscano al sistema del *marketing* privato piuttosto che a quello inutile, lungo, costoso e nient'affatto garantista (come Tangentopoli ha dimostrato) del ricorso alle norme di contabilità di Stato.

Ancora, proprio per quanto riguarda i servizi alberghieri (pulizia e manutenzione dei locali, attrezzature, servizio vitto, lingerie, lavanderia), occorre affidarsi all'appalto privatistico: fin troppe volte il paziente ha apprezzamento per le prestazioni sanitarie dei nostri ospedali pubblici, cui non corrisponde un sufficiente *comfort* ospedaliero, per cui viene preferita la struttura privata.

Senza il miglioramento delle strutture e del *comfort* alberghiero non si vede come possa essere efficacemente introdotto il sistema dei paganti in proprio, tanto caro al ministro Costa.

L'affidamento dei servizi in gestione ai privati, solo a mezzo di dimostrare la disattivazione dei servizi alberghieri interni e la riduzione del personale addetto, come indicato dal ministro, è una chimera. Più realistico è prevedere la riconversione o la mobilità del personale non necessario.

In tutto il settore degli acquisti di beni e servizi va subito introdotto il sistema del *marketing* privato, ponendo come sole garanzie di obiettività e di onestà la determinazione di prezzi di riferimento, la centralizzazione per provincia (non certo per regione) degli acquisti stessi e la responsabilizzazione degli operatori e dell'ammi-

nistratore attraverso la verifica del rapporto costo-beneficio.

I livelli uniformi di assistenza, infine, devono finalmente operare l'adeguata dotazione organica e delle professionalità degli operatori sanitari nei presidi ospedalieri, in rapporto al numero dei posti-letto e delle funzioni svolte dall'ospedale. Solo così è realizzabile l'intento del ministro di rendere i bacini ospedalieri esaustivi della domanda di assistenza a livello regionale e statale.

Per quanto riguarda la chiusura degli ospedali che abbiano una dotazione organica al di sotto dei 120 posti-letto, occorre considerare che l'inerzia delle regioni affonda le sue effettive ragioni nella vivace, forte opposizione dei comuni. Sul mantenimento di tali ospedali, anche precari e con prestazioni che assomigliano più all'assistenza medico-generica che a quella ospedaliera, si sono affermate recentemente le nuove parti politiche e amministratori locali.

Per vincere siffatte strumentali resistenze, sempre foraggiate dagli operatori sanitari locali, ho una precisa proposta: stabilito il costo *standard* attuale della giornata di degenza, è possibile mantenere in vita l'ospedale con meno di 120 posti-letto se la spesa esuberante lo *standard* viene assunta a carico del bilancio del comune, senza che ciò comporti, ovviamente, oneri aggiuntivi per lo Stato e la regione. Si responsabilizzano in tal modo comuni e cittadini e, a quelli che vogliono mantenere la gestione costosa di un ospedale paesano, gli sia consentito.

Alla disattivazione degli ospedali non deve poi corrispondere una manovra di loro « riconversione » tale da vanificare, con espedienti assistenziali artificiosi e inutili, il programmato risparmio di spesa.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di base e specialistica, il sistema di pagamento a prestazione, che si prevede di introdurre a partire dal 1° gennaio 1995, elimina ovviamente l'ingiusto e costoso pagamento a *forfait*, che remunera le persone e le istituzioni convenzionate a prescindere dal lavoro e dalle prestazioni effettivamente erogate.

Il ministro ha evidenziato che il rapporto convenzionale è mantenuto solamente per il medico di medicina generale e per la farmacia.

Il ministro dovrebbe precisare meglio come tali rapporti convenzionali, specie quello del medico di famiglia, debbano essere « adeguati alla logica dell'ancoraggio del compenso alla quantità delle prestazioni rese ». In un regime di pagamento a prestazione tale rapporto deve essere severamente controllato e disciplinato.

Infine, il regime di convenzione ha di fatto impedito l'inserimento nel mondo del lavoro dei medici neolaureati (una volta tali, oggi esistono laureati in medicina disoccupati da dieci anni e più) e l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base in forma non certamente concorrenziale, piuttosto monopolizzata dai titolari di convenzione. Se a ciò si aggiunge la nuova articolazione dei ruoli della dirigenza sanitaria, da qui a breve assisteremo al generale stato di disoccupazione di tutti i neolaureati in medicina (già esistono sindacati di medici disoccupati). Essi trovano sbarrato l'accesso alle convenzioni e alla dirigenza; praticamente non possono inserirsi nel mercato del lavoro. Le scuole di specializzazione non consentono poi, al momento, di ammettere nemmeno un sufficiente numero di medici. Ritengo che per lo meno vada riaperto l'accesso dei nuovi medici alle convenzioni e al primo livello della dirigenza.

ANGELO BLANCO. Signor ministro, sarò molto breve anche per recuperare il maggior tempo occupato da altri.

Vorrei soffermarmi sulle due dichiarazioni programmatiche, perché mi pare siano da valutare attentamente, piuttosto che sfoderare le durlindane e brandirle in modo da colpire tutti i settori della sanità.

In effetti uno degli aspetti più difficili — e lei, ministro, lo sostiene nelle linee programmatiche — è il controllo della qualità dell'assistenza; è un tema molto delicato e a me meridionale sembra prioritario. Oltre a non esservi omogeneità tra nord e sud nell'erogazione del servizio principalmente in termini di qualità, non

vi è omogeneità neanche tra regioni vicine, tra province della stessa regione ed addirittura fra comuni della stessa provincia. Se per avventura l'assessore regionale alla sanità appartiene ad una certa provincia o è di un determinato paese, saranno sicuramente privilegiati quella provincia o quel paese rispetto ad altri creando, così come è avvenuto ad esempio in Sicilia le cosiddette cattedrali nel deserto che non hanno fatto altro che gonfiare sulla carta il numero dei posti letto a scapito dell'intera provincia.

Occorre, poi, considerare l'inerzia della burocrazia locale; se lei, ministro, facesse, così come è abituato a fare, qualche *blitz* per controllare la burocrazia, sicuramente si renderebbe conto che non tutti occupano posti cui hanno diritto. Le dirò di più: le azioni di forza per conquistare certi posti di potere hanno tamponato se non addirittura impedito la copertura delle piante organiche, l'occupazione dei posti stessi da parte di persone più qualificate e con i titoli richiesti dalle leggi. La burocrazia non è pertanto in grado, in termini qualitativi e — diciamo pure — quantitativi, di soddisfare le esigenze esistenti.

Con il mio intervento desidero essere di stimolo affinché non vi sia più inerzia da parte del Governo centrale; è necessario garantire pari opportunità, prestazioni sanitarie omogenee in tutte le regioni. Anche lei, signor ministro, spesso si richiama alla qualità dell'assistenza prestata ai cittadini, intendendo riferirsi a tutti i cittadini italiani. Le posso assicurare che gli abitanti del sud non godono della stessa assistenza sanitaria degli altri. Non dico che essi vanno privilegiati, ma semplicemente che deve essere prestata attenzione nei loro confronti. Ministro, si accorgerà (sicuramente ne è a conoscenza) che da un punto di vista qualitativo tali cittadini non hanno un'adeguata assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda il rapporto Stato-regioni, è vero, a mio giudizio, che con le nuove leggi si è dato un eccessivo potere alle regioni. Penso che sia un'invocazione che parte specialmente dal sud quella di far ricorso al Governo centrale affinché si adoperi nel controllo della qualità dell'as-

sistenza. Soltanto l'esecutivo con atti di forza — se vuole li chiami pure in questo modo — può costringere le regioni ad erogare un'assistenza sanitaria decente, comunque migliore di quella prestata.

PRESIDENTE. Si concludono, così, gli interventi. Sono stati 24, il che dimostra con quanto interesse la Commissione abbia seguito l'audizione del ministro.

Il fatto di non aver previsto altro nel nostro programma consentirà al ministro di avere il tempo di fornire risposte puntuali ed esaurienti a tutte le domande formulate. Anche questo fa parte di quella correttezza di rapporto con la Commissione alla quale il ministro Costa tiene tanto.

Do dunque la parola al ministro della sanità.

RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità. Anch'io ho notato l'ampiezza del dibattito e la sua qualità, oltre che, ovviamente, la quantità di cose dette in ben 24 interventi. Forse è un'esperienza unica, nel senso che anche in altre Commissioni, con altri incarichi, come sottosegretario o ministro, nel corso degli anni ho avuto modo di svolgere relazioni e di prendere la parola. Ma è molto raro che intervengano ben 24 colleghi commissari, e ciò mi fa piacere, al di là delle osservazioni critiche, dei consensi, degli aspetti sui quali conveniamo.

Il fatto di aver avuto molti interlocutori mi costringe ad interventi settoriali, nel senso che, dovendo rispondere a molte domande, anche se in qualche caso — ma non in moltissimi — ripetitive, eviterò di dire le stesse cose rivolgendomi a più colleghi.

Ho voluto delineare non tanto un programma di lavoro se non a breve termine, premesso che un programma di lavoro a lungo termine può essere impostato prevalentemente in sede politica quindi, a livello parlamentare, attraverso la discussione magari di una legge di riforma o la predisposizione di un disegno di legge di riforma. Ho voluto indicare lo stato della sanità riguardo non alle strutture o più

specificamente alla situazione degli ospedali, ma al suo complesso, al rapporto Stato-regioni, ai doveri dello Stato e delle regioni e alla richiesta che dobbiamo avanzare — e in molti casi abbiamo avanzato — di una maggiore consapevolezza e responsabilità da parte di tutti, a cominciare dal mondo politico, attraverso le regioni. Credo che dobbiamo pungolarle, non fosse altro per la grande responsabilità, il grande peso, il grande impegno costituzionale loro affidato. Dobbiamo, altresì, rivolgerci agli operatori, a coloro che militano nelle USL, nei distretti e soprattutto negli ospedali o nella medicina di base. L'invito che in più occasioni ho rivolto al senso di responsabilità deve riguardare anche coloro che hanno specifiche competenze in settori particolari, ad esempio nell'ambito del farmaco: penso ai produttori, ai farmacisti, ai medici per la parte ad essi relativa e anche, se mi consentite, ai cittadini.

Ho voluto fare una sorta di miniradiografia con riferimento alle cifre, che mi paiono essenziali. Dobbiamo infatti operare sulla base di determinate risorse e nell'ambito di un certo sistema: mi riferisco al fondo sanitario nazionale e alla distribuzione di carattere regionale. Abbiamo poi una legge che ci impone di fissare una quota capitaria. Oltre a tale quota disponiamo di determinate risorse indirizzate verso settori diversi, allo scopo di compensare le sperequazioni della quota capitaria, sia nel nord sia nel sud. Mi riferisco in termini geografici a due realtà diverse (come si è lamentato anche in questa sede): laddove, cioè, esiste una sanità più forte — e quindi strutture più forti — vi sono maggiori esigenze anche in termini di risorse; laddove, invece, la sanità è più debole, sono necessarie risorse non per supportare strutture più forti, ma per riequilibrare al meglio la sanità locale.

Vi sono poi i fondi che vanno agli istituti di ricerca. Abbiamo insomma un'impalcatura che si fonda su una certa strumentazione finanziaria ed è per questo che nella mia relazione ho ritenuto doveroso indicare delle cifre ed anche delle lacune. Si tratta cioè di vedere come

colmeremo le passività accumulate negli anni e dove le regioni troveranno i fondi necessari per far fronte alle lacune esistenti.

Non sono ancora in grado di dare una risposta a questo interrogativo che è molto pesante. Quella che ho realizzato è stata un'opera di semplificazione, chiudendo o invitando le regioni e le unità sanitarie locali a chiudere la situazione debitoria in qualche caso relativa ai crediti al 31 dicembre. Ciò per attuare un'operazione di trasparenza e di chiarezza, per far decollare l'attività secondo la nuova organizzazione, per promuovere nel settore una finanza pubblica purificata. Si tratta inoltre di consentire al direttore generale l'esercizio delle responsabilità terribili che ricadranno su di lui e che lo porteranno addirittura a nutrire una sorta di preoccupazione per la propria situazione patrimoniale e personale nell'ipotesi di sfondamenti, nemmeno tanto clamorosi, dei tetti.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
ROBERTO CALDEROLI

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Ho allora ritenuto di chiedere al Parlamento di ratificare il decreto sulla separazione delle contabilità e ne cito una ragione. Come servizio sanitario nazionale, come regioni e come USL disponiamo di beni e servizi che vengono acquistati annualmente. La spesa che ho rilevato (e che certamente non sarà sfuggita alla Commissione) per l'acquisto di tali beni e servizi è stata negli ultimi due anni pari a 18 mila miliardi. Questa spesa è cresciuta per molte ragioni, quali l'aumento dei servizi, la maggiore domanda, la moltiplicazione dei punti di distribuzione dei servizi stessi, ma anche a causa delle modalità con cui questi servizi vengono acquisiti. Se, infatti, un'unità sanitaria locale acquista un'attrezzatura e la paga dopo diciotto mesi, è chiaro che l'imprenditore o il commerciante che la cede tende a percepire un prezzo superiore almeno del 25-30 per cento rispetto a quello corrente al momento dell'acquisto. Se, dunque, ogni USL

od ogni ospedale procede singolarmente all'acquisto per esempio di un prodotto farmaceutico, è chiaro che quella USL o quell'ospedale finiranno complessivamente per spendere di più rispetto a quanto dovrebbero e di conseguenza crescerà anche la spesa sanitaria. In mancanza di *standard* nazionali, si riscontra che un certo prodotto, che può essere acquistato *ad libitum*, sulla base di una valutazione molto spesso soggettiva, costa per esempio a Genova mille lire, mentre a Bari 1.200 o 1.500 lire.

Ecco allora la ragione della separazione: in primo luogo con il provvedimento — che ritengo verrà esaminato ed approvato domani dal Consiglio dei ministri — si obbliga ad acquisti complessivi, quanto più possibile legati ad una pluralità di consumatori, secondo *standard* fissati dallo Stato. Il pagamento dovrà inoltre avvenire obbligatoriamente avvenire entro 90 giorni. I soggetti interessati, infatti, potranno disporre di tutte le risorse per pagare entro quel termine. Ciò comporta la previsione di una riduzione — peraltro non eclatante — dei 18 mila miliardi di spesa per beni e servizi pari al 13 per cento per il 1995, all'11 per cento per il 1996 e al 9 per cento per il 1997.

Il collega Bogi in apertura del dibattito ha formulato una serie di domande. Per quanto riguarda la quota capitaria a garanzia di livelli uniformi di assistenza, debbo dire che essa è fissata dal piano sanitario nazionale in un milione e 495 mila lire per il 1994, in un milione 532 mila lire per il 1995 ed in un milione 563 mila lire per il 1996. È attualmente in corso presso la segreteria della conferenza Stato-regioni una verifica sulla congruità delle cifre che ho citato. Al momento, i primi risultati, che riguardano pochissime regioni, fanno prevedere l'esattezza dei calcoli effettuati per la determinazione delle quote che, peraltro, potranno essere oggetto di parziale revisione.

Tra gli obiettivi del triennio 1994-1996 sono esplicitamente previsti la forte riduzione della mobilità ospedaliera interregionale (relativamente alle attività erogate dalle divisioni ospedaliere delle discipline

di base) e la riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali con le seguenti linee di tendenza: esecuzione (salvo le urgenze) entro 48 ore per le indagini di laboratorio, entro 5 giorni per la diagnostica per immagini, entro 7 giorni per le visite specialistiche e la diagnostica strumentale.

Il fondo di riequilibrio — oggetto di un'altra osservazione dell'onorevole Bogi — è previsto in una duplice direzione, come ho già detto in precedenza: nei confronti delle regioni che forniscono servizi e prestazioni eccedenti i livelli uniformi di assistenza al fine di consentire un graduale rientro; nei confronti delle regioni particolarmente svantaggiate per permettere l'innalzamento dei servizi delle strutture pubbliche.

L'entità del fondo di riequilibrio è stabilita ogni anno previa intesa con le regioni ed è rapportata anche alla capacità propria di queste ultime di rendere operante il riallineamento. Non bisogna però dimenticare la possibilità per le regioni di impiegare risorse proprie per l'erogazione di servizi, di livelli di assistenza superiori o anche per far fronte ad eventuali disavanzi di gestione delle USL e delle aziende ospedaliere.

Tra le risorse proprie delle regioni si annoverano l'aumento di contributi di propria competenza, il passaggio all'assistenza diretta, l'aumento di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

L'onorevole Bogi ed altri commissari hanno chiesto anche nella seduta odierna notizie circa la medicina di base che è un settore non toccato dal provvedimento che presenterò domani al Consiglio dei ministri, anche perché ritengo che in questo settore sia necessario in qualche misura avere prima il consenso del contraente, consenso di cui non sempre dispongo ma che, in questo caso, mi sembrava troppo importante. Non si tratta tanto di ricevere una risposta affermativa, quanto che l'argomento sia in qualche misura discusso.

La convenzione con i medici di base dovrà essere negoziata sulla base dei seguenti principi: definire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo

una quota fissa per ciascun assistito ed una quota variabile in relazione alle prestazioni definite a livello regionale e nel rispetto dei livelli di spesa programmati e concordati; assorbire i compiti di guardia medica e di medicina dei servizi con continuità assistenziale e con responsabilità sul territorio; incentivare la libertà di scelta da parte del cittadino. La nuova convenzione dovrebbe e potrebbe essere attivata a partire dal 1° gennaio 1995.

Uno degli argomenti principali su cui vi è stata una richiesta di chiarimenti e di indicazioni è quello relativo al nuovo modello di erogazione delle prestazioni, che è basato sul pagamento delle stesse mediante tariffe predeterminate fissate a livello regionale secondo criteri stabiliti in sede nazionale e validi per tutti gli erogatori, pubblici e privati. Debbo dire che ritengo possibile che le regioni entro la fine dell'anno riescano a modulare queste tariffe, anche se credo sia difficile (è stato detto anche in questa sede) che riescano compiutamente a farlo. In ogni caso ritengo anche importante prepararci, come Ministero della sanità, a predisporre tariffe che potranno in qualche misura temporaneamente essere utilizzati dalle regioni, almeno per le voci più grosse, a partire dall'inizio del 1995.

Questo modello di erogazione delle prestazioni è basato — ripeto — sul pagamento delle stesse mediante tariffe predeterminate fissate a livello regionale. Questo modello di finanziamento mira ad introdurre meccanismi di concorrenza tra i vari erogatori, tali da consentire un miglioramento del livello di efficienza complessivo. Non si può parlare in pieno di mercato (anche se si può parlare certo di ingresso nel mercato) perché mancano le regole proprie dello stesso. Come è stato rilevato in questa sede da più di un collega, infatti, nel campo della sanità, tra l'erogatore che produce e il compratore c'è un terzo elemento, cioè il cittadino che sceglie.

Per evitare di scardinare il pubblico è poi inserito il principio che vede il privato ad integrazione del pubblico servizio (si badi: non delle strutture); il che sta a significare che non tutto il privato può

erogare prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale ma solo un privato selezionato o, come dice la legge, accreditato. E l'accreditamento non scaturisce dalla discrezionalità della regione o dell'unità sanitaria locale. Per essere accreditato, si devono possedere i requisiti di struttura organizzativa prefissati a livello nazionale, si devono accettare le tariffe fissate dalla regione, ci si deve assoggettare alle verifiche di qualità predisposte. Questi e non altri sono i criteri previsti di integrazione con il servizio pubblico.

Per quello che riguarda le osservazioni che sono state formulate dall'onorevole Scoca (non la vedo in questo momento), che si preoccupava del migliore accesso alle strutture (non solo di quello teorico ma anche dell'accesso pratico), con riferimento all'ospedale Sant'Andrea di Roma, devo dire che sono sicuramente da eliminare tutte le difficoltà e gli ostacoli burocratici (e non so se ci riusciremo: forse in qualche misura), ma anche tutte le difficoltà di natura fisica, quali le strade, per le quali evidentemente devono concorrere prevalentemente gli enti e gli organismi a ciò deputati. Per quel che riguarda il problema del Sant'Andrea, ritengo di aver avuto un contributo forte dalla regione. Io ho un contenzioso permanente con la regione Lazio, ma almeno per questo credo che il risultato vi sia. Mancavano infatti 65 miliardi per definire questa grande opera, questo grande ospedale oncologico, che sarà molto apprezzato (almeno stando a quello che mi viene riferito e anche sulla base di una visita che ho potuto effettuare con alcuni tecnici). È necessario chiudere questa partita entro l'autunno del 1995. Vi assicuro infatti che quando ci sono andato mi è stato detto: « Chi mai verrà a farsi curare in questo ospedale ? »

DOMENICO GRAMAZIO. Ci sono i vincoli della sovrintendenza su tutte le strade che portano all'ospedale.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Mi auguro che veramente si possa risolvere il problema, perché si tratta di un'opera veramente rilevante che servirà

come punto di riferimento nella terapia oncologica per tutta l'Italia centrale. Mi rendo conto che non mi sono preoccupato molto di tale questione però mi sono posto il problema delle strade.

L'onorevole Devetag mi ha fatto una serie di domande, in particolare a proposito del miglioramento della qualità dei servizi. Gli strumenti per raggiungere tali obiettivi sono un efficiente modello organizzativo e una disponibilità degli operatori (il collega ha parlato di motivazione del personale). Sono i nodi effettivi ai quali va data una adeguata risposta. Gli indicatori di qualità previsti consentiranno di monitorare e misurare il grado di efficienza dell'organizzazione, mentre il nuovo contratto del personale, centrato su istituti di tipo privatistico (e per il quale il tesoro mi ha detto stamane di avere già una certa disponibilità per l'apertura delle trattative, che potrebbero riflettere le trattative più generali relative al pubblico impiego), dovrà prevedere misure incentivanti tali da motivare a diverso titolo le categorie e i singoli soggetti che vi operano. I livelli uniformi di assistenza sono peraltro modellati già da vario tempo, sia pure con carattere sperimentale, sui livelli medi praticati in regioni con una soddisfacente attività assistenziale, quali la Lombardia e il Veneto.

L'accorpamento delle USL vuole tra l'altro favorire tutti gli interventi sul territorio che richiedono ambiti più ampi, quali quelli connessi alla prevenzione collettiva. Ne consegue che non può considerarsi penalizzante per il territorio ma appunto valorizzante il territorio stesso.

E vengo alla chiusura dei piccoli ospedali. Prima di continuare debbo comunque sottolineare che l'onorevole Devetag ha avuto la bontà di paragonare il mio intervento ad una sorta di Divina commedia, dicendo che c'è dentro di tutto: inferno, paradiso, gironi...

FLAVIO DEVETAG. Ho solo ripetuto una battuta !

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Per carità ! L'ho detto con amabilità.

FLAVIO DEVETAG. Non era un paragone irriguardoso!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Non voglio lamentarmi di questo, voglio soltanto dire che questa « divina commedia » è sicuramente un Bignami della Divina commedia. Se infatti ci avessi inserito tutte le cose certamente importanti (la prevenzione, le malattie psichiche, le diverse aree valutate per quello che riguarda la riconversione degli ospedali, i medici di base ed altro) cui ha fatto riferimento, sicuramente sarei andato ben oltre la Divina commedia.

Comunque, vengo alla questione della chiusura degli ospedali. Al riguardo ritengo che il Consiglio dei ministri possa pronunciarsi presto, nella sua saggezza, con un disegno di legge. La chiusura dei piccoli ospedali si giustifica per il fatto che essi, per caratteristiche e dimensioni, sono spesso fonte di diseconomie e non forniscono garanzia né al cittadino né ai professionisti che vi operano. Va tenuto conto però di situazioni particolari, quali le zone di montagna o i luoghi turistici, nelle quali va comunque garantita l'assistenza.

Al riguardo, la proposta è questa (in proposito vari colleghi sono intervenuti, tra cui anche l'onorevole Castellaneta). Per gli ospedali per i quali la legge aveva prescritto una chiusura o una riconversione, e cioè quelli sotto i 120 letti, prevediamo una sorta di qualificazione da affidarsi alle regioni. Voglio dire che alcuni ospedali devono sopravvivere, in particolare quelli nelle aree di montagna. Per gli altri non dobbiamo lasciare alle regioni troppo spazio, ma dobbiamo lasciare una autonomia perché sono quelli cui la Costituzione fa riferimento. È inutile dire di voler fare una programmazione regionale se poi a un bel momento draconianamente ed asetticamente tagliamo tutto.

La proposta è di eliminare le strutture cui il rapporto costi benefici sia sproporzionato e in cui il tasso di occupazione nel biennio 1992-93 sia inferiore al 75 per cento, in cui i giorni di giacenza siano superiori alla media dei nove giorni, ma su questo avrei ancora qualche perplessità,

quindi non mi offendo se il Consiglio dei ministri e soprattutto il Parlamento effettueranno delle modifiche, in special modo qualora sia possibile adattare queste strutture ad altre attività. Credo di aver individuato queste altre attività prevalentemente nelle RSA.

FLAVIO DEVETAG. Le RSA hanno un costo altissimo!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. So benissimo che prendere in gestione un ospedale oggi, anche uno in buone condizioni, e tramutarlo con la bacchetta magica in RSA è impossibile, perché ci vogliono molti soldi e molto tempo. Inoltre ci vuole un'attività burocratica preliminare che oggi è paralizzata. Quindi, potranno funzionare come RSA solamente le strutture che hanno la capacità di svolgere un ruolo a metà strada tra l'attività sociale e quella sanitaria, ma con un'esenzione per cinque anni degli *standard*. Se noi chiediamo che gli *standard* siano quelli delle RSA, non possiamo assolutamente utilizzare queste strutture dal momento che si tratta di *standard* strutturali, che riguardano l'utilizzazione dei servizi, le modalità di vita delle RSA.

Voglio ancora aggiungere che questo servirà per molti versi a ridurre anche quelle lungodegenze davvero eccessive, sovente lamentate, anzi direi costantemente lamentate, presenti in molte strutture ospedaliere. Devo anche aggiungere che per quanto riguarda gli ospedali disattivati — non per cancellare completamente i residui manicomiali, perché non credo che riusciremo a cancellarli completamente, ma per assolvere ad una grande funzione migliorativa delle attuali strutture ex residui manicomiali — potremmo usare le strutture ospedaliere di oggi. Credo che non potremmo fare diversamente perché, attraverso il ricorso a tale soluzione, il risparmio sarà rilevantissimo e perché la possibilità di utilizzare il personale che oggi lavora in queste strutture — si tratta di decine di migliaia di persone — sarà rilevante attraverso l'istituto della mobilità obbligata.

Un intervento delle regioni sarà necessario nei settori in cui occorrerà effettuare dei tagli. E sarà opportuno che tale intervento sia effettuato dalle unità sanitarie locali entro due mesi dall'approvazione del disegno di legge; successivamente – nell'ipotesi che le unità sanitarie locali non lo abbiano fatto – ad esso dovrà provvedere entro trenta giorni la regione; mentre nell'ipotesi che la regione non l'abbia fatto, oltre a prevedere una sanzione di natura economica attraverso una riduzione del fondo perequativo, si potrebbe anche prevedere che a disattivare l'ospedale o a provvedere alla sua riconversione obbligatoria sia un commissario *ad acta* nominato dal Governo. È l'indicazione che devo dare e che mi pare opportuno anticipare alla Commissione, anche perché sarà sicuramente la Commissione stessa a formulare un parere definitivo sulla materia.

Sempre in risposta all'onorevole Devestag, vorrei precisare che, come è noto, l'unica convenzione mantenuta nel nuovo ordinamento è quella relativa ai medici di base. Ciò sta a significare il valore che viene attribuito a questa figura professionale. La nuova convenzione, però, è orientata ad assicurare, in primo luogo, una più ampia possibilità di scelta del medico da parte del cittadino; in secondo luogo, la previsione di livelli di spesa programmatici e, in terzo luogo, la definizione della struttura del compenso che deve prevedere una quota fissa per ciascun assistito e una quota variabile.

L'onorevole Perinei ha parlato del programma pluriennale di investimento, voluto dalla legge finanziaria del 1988, che è in atto presso le regioni, sia pure con discontinuità e comunque non in maniera uniforme. Anche dopo il 14 marzo 1989 il CIPE ha provveduto ad autorizzare altri programmi. È sicuro che non si mancherà di sollecitare gli adempimenti necessari, anzi credo questa sia una delle attività più importanti dell'esecutivo.

A proposito dei direttori generali, visto che l'onorevole Perinei ha introdotto l'argomento, mi riservo di dire qualcosa successivamente quando risponderò alle domande di altri colleghi.

Ho formulato una proposta e il Governo l'ha accolta, così come le Camere l'hanno accolta, ma questa Commissione ha ritenuto di andare oltre e domani – mi sembra – l'Assemblea si pronuncerà. Non posso che auspicare che a gennaio si abbiano degli organismi pronti a recepire le novità. Non so se si chiamerà commissario o amministratore; la legge prevede che da aprile dovrebbe chiamarsi direttore generale, anche se non so se faremo in tempo ad avere la figura del direttore generale. Francamente io me lo auguro, perché ritengo giusto che questa svolta, che è importante, anche se parziale, abbia una sorta di consensualità nel momento in cui deve decollare. La consensualità è data dai nuovi modelli organizzativi, dai nuovi moduli finanziari, da un controllo più rilevante, dalla possibilità di avere contratti di natura privatistica e quindi un rapporto più efficace e snello con i dipendenti. Essa comporta anche che chi ha la responsabilità di queste novità abbia i poteri dati dalla legge. L'obiettivo dovrebbe essere quello di arrivare alla aziendalizzazione. Vorrei evitare di dare al Parlamento delle indicazioni, tenendo conto che queste vanno nella direzione che non solo io, ma anche la mia parte politica abbiamo sempre auspicato; ad ogni modo credo che tutti vogliamo perseguire tale obiettivo. Non penso sia vero che la maggioranza non vuole l'aziendalizzazione. Il Governo sicuramente la vuole, credo che la vogliano sia le forze di maggioranza sia quelle di opposizione. Ebbene, l'aziendalizzazione ha come caposaldo la figura del direttore generale e soprattutto i compiti, le responsabilità e le attività del direttore generale. Questa è la posizione del Governo, anche se il Parlamento in questo come in tanti altri settori è evidentemente sovrano.

All'onorevole Giacco vorrei dire che alla riabilitazione viene dato sicuramente – e spero non soltanto nelle intenzioni – un posto di particolare rilievo. Nel piano sanitario nazionale 1994-96 è tra le priorità di intervento. È l'unica priorità che riguarda una specifica attività, mentre le altre attengono a caratteristiche organizzative: distretto sanitario di base, che è

stato qui richiamato soprattutto negli ultimi interventi; strutture di emergenza; sperimentazioni gestionali; sistemi di valutazione delle attività sanitarie. In attuazione delle indicazioni del piano sono state emanate il 5 aprile 1994 linee guida sugli istituti e centri per il recupero e la riabilitazione funzionale. Questa linea sarà sollecitata all'attivazione degli accordi di programma stabiliti nella legge-quadro n. 104.

L'onorevole Giacco ha anche toccato l'argomento delle RSA che ho già affrontato in precedenza. Ad esse ha fatto un riferimento esplicito quando ha parlato di alternativa alla chiusura degli ospedali: mi pare quindi che stiamo andando in una direzione omogenea.

Vorrei rilevare che non sono convinto che da parte delle regioni vi sia stato un impegno così attivo — come si doveva — nella spesa dei fondi destinati alle RSA. Proprio ieri ho avuto modo di verificare alcune decine di domande da parte dei comuni e di USL per la nascita di strutture delle RSA e ho constatato che gran parte dei finanziamenti erano fermi da alcuni anni per motivi burocratici, per mancanza di congruità della spesa o per inadeguatezza tra il progetto di massima e il progetto preliminare. Ritengo pertanto che un invito in tale senso alle regioni debba essere sicuramente rivolto.

All'onorevole Mignone vorrei dire che in talune circolari alle regioni sono state date indicazioni per l'esercizio dell'attività libero-professionale all'interno delle strutture del servizio sanitario nazionale per l'istituzione delle camere a pagamento.

Vorrei fornire in proposito alcuni chiarimenti. All'onorevole Mignone (anche l'onorevole Castellaneta è intervenuto su tale argomento), che ha sostenuto che queste attività *intra moenia* piacciono tanto al ministro, devo intanto precisare che non ne sono affatto innamorato. Io credo che questo sia prima di tutto un modo per applicare la legge, ed è inutile che facciamo le leggi se poi non le applichiamo. Una delle prime cose che ho sentito il dovere di fare insediandomi al ministero è di predisporre una circolare — anche ab-

bastanza dettagliata — e di inviarla a tutte le regioni, invitandole ad attivare ciò che la legge prevede. Vorrei inoltre osservare che andiamo nella direzione di facilitare la presenza del medico con maggiore continuità in ospedale. Occorre infine consentire al medico il rispetto del principio della meritocrazia in ospedale e magari di guadagnare un pochino di più. Mi rendo conto tuttavia delle grandi difficoltà che si incontrano nel garantire tutto questo, ma mi fa piacere che, essendomi sovvenute tali preoccupazioni, ne ho trovato riscontro da parte di molti medici presenti in quest'aula e al di fuori di essa. La preoccupazione è che si crei un'apparente — non dico vera — disparità di trattamento in un settore che non è sicuramente quello dei vagoni letto di prima o seconda classe, o quello del loggione o della poltroncina a teatro. Temo che soprattutto dove le strutture sanitarie non sono adeguate — cioè, per piani ben definiti e laddove vi è una sorta di promiscuità di stanze, ambulatori e corridoi — sarà più facile fare emergere la differenza, che sicuramente può anche non fare piacere. Tuttavia, questo tentativo andava fatto e credo che abbiamo fatto bene ad attuarlo.

All'onorevole Barbieri — al quale, peraltro, avevo già risposto brevemente nel corso del precedente incontro — vorrei dire che l'attuale cambiamento in sanità è solo parzialmente strutturale, almeno per quel che riguarda l'attuale ministro. Ho infatti trovato una situazione consolidata dal punto di vista legislativo e prima di metter mano a taluni cambiamenti importanti nella legislazione, vorrei pensarci molto, anche per non costringere il cittadino a cambiare continuamente la propria « messa in piega » di fronte alla sanità.

Nella giornata di domani formulerò alcune proposte « obbligate » in sede di Consiglio dei ministri, dove mi è stato chiesto di apportare dei tagli per alcune migliaia di miliardi. Poiché siamo in una fase di trattativa ho rilanciato con una proposta. Non illudiamoci però! Posso accogliere l'invito che viene da tutti, inclusi i parlamentari, a rendere la situazione quantitativamente più forte e quali-

tativamente migliore, ma è difficilissimo migliorare la qualità, fare più quantità e tagliare le spese! Credo che si potrebbe ottenere, mantenendo la stessa spesa, un risultato migliore, oppure si potrebbero tagliare le spese facendo diminuire un pochino la quantità. È tuttavia difficile ottenere tutti e due i risultati! Allora ho sostenuto che sarebbe giusto che a contribuire a tale manovra non siano chiamati solamente i settori della sanità e della previdenza. Mi auguro che questo mio pressante invito venga accolto (*Commenti*).

L'onorevole Barbieri mi ha fatto una richiesta importante ma anche amara: se la sente lei di fare una nuova sanità? Io gli ho risposto che le mie forze sono troppo deboli per fare una nuova sanità e che il raggiungimento di tale obiettivo in breve tempo sarebbe sicuramente sproporzionato alle mie capacità e forse anche a quelle del Governo. L'onorevole Barbieri ha poi aggiunto che io starei armeggiando un ferro vecchio. Sono convinto che vi siano molti episodi di malasanià, molte insufficienze, debolezze e lacune. Cito l'esempio che ieri per negligenza una persona è stata operata al torace, mentre doveva essere operata alla prostata. Io ho chiesto la sospensione immediata di quel chirurgo. È sicuramente possibile che si verifichino episodi del genere, che sono enormemente squalificanti: l'impegno che mettiamo tutti per una sanità migliore viene sovente depauperato agli occhi della gente in maniera improvvisa ed ingiusta da episodi come questi. Non sono però sicuro che la gente sia del tutto scontenta della sanità nel suo complesso. E ciò è avvalorato dal fatto che numerose persone — non intendo esprimere giudizi — uscendo dagli ospedali hanno invece espressioni largamente positive in particolare nei confronti degli operatori.

DOMENICO GRAMAZIO. Solo degli operatori, questa è la verità! Né delle attrezzature, né degli amministratori!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Vorrei aggiungere che se vogliamo fare una riforma più generale, più globale della sanità, credo che dovremmo lasciar

passare alcune settimane per meditare in maniera approfondita. Dico' questo perché ritengo francamente che rivoluzionare oggi la sanità sarebbe difficile; e penso che ciò spetti più che al Governo al Parlamento! Le rivoluzioni legislative le possono fare magari insieme, Governo e Parlamento, ma spettano soprattutto a quest'ultimo.

Vorrei ora fornire una serie di risposte all'onorevole Hüllweck. Innanzi tutto, la quantificazione dei livelli di assistenza effettuata per gli anni 1994, 1995 e 1996 è sotto monitoraggio in sede di conferenza Stato-regioni (*Commenti*). In questi giorni si stanno raccogliendo i primi risultati di questo lavoro; e non mancherò di informare il Parlamento al riguardo. Come ho già detto rispondendo alle considerazioni formulate dall'onorevole Bogi, è prevista una forte riduzione della mobilità ospedaliera interregionale, anche attraverso una differenziazione della compensazione per detta mobilità (è stato suggerito anche in questa sede).

Il rinnovo contrattuale per il personale dipendente, il rinnovo della convenzione per i medici di medicina generale e per i pediatri in libera scelta avverranno contestualmente (questa era una domanda che mi era stata posta da due commissari, anche oggi pomeriggio). L'auspicio che formulo è che si possano concludere questi contratti — tutti e due: vuol dire quindi che vi è un'autonomia — entro l'anno 1994.

Nel rinnovo della convenzione per la medicina di base sarà utilizzato un criterio che vuole garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme graduali di associazionismo medico; il che non vuol dire che si tratti (qualche ulteriore considerazione al riguardo la farò alla fine della mia replica) di quanto è stato stigmatizzato nell'ultimo intervento.

Sottolineo che tra le aree prioritarie di intervento vi è anche quella relativa alle strutture ed alle attività di emergenza, con l'obiettivo di realizzare nel triennio il completamento della rete dell'emergenza sanitaria su tutto il territorio nazionale. Nel corso dell'anno saranno certamente

attivate le sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 9-bis del decreto legislativo n. 502, che è stato modificato — senza prevedere l'esclusione di questa attività — dal decreto legislativo n. 517.

L'onorevole Zocchi ha dedicato gran parte del suo intervento alla politica del farmaco. Credo che in questo campo siano stati compiuti passi avanti oggettivi; ho già detto più volte che dopo le note vicende e le gravi incertezze anche legislative, ancora non del tutto dissolte, la CUF ha operato secondo scelte rigorose, scientificamente ed economicamente valide. A mio giudizio, infatti, le scelte compiute a proposito delle tre fasce di medicinali nel complesso possono essere valutate positivamente.

Mi rendo conto che molti cittadini si lamentano perché sono stati inseriti nella fascia C prodotti di cui ritengono di non poter fare a meno o che il loro medico ritiene indispensabili per loro. Sottopongo con attenzione alla CUF tutte queste lamentele, che hanno interessato ormai quasi tutti i farmaci più utilizzati della fascia C, e quasi sempre posso rispondere a questi cittadini che nella fascia A è compreso un farmaco equivalente che ha le stesse proprietà. Magari gli utenti non rimangono soddisfatti completamente, magari il medico afferma che non è la stessa cosa, ma credo che nella maggior parte dei casi questo corrisponda alla verità e vi assicuro che quando il lunedì mi reco alla presenza di questo sinedrio del farmaco riesco ad esaminare quasi tutti i casi che mi vengono sottoposti e, in genere, con risultati soddisfacenti. La CUF è comunque disponibile ad effettuare gli spostamenti che si rendessero necessari e l'ultimo decreto riguardante la materia ha messo a disposizione delle USL fondi per interventi nel settore della fascia C.

FRANCESCO PAOLO LIUZZI. La CUF è sempre la stessa o i suoi componenti sono cambiati?

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Come l'ho trovata sessanta giorni fa, così l'ho lasciata.

FLAVIO DEVETAG. Credo comunque che la CUF odi i neurologi.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Mi sono state fatte molte segnalazioni, che però hanno cozzato contro una realtà che si è rivelata diversa da come mi era stata descritta. Onorevole collega, mi faccia una segnalazione specifica e lunedì mattina provvederò direttamente a verificarla.

Sempre a proposito dei farmaci, vorrei dire che il balletto legato alla direttiva del CIPE sul prezzo medio europeo non mi ha molto convinto; debbo anche prendere atto con una certa soddisfazione che il ricorso promosso da una serie di associazioni di consumatori ha ottenuto almeno il risultato di rendere operativa la direttiva. Non sono però affatto sicuro che il prezzo medio europeo, basato sul quadrilatero Spagna, Gran Bretagna, Francia e Germania, abbia realmente una funzione calmieratrice. Sono assai più convinto che una sorta di impropria contrattazione nell'ambito della fascia A e di impropria offerta da parte dell'industria del farmaco abbiano ottenuto qualche risultato. Complessivamente non sono sicuro che l'introduzione di questo prezzo medio di riferimento abbia ottenuto il risultato sperato e pertanto domani proporrò una riduzione del 10 per cento del prezzo dei farmaci, in particolare di quelli inseriti nella fascia A che per questo motivo abbiano avuto un incremento delle vendite tale da comportare un aumento del 50 o del 100 per cento del fatturato.

L'onorevole Provera ha sottolineato in particolare la questione della centralità del medico di base e si è detto favorevole al contratto di lavoro di natura privatistica. La riduzione dei tempi di attesa, una delle questioni importanti messe in rilievo, è raggiungibile modificando l'orario di servizio — non l'orario di lavoro che dipende dal contratto — e utilizzando il personale in esubero recuperato con la chiusura o la riconversione dei piccoli ospedali. Non mi illudo, però, che attraverso una formula così semplicistica si possa arrivare ad un

nuovo orario di servizio; per raggiungere questo obiettivo è necessaria una negoziazione con i medici.

Per quanto riguarda le questioni poste dall'onorevole Colombini, rinvio all'accenno fatto poc'anzi alla libera attività professionale.

L'onorevole Lodolo D'oria ha posto la questione del medico di base. Per quanto riguarda la ricattabilità di questa figura ci sono spinte e contropinte: c'è la spinta verso una maggiore liberalizzazione della scelta, ma anche la preoccupazione che il medico sappia resistere alla tentazione della facile propaganda volta ad acquisire un rilevante numero di consensi.

Per quel che riguarda il problema dell'AIDS, voglio citare i rapporti dei Ministeri di grazia e giustizia e della sanità con gli ospedali per i detenuti affetti da AIDS. È all'attenzione della conferenza Stato-regioni l'affidamento al servizio sanitario nazionale del centro di Opera per l'assistenza ai detenuti.

All'onorevole Lumia ho già risposto. Gli obiettivi del piano sanitario nazionale riguardano in particolare il potenziamento delle attività ospedaliere erogate in termini di *day hospital*; l'attivazione, anche in via sperimentale, di interventi di assistenza ospedaliera a domicilio; il potenziamento dell'assistenza domiciliare; l'esigenza di campagne di informazione che portino la vera educazione alla salute. Argomenti relevantissimi, anche se trascurati nella relazione di base, incentrata soprattutto sugli aspetti organizzativi del piano.

L'onorevole Gramazio ha fatto una serie di affermazioni interessanti; ha citato alcuni esempi che in parte conoscevo e in parte no e in fondo ha sostenuto quello che tutti chiediamo ma che non è facile da realizzare: un riordinamento della sanità strutturale e non portato avanti per « toppe ». Vorrei però sottolineare che non esiste una vera, formale contrapposizione tra Stato e regioni in questo momento, perché anzi numerosi provvedimenti vengono adottati di intesa tra le due istituzioni. È possibile che ci sia una conflittualità, ma per ragioni politiche e non istituzionali di cui conosciamo tutti le ragioni,

che perciò è inutile ripetere. Io non voglio essere *super partes* perché sono sicuramente uomo di parte anche se con funzioni istituzionali particolari; è comunque mio dovere cercare di garantire il miglior funzionamento delle strutture e di ottenere la massima collaborazione, soprattutto considerando che sono le regioni che devono gestire la sanità. Troppo sovente, nelle sedi più diverse, si avanzano proposte di vario genere, ma quando poi le regioni si oppongono e ritengono di dover ricorrere alla Corte costituzionale, ci troviamo di fronte a sentenze che ci danno ripetutamente torto. Credo, quindi, che su questa materia sia necessario essere cauti.

Ho già richiamato in più occasioni l'intervento dell'onorevole Castellaneta; credo che abbia ragione quando afferma che se vogliamo chiudere degli ospedali dobbiamo essere convincenti: se siamo convinti possiamo andare anche armati, altrimenti sarà la popolazione ad armarsi contro di noi. In proposito credo che non solo il Governo, ma tutti quanti dovremmo essere molto attenti, poiché ci giochiamo su questo l'immagine.

Sono stato in due cittadine nelle quali si volevano smantellare due ospedali ed ho trovato un'intensità di interesse per quei piccoli ospedali che mi ha indotto a riflettere sul valore anche morale, oltre che terapeutico, di tali strutture. Dobbiamo andare avanti su questa strada ed intervenire laddove è necessario — perché non è possibile che un sindaco minacci di fare barricate per difendere l'esistenza di un ospedale con un unico degente — proprio per consentire di funzionare meglio a quelle strutture che abbiano un rapporto costo-servizio sproporzionato.

L'onorevole Castellaneta, a proposito dell'attività *intra moenia* ha affermato che la tariffa toglie la libertà e quindi impoverisce l'esperimento. Credo che la tariffa sia difficile da evitare sia perché lo richiede la legge sia perché è forse possibile trovare una graduazione che consenta di utilizzare le proprie capacità nell'ambito di una tariffa che presenti una scala variegata anche di valori.

Lo stesso onorevole Castellaneta si è poi soffermato sul problema della trasformazione, in qualche caso, di piccoli ospedali in ambulatori. Si tratta di una previsione contenuta nel disegno di legge che presenteremo domani.

L'onorevole Basile, intervenuto nella seduta odierna, si è soffermato sul problema dell'esenzione del pagamento del ticket in base a fasce di età. A tale riguardo ho formulato una proposta sulla quale si dovrà esprimere il Consiglio dei ministri e che solleverà qualche perplessità. Oggi l'esenzione dal pagamento del ticket parte dai 60 anni di età; ebbene farei partire tale esenzione dai 65 anni di età, ma contemporaneamente abbattere del 50 per cento il ticket. In altre parole, attualmente gli ultrasessantenni e i bambini di età inferiore ai 10 anni pagano fino a 100 mila lire di ticket; la mia intenzione è di ridurre il ticket a 50-60 mila lire e di ampliare la fascia della non esenzione fino a 65 anni di età.

ANTONIO SAIA. Occorre l'aggancio al reddito!

DOMENICO GRAMAZIO. Non significa niente l'età!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. In questo esercizio si cimenterà la Commissione. Non è comunque molto facile andare a toccare il reddito!

Sono d'accordo sul problema relativo all'equità di trattamento tra regione e regione.

DOMENICO GRAMAZIO. Occorrono maggiori controlli da parte dell'amministrazione.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Non è così facile. Se comunque mi arriverà qualche preciso suggerimento non avrò alcuna difficoltà a tenerne conto. (*Commenti*) Sarà un errore, però questo è previsto addirittura dall'articolo 117 della Costituzione oltreché dalla legge n. 883 e dai decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993.

Occorre poi arrivare al superamento del pagamento a *forfait* anche per quanto riguarda il piano della medicina di base. Non sono sicuro se con il nuovo contratto sarà possibile aprire effettivamente la porta a qualcuno di quei 30 mila giovani medici in attesa di lavoro. In parte probabilmente sì, perché le stesse organizzazioni sindacali, che hanno discusso su questo argomento, se ne preoccupano.

VINCENZO BASILE. Signor ministro, sullo Stato sociale non mi ha risposto?

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Non posso rispondere a tutte le domande; in ogni caso, concordo con quanto lei ha detto all'inizio del suo intervento.

Onorevole Rinaldi, penso di aver già detto quale sia il mio pensiero a proposito del decreto sulle USL, e credo pertanto di non dovermi ripetere.

Ho ritenuto opportuno mantenere l'albo nazionale anche se con dei criteri molto diversi, ma la Commissione ha operato un'altra scelta. Se il risultato del referendum scardinerà l'attuale assistenza, l'avranno voluto i cittadini italiani. Io non credo, tuttavia, che si debba essere così drammatici nel definirlo « scardinamento ». Si tratta di un referendum legittimo, il cui esito non potrò che accettare. Certo, si determineranno delle grandissime difficoltà, ma credo che le intenzioni dei proponenti il referendum e di coloro che lo voteranno siano tese a migliorare la sanità. Dunque non mi sento di negare, aprioristicamente, valore a questa iniziativa.

Per quanto riguarda il problema contributivo, ho valutato a lungo la possibilità non di passare ad una fiscalizzazione completa, che mi pareva assai difficile e tale da provocare, a breve, una serie di difficoltà rilevanti, ma ho pensato di ritoccare i contributi. Con l'ausilio di esperti ho provato a ritoccarli in diverse direzioni, incontrando ogni volta guai maggiori. Ho provato con quelli degli autonomi, dei lavoratori dipendenti (non certo per farli salire in percentuale!), dei pensionati con reddito superiore a 40 milioni di lire. Ebbene, in tutti i casi ho incontrato una

serie di difficoltà per cui ad oggi non sono in grado di proporre una modifica che sia, a mio avviso, migliorativa del sistema. Forse, più avanti, attraverso una verifica potremo ottenere qualche risultato.

L'onorevole Rinaldi ha accennato alla possibilità che gli ospedali dismessi vengano gestiti anche da privati. Nella proposta c'è questa possibilità per i privati, le società miste e il pubblico.

Ringrazio l'onorevole Saia per avermi riconosciuto almeno la buona volontà. Riconosco che manca un disegno strategico, anche se a mio avviso è già una strategia quella di migliorare l'esistente, cercando magari di rilanciare i presupposti originari della legge n. 883, che hanno dato luogo ad una serie di variazioni paurose sul tema.

Non dimentichiamoci che se oggi le USL sono così contestate un qualche motivo ci deve pure essere. Se tutti quanti hanno costruito sulle USL una impalcatura di natura politica e in qualche caso anche finanziaria, direi con diverse forze politiche, non esclusa quella cui io appartengo, è dipeso certamente da qualche motivo. Una variazione, dunque, andava probabilmente fatta, ma adesso dobbiamo cercare di « viverla », visto che per ora è stata, in gran parte, solamente annunciata.

Concordo sulla necessità di mettere in funzione i distretti proprio nel momento in cui si accorpano le USL. Tale accorpamento, infatti, è sicuramente utile in chiave politica, generale e burocratica perché dovrebbe far sì — anche se non sono sicuro che ciò possa avvenire — che molte persone vengano indirizzate ad altre attività. In tal modo, molti ausiliari che mettono i bolli sui documenti, rispondono alle telefonate, svolgono funzioni di portineria o fanno gli autisti, dovrebbero tornare alle corsie. Su tale aspetto anche domani chiederò al Consiglio dei ministri l'autorizzazione a compiere una grande verifica generale. Ci vuole però una più forte presenza funzionale e non burocratica sul territorio. Per tale motivo sono perfettamente d'accordo sulla necessità di far meglio funzionare i distretti.

Ad alcune delle osservazioni formulate dall'onorevole Nardini ho già risposto. La sua osservazione più pregnante mi è sembrata quella sulle ex strutture manicomiali. Anche in questo caso, seppure *cum grano salis*, vorrei passare alla utilizzazione delle strutture abbandonate.

Sul problema delle tossicodipendenze, informo la Commissione che sto per emanare le linee guida, le direttive, ai medici per le cure ai tossicodipendenti, che terranno conto anche di nuovi segnali culturali provenienti da più parti.

Credo di poter convenire con l'onorevole Torre sulla necessità di una concorrenza tra pubblico e privato, anche se la mia prevalente funzione di ministro è quella di far funzionare meglio il pubblico; non possiamo fare diversamente, altrimenti verrebbe meno la concorrenza con il privato.

Infine, vorrei rendervi partecipi di un'iniziativa che ho messo in cantiere qualche tempo fa, cioè l'organizzazione per il mese di settembre di due seminari, uno sui trapianti (sulla relativa organizzazione, sulla legislazione in materia, sulle emergenze e sulle eccessive influenze che vengono esercitate in questo campo) ed uno sulla dirigenza, perché vorrei capire in quale direzione occorra andare, cioè se lasciare tutto fermo o prevedere solo qualche avanzamento.

Non posso che concordare sulle considerazioni dell'onorevole Palumbo, il quale sostiene che al sud vi è una minore presenza delle strutture e quindi una maggiore necessità delle stesse. Egli ha giustamente osservato che in molti nuovi ospedali le attrezzature tecnologiche vengono usate solo dopo due o tre anni; in un recente studio pubblicato sulla rivista *ASI*, è contenuto un elenco delle strutture, rispetto alle quali viene dato il momento dell'acquisto, ovvero della donazione, e quello dell'utilizzazione: si rilevano differenze anche di due o tre anni. Credo che in proposito occorra intervenire con decisione, come è stato giustamente sottolineato in molti interventi. In particolare, vorrei dire all'onorevole Gramazio che occorre fare un ragionamento di carattere

generale, stabilendo che la regola è l'immediata entrata in funzione e che l'eccezione deve essere segnalata all'assessore o al ministro per strutture che valgono più di 300 milioni e deve essere giustificata.

L'onorevole Palumbo ha svolto una seconda interessante considerazione, relativa alla possibilità per i comuni di farsi carico delle piccole strutture ospedaliere qualora accettino di ricevere la cifra *standard* fissata a livello nazionale e di assumerne la gestione diretta. A prima vista quest'idea mi sembra intelligente; purtroppo le buone idee spesso si scontrano con la realtà: magari i comuni faranno debiti e chiederanno allo Stato di ripianarli. Comunque, si tratta di un'ipotesi sulla quale lavorare.

Ringrazio l'onorevole Blanco per aver sottolineato le grandi difficoltà per una reale definizione della qualità dell'assistenza. È su questo principio che ci giochiamo la credibilità, perché nella quantità c'è il buono ed il meno buono.

MARIA CELESTE NARDINI. Il ministro non ha risposto alla domanda sulla legge n. 194, se cioè intenda riaprire la discussione sulla disciplina in materia di interruzione di gravidanza. Abbiamo già posto il problema al ministro Guidi, il quale mi sembra che abbia risposto in senso negativo.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Mi consenta sull'argomento un periodo di riflessione.

MARIA CELESTE NARDINI. Signor ministro, può anche dirmi che non ha voglia di rispondermi, ma deve dirmelo.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Se lo dicessi, farei un'affermazione

che non corrisponde al vero. Intendo soltanto riflettere sull'argomento; nei sessantacinque giorni di attività che, le assicuro, sono stati molto intensi non ho potuto farlo, anche per una mia non specifica preparazione sull'argomento.

PRESIDENTE. Prima di concludere l'audizione, vorrei ricordare che le audizioni sono in linea di massima l'occasione per enunciare programmi e buoni principi; peraltro, su molti di essi in questa sede non si è registrata piena convergenza. Nel momento in cui le buone intenzioni si traducono in fatti, cioè nel momento in cui il Parlamento approva una legge, si rende necessaria una stretta collaborazione tra l'esecutivo ed il Parlamento. Rivolgo perciò un caldo invito al Governo perché sia presente quando le buone intenzioni diventeranno fatti, in modo che la Commissione possa lavorare avendo dinanzi a sé un valido interlocutore.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. A buon intenditor, poche parole!

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per l'interessante contributo fornito nel corso dell'audizione.

La seduta termina 17,45.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 22,15.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO