

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 3)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 NOVEMBRE 1995

*(Ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento della Camera)*AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLE REGIONI AI FINI DELL'ESAME PRELIMINARE
DEL BILANCIO A LEGISLAZIONE VIGENTE

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione di rappresentanti delle regioni:		Castellaneta Sergio (gruppo misto)	58, 59
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	55, 57, 58 59, 61, 67	Devetag Flavio (gruppo FLD)	61
Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) ...	59 61, 63, 64, 67	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	62, 63
Bissoni Giovanni, <i>Assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna</i>	56, 65, 67	Perinei Fabio (gruppo progressisti-federativo)	60
Braghetto Iles, <i>Assessore alla sanità della regione Veneto</i>	55, 57, 58, 64, 67	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	59
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	62	Toniolo Franco, <i>Rappresentante della regione Veneto</i>	56, 58

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 18,30.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Audizione di rappresentanti delle regioni, ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento, di rappresentanti delle regioni, ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.

Come i nostri ospiti sanno, il problema in esame è quello della formazione di residui passivi, un problema sul quale abbiamo già ascoltato i rappresentanti del Ministero della sanità e della Ragioneria generale dello Stato. Abbiamo voluto lo svolgimento di questa audizione per conoscere anche il punto di vista dei rappresentanti delle regioni ai quali vengono attribuite elevate responsabilità.

Sono qui presenti gli assessori alla sanità delle regioni Veneto ed Emilia-Romagna; sono stato informato che è stato elaborato un documento unitario in cui sono rappresentate le posizioni di tutte le regioni.

Do subito la parola al dottor Braghetto, assessore alla sanità della regione Veneto.

ILES BRAGHETTO, *Assessore alla sanità della regione Veneto*. Signor presidente, onorevoli deputati, interverrò molto brevemente per una serie di motivi, non ultimo il fatto che abbiamo elaborato un documento che esprime unitariamente la nostra posizione sulla questione dei debiti pregressi.

La presenza di residui passivi rende faticoso l'avvio della aziendalizzazione; a

partire, infatti, dal 1° gennaio 1995 le USL sono diventate aziende con tutte le conseguenze che ne derivano. Quindi il permanere di tale deficit grava pesantemente sull'opera di riorganizzazione, che in molte regioni sta andando avanti. Come sapete meglio di me, il nostro paese presenta una situazione a macchia di leopardo, perché alcune regioni — sicuramente il Veneto, l'Emilia-Romagna ed il Friuli-Venezia Giulia — hanno avviato un'opera di risanamento, mentre altre non hanno ancora provveduto. Comunque l'opera di razionalizzazione sta andando avanti ed alcune regioni si stanno lentamente avvicinando al pareggio di bilancio. Posso citare il caso della regione Veneto, che quest'anno chiude i propri conti con un disavanzo di 270 miliardi, mentre lo scorso anno esso ammontava a 400 miliardi e l'anno ancora precedente a 600 miliardi.

Questi sono i risultati conseguiti in tale fase, poiché la legge regionale n. 39 del 1993, riguardante la razionalizzazione dell'ente ospedaliero, è stata resa definitiva in ogni suo particolare attuativo la scorsa settimana. Ritengo pertanto che il prossimo anno compiremo un ulteriore passo avanti, ma anche le altre regioni, come ho già detto, sono avviate sulla stessa strada.

La stima compiuta oggi dalle regioni sui debiti pregressi è di 14 mila miliardi; rispetto a tale deficit sappiamo che il comportamento delle regioni non è stato sempre ineccepibile, nel senso che non hanno sempre presentato i conti regolarmente. Sappiamo peraltro che fino ad oggi a questo adempimento hanno provveduto soltanto un gruppo di regioni, ma anche le

altre stanno cercando rapidamente di regolarizzare la propria posizione. Riteniamo, infatti, che la situazione contabile delle regioni relativa al 1994 dovrebbe essere ormai abbastanza chiara.

Avevamo già proposto — per questo abbiamo accolto con favore l'intervento della Commissione — di inserire anche la situazione relativa al 1995 in questa operazione di normalizzazione; si tratta di una decisione saggia e realistica, che prende atto della realtà. A fronte di tale atto le regioni si sono impegnate comunque ad accollarsi direttamente gli eventuali debiti del 1996.

Conosciamo le obiezioni della Ragioneria generale dello Stato nei confronti della nostra situazione debitoria; al riguardo, nel documento che abbiamo predisposto, è contenuta una proposta operativa, nel senso che accettiamo l'effettuazione di un controllo severo sui conti regionali e se necessario siamo pronti a fornire ulteriori chiarimenti. Trattandosi peraltro di materia prettamente tecnica, ritengo opportuno che essa sia trattata dal dottor Toniolo, che si occupa del coordinamento nazionale.

FRANCO TONIOLO, *Rappresentante della regione Veneto*. Vorrei illustrare quanto le regioni unitariamente hanno proposto, sottoponendo all'attenzione di questa Commissione competente, l'ipotesi di un testo che recita: « Le regioni verificano entro il termine perentorio del 31 marzo 1996 la situazione complessiva delle risultanze delle gestioni di liquidazione a stralcio fino al 31 dicembre 1994 delle unità sanitarie locali, ivi compresi gli eventuali interessi passivi e moratori, attraverso una revisione straordinaria delle partite dei residui attivi... ». Non voglio addentrarmi nei particolari tecnici; sono comunque a disposizione per qualsiasi chiarimento.

L'intenzione, già espressa dall'assessore Braghetto, è inoltre quella di prevedere, anche per rispondere alla sfida — chiamiamola così — postaci a livello tecnico dalla Ragioneria generale dello Stato, un ulteriore passaggio secondo cui « la situazione dei debiti e dei crediti di cui al precedente comma prima della verifica delle regioni è

dalle medesime sottoposta al collegio dei revisori delle unità sanitarie locali competenti secondo la normativa regionale ed in carica alla data della richiesta. I predetti collegi dei revisori, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della richiesta delle regioni, provvedono ad attestare la corrispondenza dei debiti ad obbligazioni giuridicamente vincolanti, nonché a verificare la sussistenza del titolo giuridico dell'eventuale eliminazione dei residui passivi ».

In sostanza, in tema di verifica della reale consistenza dei debiti pregressi fino al 31 dicembre 1994, le regioni, prima di certificarne l'esatta corrispondenza, che peraltro è già preannunciata nelle tabelle allegate alla lettera delle regioni, chiedono che i conti siano previamente verificati dal collegio dei revisori. Come loro ben sanno, in genere il Ministero del tesoro nomina due revisori dei conti sui cinque normalmente presenti nelle USL; vi è quindi una qualificata, puntuale, articolata e diffusa presenza del Ministero del tesoro nei collegi dei revisori dei conti, che quindi sono in grado, proprio su richiesta delle regioni, di operare tutti i riscontri effettivi sulla reale consistenza dei debiti pregressi fino al 31 dicembre 1994.

Per quanto riguarda il 1995, l'assessore Braghetto ha già fornito chiarimenti; si tratterà di vedere se per tale anno sia già tecnicamente possibile operare nei termini proposti. Probabilmente limitatamente al 1995 sarà necessario prevedere un termine un po' più ampio rispetto a quello del 31 dicembre 1996, che è oggi considerato tecnicamente praticabile e perentorio per il definitivo accertamento dei debiti in questione.

GIOVANNI BISSONI, *Assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna*. Torna ripetutamente l'obiezione secondo cui le regioni chiederebbero soldi per chiudere l'arretrato ma in realtà non sarebbero in grado di stimare la portata. Le regioni non disporrebbero cioè degli strumenti per verificare se le situazioni che le riguardano siano tutte allo stesso punto e se tutte le amministrazioni regionali abbiano esattamente certificato i loro arretrati. Ebbene,

non è più sostenibile che con questa motivazione (che può anche essere valida per alcune realtà regionali) si tenga bloccato tutto, come di fatto sta succedendo. Alle regioni cominciano infatti ad arrivare le prime ingiunzioni, i primi pignoramenti, senza che abbiano la possibilità materiale di fare fronte agli impegni. Comprenderete che 18 mila miliardi sono tanti; inoltre, molto spesso si tratta di obblighi verso le piccole aziende, che forniscono i servizi al nostro sistema sanitario. Si è pertanto determinato un problema di credibilità e di sopravvivenza per alcune imprese che sono nostre fornitrici.

La nostra proposta è in grado di fare pulizia. Se esiste un problema di questo tipo, non si può guardare alle regioni nel loro insieme, ma devono essere il Ministero del tesoro ed il Ministero della sanità a controllare esattamente le situazioni. Noi facciamo una proposta che sicuramente mette il Governo in condizioni di conoscere esattamente la situazione prima di erogare i fondi. Tuttavia, ripeto, con questa questione non si può tenere in sospeso l'intero sistema sanitario nazionale. Non nascondiamo l'esistenza di problemi, ma non si può per questo bloccare la situazione.

Vorrei inoltre toccare un altro aspetto riguardante l'utilizzo dei fondi in base all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Le regioni che sono partite in tempo rispetto al primo triennio cominciano a chiudere i primi cantieri: almeno per quanto riguarda l'Emilia-Romagna ciò avverrà tra la fine di febbraio e l'inizio di marzo (ci risulta però che un'analoga situazione caratterizzi la Toscana, il Veneto ed altre realtà che hanno avviato in tempo il primo triennio). I cantieri tuttavia vengono chiusi non perché siano stati completati i lavori ma perché sono finiti i fondi del primo triennio. Le ipotesi contenute nella finanziaria e nel decreto che, se non sbaglio, è stato approvato al Senato (quello sulla velocizzazione dell'impiego delle risorse di cui all'articolo 20) portano altresì a dopo l'estate, ammesso che si proceda senza perdere tempo.

Esiste quindi la seria preoccupazione che i cantieri chiudano e rimangano chiusi per tutto il 1996, anche se ciò non riguarda ovviamente tutti gli interventi attivati, ma solo quelli avviati per primi nell'ambito del primo triennio. È una preoccupazione molto forte che esprimiamo in questa sede, ringraziando la Commissione per avercene offerta l'opportunità.

PRESIDENTE. Mi sembra che l'assessore alla regione Veneto ci abbia fornito l'indicazione che la situazione economica, a parte il pregresso, si stia normalizzando. Questo vuol dire che quanto viene stanziato attualmente per il servizio sanitario corrisponde ad un'equa valutazione e non c'è una sottostima degli stanziamenti?

ILES BRAGHETTO, Assessore alla sanità della regione Veneto. Il tema è interessante. È vero che in alcune regioni si sta arrivando lentamente, con molta fatica, ad un equilibrio finanziario. Mi diceva oggi il rappresentante della Toscana che la sua regione ha calcolato il raggiungimento del pareggio in un triennio stante questo *trend* di razionalizzazione. Ciò vale anche per il Veneto: noi pensiamo al 1997.

Ovviamente però tutto questo comporta un'opera di restrizione molto forte, che non è detto possa continuare all'infinito. Notare che in questi due anni vi è stata (e che in prospettiva vi sarà ulteriormente) capacità di ridurre lo spreco è certo positivo per il nostro lavoro ma bisogna anche verificare in concreto quale sia il prezzo del conseguimento di tale risultato. È una riflessione che in Veneto stiamo facendo e che è in corso anche in altre regioni.

Possiamo dire che i trasferimenti provenienti dal fondo sanitario siano sufficienti, purché siano considerati a parte i contratti e le convenzioni e venga rifinanziato l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per un secondo triennio, consentendo il completamento degli ospedali, necessario al proseguimento del processo di razionalizzazione. Se sussisteranno anche questi altri elementi positivi — ne ho citati tre — il trasferimento ipotizzato in finan-

ziaria (94 mila miliardi in luogo dei precedenti 90 mila) potrà considerarsi accettabile. Se invece riceveremo in merito risposte negative, il trasferimento sarà insufficiente. Se ad esempio i 700 miliardi previsti dal disegno di legge finanziaria dovessero servire oltre a rifinanziare l'articolo 20 anche a pagare i debiti ed altro, allora non basterebbero, perché ce ne vogliono mille !

PRESIDENTE. Rifacendomi alla problematica evidenziata dall'assessore alla sanità dell'Emilia-Romagna e alla questione delle difficoltà che impediscono a numerose aziende di proseguire la propria attività, nonché al tema del ritardo intercorrente tra la raccolta dei contributi e l'erogazione dei fondi, mi chiedo se sarebbe possibile raccogliere tali contributi in forma diversa in modo di farli arrivare nel giro di un mese direttamente alle casse regionali. Questa soluzione sarebbe sufficiente a risolvere le difficoltà esistenti ?

FRANCO TONIOLO, Rappresentante della regione Veneto. Bisognerebbe verificare la praticabilità tecnica dell'ipotesi di trattenere in sede regionale una quota dei contributi sanitari che, secondo le disposizioni vigenti, vengono destinati a vario titolo alle imprese.

Il tema è stato sollevato anche presso il Ministero della sanità — nell'ambito del confronto tecnico tra Stato e regioni — perché questo significherebbe cominciare ad affrontare il tema del federalismo fiscale o solidale, che ha implicazioni di carattere più generale. Gli assessori e il ministro ne hanno discusso a margine dei lavori del convegno di Caprarola. Si sta lavorando sul tema, ma oggi non siamo in grado di dire se entro un mese o due si possa tecnicamente realizzare l'obiettivo che lei poneva...

ILES BRAGHETTO, Assessore alla sanità della regione Veneto. ...obiettivo che comunque implica costi per il 1997.

FRANCO TONIOLO, Rappresentante della regione Veneto. Infatti le regioni e il ministero stanno procedendo con una se-

rie di analisi, di simulazioni per cercare di renderlo praticabile a partire dal 1° gennaio 1997.

SERGIO CASTELLANETA. Per quanto riguarda l'esperienza della Liguria, devo dire che quest'opera di razionalizzazione della spesa non marcia ad una velocità significativa, così come sarebbe giusto: molti ospedali al di sotto dei 120 posti letto devono essere chiusi e naturalmente non si procede a causa dell'opposizione delle popolazioni (a ciò contribuisce anche il fatto che ci troviamo in permanente clima elettorale).

Le regioni non possono da un lato chiedere soldi e dall'altro fare questi giochi di basso profilo politico. Ambulatori con tre medici e due o tre infermiere, che dovrebbero essere chiusi perché non servono a nessuno e comunque costano dovendosi pagare l'affitto, servono soltanto ad aumentare il deficit della regione.

Se gli assessori regionali si convincessero della necessità di procedere in un certo senso senza ricorrere a giochetti di carattere politico — dando ragione al sindaco o alla comunità montana —, allora anche noi a livello centrale avremmo la possibilità di realizzare interventi più sostenuti ed importanti a favore delle regioni. Finché nella mia regione riscontrerò l'attenzione a questi meccanismi, certamente il mio apporto a favore dell'assessore alla sanità sarà molto relativo, forse inesistente, se non addirittura volto a perseguire l'effetto contrario. Dico questo per sgombrare il campo da ogni ambiguità.

Si pone il problema della programmazione rispetto, ad esempio, alla carenza di alcuni specialisti; penso agli anestesisti (il problema investe l'intero territorio nazionale). È possibile, dopo tutti gli studi fatti in ambito ministeriale, che non si trovi mai un responsabile in seno all'assessorato (è difficilissimo parlarci, è sempre in riunione !) e che non si riesca a programmare l'acquisizione di un numero sufficiente di specialisti laddove questi sono carenti ?

Le regioni dovrebbero stare attente al loro comportamento quando affermano che il ministero dovrebbe aumentare le

borse di studio. È una giusta osservazione, ma se aspettiamo questo intervento andremo oltre il Duemila! La legge consente alle regioni e agli enti locali, purché si accollino la responsabilità economica e versino i soldi nelle casse dell'università, di istituire nuovi corsi di specializzazione; in tal modo gli anestesisti, che in Liguria sono 15, potrebbero diventare 20 o 25.

Il pagamento dei ticket non è più previsto, ma la regione Liguria, ad esempio, lo introduce per le visite mediche di pronto soccorso. Anche in questo caso si registra la tendenza ad evitare assunzioni di responsabilità politica nel momento in cui la giunta regionale afferma che il ticket deve essere pagato solo nel caso in cui il medico riscontri che il disturbo o la patologia sono tali da non consentire un'attesa di ventiquattr'ore. Questo è veramente ridicolo! Si dà al medico del pronto soccorso la responsabilità di stabilire chi deve e chi non deve pagare, per cui quest'ultimo dovrebbe interpretare il senso di disagio del cittadino, il quale si rivolge al pronto soccorso per avere un aiuto e capire se può attendere o meno ventiquattr'ore.

Ebbene, a nome dell'ordine dei medici della provincia di Genova — disposto a portare la questione in tribunale — ho dato ordine ai medici del pronto soccorso, contro questa legge della giunta regionale ligure, di far pagare le visite non seguite da ricovero a tutti i cittadini che si rivolgono alla struttura, esenzioni a parte. Bisogna che ognuno si assuma la propria responsabilità politica!

Sono lieto che qualcuno abbia parlato di contratto; gli assessori alla sanità devono infatti gestire un'azienda in cui da cinque anni il personale non « becca una lira », neanche per fronteggiare gli effetti dell'inflazione. Gli assessori dovrebbero essere fortemente preoccupati; mi chiedo infatti che resa possa dare il personale in una situazione del genere, visto che non tutti sono liberi professionisti o baroni.

Sappiamo che a Genova gli ospedali spendono cinque miliardi per assicurare l'assistenza agli extracomunitari non in regola perché clandestini o irregolari; la prefettura della mia città paga ogni anno agli

ospedali genovesi questa cifra. Vorrei sapere a quanto essa ammonti con riferimento a tutte le regioni e se il Ministero dell'interno vi faccia fronte, visto che non è a carico del sistema sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Peccato non sia presente il rappresentante della regione Liguria!

SERGIO CASTELLANETA. Non è un problema, gli dico queste cose direttamente.

GIACOMO BAIAMONTE. Sono stato sempre contrario all'introduzione dei ticket di pronto soccorso per un motivo prettamente tecnico, perché ciò significa snaturare il pronto soccorso stesso, trasformandolo in un poliambulatorio.

Se il cittadino si rivolge al pronto soccorso per un'affezione che non dovrebbe riguardare tale struttura, il medico può dirgli di rivolgersi allo specialista dell'unità sanitaria locale. Istituendo il ticket per il pronto soccorso, qualunque cittadino è invece nelle condizioni di pretendere di essere curato, pur non avendo un'affezione d'urgenza. In questo modo il pronto soccorso diventa un poliambulatorio.

Inoltre, da tale scelta discende il rischio che il magistrato possa in ogni momento contestare al medico un ritardo nella prestazione. Senza contare l'ulteriore stress al quale viene sottoposto il medico del pronto soccorso.

Occorre sì rivedere gli organici e l'organizzazione, ma istituire il ticket di pronto soccorso significa snaturare questa struttura.

ANTONIO SAIA. Voglio approfittare della presenza degli assessori regionali per sapere se, in sede di conferenza Stato-regioni, sia stata affrontata una particolare questione.

Mi rifaccio alle ultime parole del collega Baiamonte riferite all'istituzione del ticket di pronto soccorso, sulle quali concordo, per sottolineare che la mia posizione deriva da una serie di motivazioni, la prima delle quali consiste nel pericolo

che in tal modo venga ritardato l'accesso alle prestazioni mediche da parte di pazienti che potrebbero sottovalutare patologie importanti.

Desidero però introdurre anche un tema utilitaristico e strettamente economico pur rendendomi conto del fatto che per gli assessori alla sanità delle regioni Veneto ed Emilia-Romagna esso potrebbe non essere così rilevante, come lo è invece per quelli di alcune regioni meridionali e del Lazio: mi riferisco al fatto che nel sistema attuale è stato sciaguratamente consentito l'accesso alle strutture di ricovero private senza alcuna preventiva autorizzazione da parte delle USL o delle regioni. In conseguenza di ciò, un soggetto che scelga di ricoverarsi in una struttura privata convenzionata può farlo senza dover passare attraverso il pronto soccorso e senza richiedere alcuna autorizzazione, mentre un soggetto grave che scelga di ricoverarsi nella struttura pubblica potrebbe vedersi negato il posto letto ed essere così costretto a pagare la prestazione di pronto soccorso. Questo diventa un incentivo al ricovero presso strutture private convenzionate, piuttosto che presso quelle pubbliche.

Vorrei, inoltre, un giudizio da parte dei nostri ospiti sulla scelta dello Stato di lasciare libertà alle regioni circa la possibilità di istituire il ticket per il pronto soccorso. In proposito, vi sono orientamenti diversi, come quello di applicare il ticket solo nei casi in cui alla prestazione di pronto soccorso non segua il ricovero. Questa scelta ovviamente spingerà il cittadino a chiedere insistentemente il ricovero, laddove magari potrebbe utilizzare soltanto la prestazione ambulatoriale.

Sono d'accordo con il collega Castellana, il quale sostiene come non sia valida la scelta di far pagare il ticket in base all'urgenza o meno della prestazione. In questo modo si porrebbero sulle spalle del medico del pronto soccorso una competenza ed un giudizio difficilmente interpretabili.

Vorrei sapere dai nostri ospiti se abbiano affrontato il tema del pronto soccorso alla luce di queste considerazioni.

La legge finanziaria del 1995 ha sciaguratamente introdotto il principio secondo cui si accede alle strutture private convenzionate senza alcuna autorizzazione. Questo fatto va collegato alla scelta, operata con i sciaguratissimi decreti legislativi n. 502 e n. 517, del pagamento a prestazione alle strutture convenzionate, pagamento che avrebbe avuto un senso se fosse stato seguito dagli accreditamenti, creando una piccola rete di protezione rispetto alla spesa sanitaria dirottata verso le strutture private; nella situazione attuale però non vi è alcuna rete di protezione.

Mi domando, allora, quale giudizio possano dare gli assessori regionali sulla scelta contenuta nella legge finanziaria di far slittare ulteriormente di un anno — e chissà di quanti anni ancora — l'accREDITAMENTO e su quella di consentire l'accesso alle strutture private senza alcun filtro preventivo e senza autorizzazioni.

FABIO PERINEI. Ho la necessità di richiamare le vicende che abbiamo vissuto ieri sera nel corso dell'incontro con il dottor Monorchio, ragioniere generale dello Stato, per stabilire alcuni punti fondamentali. Il dottor Monorchio ieri ha sostenuto che non vi è mai stata la sottostima del fondo sanitario nazionale. Con quell'affermazione, per noi particolarmente perentoria, egli ha annullato un dibattito che si è protratto per anni a partire dal 1986 e che ha visto ministri sull'orlo di una crisi. Nello stesso tempo, ha sostenuto che vi sono stati alcuni sconfinamenti per via di illegittimità assurde. Ora questo aspetto merita una grande attenzione non per rivangare il passato, ma per fare chiarezza e per cercare qualcosa di autenticamente nuovo.

Risulta alle regioni che attualmente vi siano circa 10 mila miliardi disponibili per ripianare le varie situazioni debitorie, qualora esse fossero in grado di approntare la necessaria documentazione e di attingere ai mutui? Riterrei utile che fosse distribuita ai nostri ospiti la nota contenente le tabelle anno per anno e regione per regione (la regione Calabria, ad esempio, non ha attivato alcun mutuo per ri-

pianare i suoi debiti), anche perché, può darsi che alcune regioni non conoscano o non siano in grado di portare in superficie la loro situazione debitoria. Quali sono gli elementi che impediscono alle regioni di fruire di cospicue masse finanziarie per ripianare la propria situazione debitoria?

Il dottor Monorchio ha sostenuto che da parte di diverse regioni vi è una sorta di riluttanza a coniugare le energie operative e ad operare sinergicamente d'intesa con il ministero e con la stessa ragioneria per superare il dissesto del comparto sanitario esistente più o meno in tutte le regioni. Esiste veramente questa indisponibilità pregiudizievole a contrarre un patto di collaborazione operativa, positiva e produttiva, al fine di superare la precarietà in cui si versa? Il dottor Monorchio ha sostenuto inoltre che le regioni ritardano la chiusura degli ospedali inutili. Abbiamo discusso in questa sede cercando di capire perché le regioni abbiano delle difficoltà. In realtà, queste difficoltà, come dice il collega Castellaneta, esistono non per ragioni elettoralistiche ma per tanti altri motivi. A tale riguardo vorremmo avere dei chiarimenti. Ho delle opinioni in proposito.

Infine, io ritengo — ma chiedo un riscontro — che in Italia esistano due sanità, ossia una questione meridionale anche nella sanità nazionale. Infatti dall'esame delle tabelle emerge la condizione delle regioni del sud. Ciò che mi preme acquisire è un vostro riscontro a proposito della sottostima del fondo sanitario nazionale. Vorrei inoltre sapere se esiste la consapevolezza di ritornare su certi dibattiti e se vi sia un'iniziativa tendente ad utilizzare le risorse disponibili per ripianare i debiti.

PRESIDENTE. Mi sembra che il dottor Falcitelli abbia espresso la stessa valutazione in ordine allo stanziamento.

FLAVIO DEVETAG. Ringrazio i nostri ospiti e soprattutto i rappresentanti della mia regione che hanno confermato la qualità dell'assistenza sanitaria della regione Veneto, che continuo a considerare la migliore in Italia (*Interruzione del deputato*

Castellaneta). Tu, collega Castellaneta, hai parlato male della regione Liguria, mentre io sto parlando bene della regione Veneto!

Vorrei riprendere il discorso del pronto soccorso. Sul punto concordo con il collega Castellaneta e sono convinto che la compartecipazione almeno di alcune persone a certe attività sanitarie sia indispensabile. Nessun medico si rifiuterebbe di visitare un ammalato che si presentasse al pronto soccorso...

GIACOMO BAIAMONTE. Deontologicamente non lo farebbe mai!

FLAVIO DEVETAG. ... anche correndo dei rischi. Una volta che l'ammalato sia stato visitato, è evidente che la prestazione dovrà essere in qualche modo pagata. Ma allora perché molti pazienti si recano al pronto soccorso invece di rivolgersi al proprio medico di famiglia? Si tratta di una domanda a cui bisogna dare una risposta. Le regioni dovrebbero valutare meglio l'attività dei medici territoriali e di quelli di famiglia; infatti, o vi è una minore qualità della prestazione del medico di famiglia (credo che ciò non sia vero) oppure vi è una cattiva organizzazione delle strutture. Inviterei pertanto le regioni ad intervenire per migliorare la qualità del servizio prestato dai medici di famiglia, alleggerendo così l'attività dei medici di pronto soccorso.

Ho della razionalizzazione del settore sanitario lo stesso concetto che ho della statistica: una strana scienza in cui nulla è esatto. Se ho due polli e un mio collega nessuno, secondo la statistica ne abbiano uno a testa! Credo cioè che la razionalizzazione possa andare bene solo per ambiti molto ristretti, mentre evidentemente su ampi territori in cui le problematiche di tipo orografico, geografico, sanitario, sociale, ambientale e demografico sono diverse, un dato statistico non può essere sufficiente.

Come potremo razionalizzare la situazione di alcune province con collocazione geografica particolare, quale quella da cui provengo, Belluno, che è una provincia

montana? Tale provincia ha 200 mila abitanti, grossomodo la stessa popolazione di Mestre, che è una frazione di Venezia. Se il concetto di razionalizzazione può avere un significato per una frazione di Venezia, certamente per un territorio disperso quale è quello della provincia di Belluno esso è improprio, se non si va ad incidere sull'efficacia e sull'efficienza del servizio sanitario.

Concludo — anche se le domande sarebbero tantissime — chiedendo quali scelte operative si potevano ipotizzare per ovviare alla «coperta corta», cercando di ridurre i debiti delle regioni, chiudendo il bilancio in pareggio, ma senza penalizzare la qualità delle prestazioni. Infatti, peggiorando la qualità non miglioriamo il tessuto sociale del nostro ambiente territoriale, e ci adeguiamo semplicemente ad una situazione economica. La regione deve però tener conto della particolarità dell'attuale momento storico, in cui la nostra situazione economica deve incidere pesantemente su servizi essenziali come quelli della sanità.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Per quanto riguarda l'esperienza delle regioni, non ho molte domande da fare. Avverto la necessità di capire, in ordine alle posizioni delle stesse regioni (discorso che si ripete da quando le regioni sono state istituite), se non sia possibile che il fatto che alcune di esse rimangano indietro sia addebitabile al rapporto tra Stato e regioni. Mi spiego meglio: è certamente possibile fare valutazioni politiche e criticare con forza le passate gestioni, mi chiedo tuttavia se, trattandosi di un insieme di regioni che applicano una certa legislazione, una differenza così marcata tra regioni come l'Emilia e il Veneto ed altre del sud, con storie così diverse, non possa essere legata alla mancata attuazione dei veri compiti della sanità.

Voglio dire che per anni ho visto finanziare i servizi sociali attraverso fondi della sanità; nella regione in cui risiedo ciò ha rappresentato un miglioramento della qualità generale della vita. Per anni ho finanziato le comunità per tossicodipen-

denti con i fondi della sanità; Ciò costituisce sicuramente una risposta positiva a quel tipo di emarginazione e di problemi.

Quello che vorrei capire è chi dovrà adesso sostenere l'onere della spesa sociale. Si ha infatti l'impressione che la qualità dell'assistenza, una volta uscita dallo stretto controllo della sanità regionale, sia peggiorata. Personalmente non sono d'accordo con certe ipotesi: quando si dimostra — come è stato fatto ieri in questa sede — che mutui per migliaia di miliardi non sono stati accesi dalle regioni, allora non è possibile penalizzare i servizi sanitari o sociali soltanto perché non si riescono ad attivare i finanziamenti. Allo stesso modo, non è possibile modificare la qualità dell'assistenza in presenza di un mutamento dei soggetti che gestiscono il settore. In pratica, quando i servizi sociali vengono gestiti dalla regione attraverso i fondi della sanità la risposta è positiva, mentre quando la competenza passa ai comuni la qualità dell'assistenza decade.

VALERIO MIGNONE. Penso che le regioni debbano essere ascoltate sulle proprie esigenze, ma credo anche che i parlamentari debbano avanzare proposte alle stesse regioni nell'interesse generale della collettività; si tratta, magari, di determinare linee-guida affinché l'assistenza sanitaria possa essere uniforme su tutto il territorio nazionale.

Si è parlato del problema delle convenzioni. Almeno i più anziani di noi possono ricordare — facendo un *excursus* storico — che le convenzioni furono pienamente riconosciute dai medici provinciali prima dell'entrata in vigore delle regioni: venivano convenzionate strutture che non avevano i requisiti essenziali per praticare l'attività sanitaria. Successivamente numerose regioni — al nord, al centro ed al sud — hanno stipulato convenzioni con strutture private, anche nel caso in cui queste non fossero dotate dei servizi essenziali.

Cosa potrà accadere allora in prospettiva? Forse ciò che è stato paventato pochi minuti fa dal collega Saia, cioè che le strutture pubbliche siano ignorate dai pazienti. È giusto che i pazienti abbiano la

facoltà di scegliere liberamente i centri nei quali ricoverarsi, ma il rischio è che le strutture pubbliche perdano il confronto con quelle private.

L'auspicio è che le regioni intervengano con maggiore austerità e rigore per controllare le strutture private sotto il profilo dei requisiti minimi indispensabili per poter riconoscere il loro accreditamento. È un fatto importante: è questo che — da parlamentare — mi sento di suggerire alle regioni.

Si tratta — lo ripeto — di evitare che la struttura pubblica venga ad essere annullata nel confronto con quella privata anche sul piano finanziario.

In verità è con una certa amarezza che ho ascoltato altre argomentazioni. È vero che in questa sede dobbiamo spogliarci del nostro ruolo professionale, ma è anche vero che ognuno di noi ha scelto di far parte della Commissione che si occupa di sanità — la Commissione affari sociali — proprio a partire dalla competenza maturata nel settore.

Ho sentito le dichiarazioni di un presidente dell'ordine dei medici a proposito dell'assistenza agli extracomunitari; credo che ogni medico debba curare il paziente indipendentemente dal colore della pelle, dalla religione, dal censo. Oggi non possiamo sollecitare le regioni ad attuare discriminazioni o pregiudizi nell'assistenza agli extracomunitari, con riferimento a coloro che ancora non sono in regola con il permesso di soggiorno nel nostro paese.

Per quanto riguarda il problema dell'abuso nell'utilizzo del pronto soccorso, sarebbe utile conoscere i dati di accesso nelle regioni in cui è stata attuata la politica distrettuale sanitaria. Personalmente credo che nelle regioni in cui la sanità sul territorio avrà una propria realizzazione sarà contenuto anche l'accesso al pronto soccorso: cadrebbe così ogni discussione sui ticket. In proposito mi sento di chiedere alle regioni il loro impegno affinché la politica distrettuale sanitaria sia finalmente attuata e non rimanga soltanto uno sterile enunciato nelle diverse proposte avanzate in tutte le regioni italiane. Si parla tanto di distretto, ma non si fa nulla

per attivare questo strumento. Da ciò discende il mio suggerimento agli assessori regionali.

GIACOMO BAIAMONTE. Vorrei ricollegarmi a quanto ha sostenuto il collega Devetag: gli assessori regionali dovrebbero senz'altro poter rivedere i rapporti tra medici di famiglia, medici convenzionati ed ammalati.

Prima di entrare in Parlamento dirigevo l'area di emergenza del Policlinico universitario di Palermo; all'epoca, mi accordai con l'allora assessore alla sanità della regione, Borrometi, per la creazione di libretti guida indirizzati ai cittadini. In sostanza il cittadino avrebbe dovuto sapere, per grandi linee, quali fossero le strutture sanitarie idonee alla cura di una determinata affezione in ogni zona della regione. In questo modo si sarebbero evitati i continui intoppi ed il ripetuto ricorso ad altre strutture. Avevamo deciso di istituire una commissione per l'elaborazione di questi libretti guida, che avrebbero potuto rappresentare un mezzo utile allo scopo che ci proponiamo di perseguire.

L'onorevole Saia si è soffermato sul problema dei rapporti fra strutture pubbliche e private. Ebbene, non dobbiamo dimenticare che il cittadino deve decidere liberamente la struttura e il medico a cui affidarsi. Non dobbiamo essere noi ad imporre una certa scelta.

VALERIO MIGNONE. Ma chi ha detto questo ?

GIACOMO BAIAMONTE. Il cittadino può decidere di rivolgersi ad una struttura pubblica o ad una struttura privata. Ovviamente, per evitare che nel rivolgersi ad una struttura pubblica si determinino difficoltà o discrepanze, deve passare attraverso il pronto soccorso: è una prassi tesa ad ottenere regolarità di comportamenti. Ma questo non significa che il cittadino debba essere messo in difficoltà dal sanitario che ha un determinato compito.

VALERIO MIGNONE. Bisogna agire a monte !

ILES BRAGHETTO, *Assessore alla sanità della regione Veneto*. Riassumerò alcune delle questioni trattate, fermo restando che siamo disponibili in un paio di giorni a formulare le nostre controdeduzioni sul documento.

Per quanto concerne il problema della sottostima, mi soffermerò soltanto su alcuni elementi. Sulla farmaceutica avevamo evidenziato sin dall'inizio, secondo nostri dati, una sottostima. Ricordo che la risposta fu di diverso avviso salvo poi ai primi di settembre verificare ufficialmente la sottostima da noi denunciata. La sentenza della Corte costituzionale, nelle sue motivazioni, adombra la possibilità della sottostima; quindi, non sarei così perentorio come pare sia stato il ragioniere generale dello Stato. Tutti questi elementi portano a dire che qualche dubbio esiste sul fatto che effettivamente ci sia stata una sottostima, così come ha riconosciuto ufficialmente lo stesso Ministero della sanità.

Probabilmente ci soffermeremo su alcuni temi che non attengono direttamente ai debiti pregressi, anche se ognuna delle questioni trattate ha una ricaduta sul piano della razionalizzazione della spesa. In ordine ai contratti, devo registrare con molta soddisfazione da parte delle regioni, ma anche con amarezza, che gli unici enti istituzionali ad aver risposto alla dichiarazione di sciopero delle componenti mediche sono state le regioni con le riunioni svoltesi in questi giorni. Dopo l'incontro avuto oggi con l'ANAO, con la FING e con le altre associazioni di categoria, assumeremo un'iniziativa politica. Indubbiamente, il fatto che un contratto sia scaduto dal 1990 e non sia stato ancora rinnovato rappresenta comunque un elemento negativo che concorre a stabilire la qualità del servizio reso, soprattutto in una fase di riorganizzazione come questa che chiede anche alle componenti mediche una certa disponibilità al cambiamento.

Per quanto riguarda il problema relativo ai medici di famiglia, in cui vi è una parte di nostra responsabilità, abbiamo definito l'atteggiamento delle regioni nella riunione svoltasi ieri a Firenze; riprenderemo il confronto per chiudere la fase

contrattuale giovedì della prossima settimana. Anche se non rientra nella nostra diretta competenza, se vogliamo raggiungere gli obiettivi che ci siamo dati e che il Parlamento si è dato, dobbiamo dire che quello relativo alla risorsa-personale rappresenta indubbiamente un elemento da « aggredire ». A questo riguardo quella economica è una delle componenti importanti in ordine alla quale riteniamo che vi sia qualche fondata ragione da parte degli interessati.

Passando ad altro argomento, vorrei ricordare che i ticket sui pronti soccorsi non seguiti da ricoveri, oggi sono applicati da più della metà delle regioni e l'orientamento è favorevole ad una estensione di questa misura.

Per quanto concerne la razionalizzazione della retta ospedaliera, non c'è dubbio che si tratta di un problema che investe a macchia di leopardo diciamo il nostro paese. Mi rendo conto della perentorietà con cui il ministro competente dice di voler chiudere gli ospedali con meno di 120 posti letto, così come comprendo il ragioniere generale dello Stato quando afferma di non voler dare i soldi dal momento che gli ospedali andavano chiusi entro una certa data. Questo criterio, per alcuni versi positivo, non sempre è giusto. Ad esempio, il Veneto sta razionalizzando la propria retta ospedaliera ma non secondo il criterio dei 120 posti letto. Infatti, gli ospedali di montagna anche se non hanno 120 posti letto hanno comunque un loro significato.

GIACOMO BAIAMONTE. Non c'è dubbio.

ILES BRAGHETTO, *Assessore alla sanità della regione Veneto*. Non è possibile dire che al 1° gennaio 1993 si chiudono gli ospedali e si tolgono i fondi da quella data. Non si tratta solo di un problema relativo al consenso elettorale...

GIACOMO BAIAMONTE. Pensa che si possa chiudere quell'ospedale?

ILES BRAGHETTO, *Assessore alla sanità della regione Veneto*. No. Tuttavia, in

ordine alla chiusura degli ospedali si pone anche un problema di consenso culturale, perché nella mentalità della gente l'ospedale rappresenta ancora una garanzia per la propria salute. Non è così, ma dobbiamo aiutarla a capire che non è così e questo non lo si ottiene da un giorno all'altro. Non conosco la situazione della Liguria, però posso dire che alcune regioni (per esempio, il Veneto) stanno procedendo in questa direzione. Nel 1996 la mia regione raggiungerà i parametri stabiliti dalla finanziaria, pari a 5,5 posti letto per mille abitanti e nell'anno successivo probabilmente si arriverà al 4,5 per mille che è l'ultimo parametro proposto.

Come dicevo la situazione nel nostro paese, da questo punto di vista, è a macchia di leopardo; tuttavia, c'è da dire che una parte importante delle regioni sta operando per raggiungere questo obiettivo che richiede tempo perché c'è anche un problema di consenso culturale e non solo elettorale.

L'ultimo punto sul quale mi soffermerò è quello relativo al giudizio ed alla posizione delle regioni in tema di accreditamento. Nelle due o tre regioni che hanno avviato l'esperimento della libertà totale si è registrato un fallimento, a detta delle stesse associazioni dei privati che ci hanno chiesto di evitare fatti di questo genere. Alcune regioni stanno studiando un'ipotesi transitoria per coprire il 1996; naturalmente si tratta di un'ipotesi che corre all'interno dei paletti che conosciamo, rappresentati dal tetto di spesa e dalla qualità del servizio. Contestualmente siamo d'accordo che la libera scelta slitti al 1° gennaio 1997 in quanto un gruppo tecnico delle regioni sta studiando con il ministero le linee guida di un decreto che fissi i requisiti minimi delle strutture da accreditarsi.

Per la fine dell'anno pensiamo di avere una bozza di discussione, anche se naturalmente poi avremo bisogno di ulteriori verifiche. Lo slittamento di un anno ci consentirà di arrivare preparati con il decreto sulle linee guida per la fissazione dei requisiti minimi, agganciato ad altri elementi che stiamo studiando insieme, per-

ché la libera scelta che introduce una certa logica di mercato sia sempre all'interno di un mercato regolato e non di un mercato *tout court* che, secondo il giudizio delle regioni, non esiste nell'ambito della sanità.

Alcune regioni hanno dato il via libera a questa soluzione, ma i risultati sono stati disastrosi, al punto che le stesse regioni hanno condiviso l'iter che abbiamo impostato e che dovrebbe consentire di giungere all'accREDITAMENTO nel 1997.

GIOVANNI BISSONI, Assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna. Svolgerò alcune considerazioni schematiche: la prima riguarda il fondo.

Qualcuno si è chiesto se esso cominci ad essere adeguato o se l'anno prossimo ci troveremo ancora a discutere di sotto-stima. Il giudizio è che, se vengono fatti salvi gli aspetti richiamati dall'assessore Braghetto (contratto, convenzione, la farmaceutica, eccetera), il fondo comincia ad essere realistico e non si dovrebbero avere sorprese. Vi è però un altro dato da considerare: i criteri di distribuzione del fondo. Una cosa è affermare che il fondo è adeguato a livello nazionale, altra questione è la sua divisione. Si potrebbero cioè avere grosse differenziazioni tra le regioni: alcune potrebbero andare in pareggio, altre potrebbero chiudere in attivo ed altre ancora potrebbero continuare ad essere in disavanzo. Sapete che tra le regioni si è aperto un confronto per modificare i criteri di trasferimento del fondo, ma il problema è molto pesante. Il criterio non è solo quello della popolazione pesata, cioè anziana, ma questo comincia ad essere un problema molto serio. I criteri per la divisione del fondo sono anche altri ed occorre porre mano ad una loro revisione; diversamente potremmo trovarci anche l'anno prossimo con regioni a posto ed altre che non lo saranno, non perché sprechino risorse, ma per effetto di situazioni oggettive di diversità. L'adeguatezza del fondo va quindi correlata ai criteri di distribuzione dello stesso.

La seconda questione, che affronterò in maniera molto rapida, riguarda la libera

scelta e l'accreditamento. Temo si consideri l'accreditamento in modo troppo semplicistico; la questione è invece molto complessa in un paese come il nostro in cui la pubblica amministrazione non ha mai avuto come primo obiettivo quello della qualità delle prestazioni offerte. Di conseguenza non siamo attrezzati a seguire questo criterio nei servizi pubblici; si tratta di un processo che deve maturare. Se non intendiamo l'accreditamento come rispetto dei criteri minimi di funzionamento previsti nel 1988, ma come una questione molto più di qualità, allora il processo ha bisogno di tempo per realizzarsi; lo dimostra la complessità della stesura dei protocolli. In questo senso non farei una tragedia se il termine per l'accreditamento slittasse; non è — ripeto — tempo perso perché l'accreditamento va preparato.

Collegato al tema dell'accreditamento è quello della libera scelta. Su questo non tutte le regioni sono uguali: le posizioni delle regioni sono diverse ed ognuna tira la coperta dalla sua parte. Io ritengo che la libera scelta sia un giusto obiettivo. Attenzione, però, perché la libera scelta è nata nel nostro quadro normativo quando si è parlato di integrazione pubblico-privato. Il decreto legislativo n. 502 del 1992 parlava appunto di integrazione pubblico-privato e di libera scelta, ma quella integrazione è stata cancellata dal nostro quadro normativo.

Oggi teoricamente l'Italia è il paese più liberista del mondo in campo sanitario: libera scelta e libero mercato. Questi due elementi non esistono in alcuna parte del mondo dove vi sia un sistema pubblico come quello italiano, un sistema di tutela pubblica e non di gestione pubblica: da questo punto di vista, procedere con gradualità ed attenzione è inevitabile per evitare i disastri che ha provocato la prima semplicistica applicazione del principio libero mercato-libera scelta.

Dobbiamo procedere con molta cautela e da questo punto di vista molte regioni, compresa la mia, danno un giudizio positivo del settimo comma dell'articolo 4 del provvedimento collegato alla legge finan-

ziaria (atto Senato 2152) perché assicura la gradualità necessaria per arrivare ad un sistema effettivamente competitivo. Diversamente, se applicassimo quel concetto in modo meccanico, rischieremmo davvero di registrare una esplosione della spesa.

Per quanto riguarda la questione della chiusura dei piccoli ospedali, ha ragione l'assessore Braghetto: non si tratta di un problema di coraggio ma di maturazione e consenso. Badate che nei consigli regionali appena insediati questo è appunto uno dei temi dominanti, oggetto di interpellanze e mozioni, fino a quelle di sfiducia agli assessori, perché chiudono gli ospedali, non perché non li chiudono. La nostra regione ha chiuso 21 piccoli ospedali e ne stiamo per chiudere altri 6, ma per far questo abbiamo bisogno del secondo triennio di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. È un problema che attiene veramente alla qualità della nostra democrazia ed al rapporto con gli enti locali perché nessuno può realizzare operazioni del genere se il sindaco, la provincia, la conferenza dei sindaci decidono effettivamente di opporsi. I prefetti sono i primi ad intervenire sollevando motivi di ordine pubblico. È un problema di consenso; si deve fare e lo stiamo facendo. Ripeto che la mia regione ne ha chiusi 21 e sta per chiuderne altri 6, il processo va avanti, ma è molto difficile e complesso.

Nel settore pubblico, quello della sanità è probabilmente il comparto che negli ultimi anni è riuscito di più a far quadrare il cerchio: se consideriamo la percentuale sul PIL dal 1991 ad oggi ci accorgiamo che essa ha registrato un continuo calo. Darò un solo dato: la mia regione è passata dai 7 mila 800 miliardi di spesa del 1992 ai 7 mila 750 del 1995; se consideriamo anche l'inflazione, ci accorgiamo che in alcune regioni la spesa sanitaria è diminuita dal 15 al 20 per cento, senza tagliare effettivamente la qualità dei servizi. Il processo quindi è in atto. Ciò che le regioni chiedono sono regole chiare, possibilmente non anno per anno, ma con una prospettiva almeno triennale. Di fronte a tale prospettiva non ci spaventa neppure il fatto che il Governo possa trattare diversamente

regione per regione. Questi processi, infatti, sono anche il frutto della storia e della organizzazione di ogni singola regione: non è un mistero che la situazione sia a macchia di leopardo e non si può certo pensare di rientrare rispetto ad essa da un anno all'altro, fissando semplicemente un parametro rigido per tutti. Occorrerà probabilmente anche un periodo di contrattazione con il Governo ed era questo uno dei punti richiesti dalle regioni: facciamo un'operazione di verità e trasparenza regione per regione e su questa base contrattiamo un piano di rientro triennale, perché il punto di partenza delle regioni è effettivamente diverso.

L'ultimo punto che intendo affrontare sono i ticket. Secondo me, avete delle preoccupazioni eccessive rispetto alla reazione dei cittadini, alla indisponibilità dei medici, eccetera. Vi sono regioni che hanno questo strumento da anni; non solo, ma tali regioni quest'anno avevano posto una precisa esigenza al riguardo, sottolineando tre elementi: la specialistica, il pronto soccorso, il *day hospital* diagnostico non finalizzato a ricovero. Se non riusciamo a governare contemporaneamente questi tre elementi, l'uno diventa lo sfogo dell'altro.

GIACOMO BAIAMONTE. Allora siamo d'accordo!

GIOVANNI BISSONI, *Assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna*. Tutte le regioni, dal Friuli alla Sicilia, avevano chiesto unitamente di avere la possibilità di regolamentare questi tre settori in maniera incrociata tra loro per evitare di lasciare un buco nero nel quale si può infilare la disfunzione. La nostra posizione è questa ed insistiamo perché si preveda un emendamento che integri la previsione del ticket per il pronto soccorso considerando

anche gli altri elementi che ho richiamato. In questo modo credo che sia possibile riuscire a governare il problema: la nostra esperienza non indica un eccessivo contrasto con i cittadini, né difficoltà con i medici e neppure che ciò abbia favorito il ricovero. Questo non è più il paese in cui ci si ricovera per evitare di pagare 30 mila lire di ticket. La situazione nelle USL è governabile sotto questo profilo.

ILES BRAGHETTO, *Assessore alla sanità della regione Veneto*. Alcune di queste proposte sono già state formalizzate.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti ed auspico che in futuro si possano ascoltare i nostri ospiti unitamente alla Ragioneria generale dello Stato ed agli altri interlocutori perché abbiamo sentito affermazioni diametralmente opposte. È veramente curioso, ad esempio, che la percentuale rispetto al PIL, per uno salga e per un altro scenda. Sui numeri del debito è possibile registrare delle diversità, ma la percentuale sul PIL dovrebbe essere certa.

La mia impressione è che, al di là dei singoli problemi, vi sia comunque un'enorme difficoltà nella attuazione della presunta razionalizzazione e che le norme dettate al riguardo siano per l'80 per cento irrealizzabili, almeno nei tempi proposti. Il pericolo è che, a furia di correre dietro a queste scadenze temporali, non si riesca a fare altri passaggi.

La seduta termina alle 19,55.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 22,30.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO