

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

I

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 LUGLIO 1992

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

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE FRANCESCO DE LORENZO, E DEL DIRETTORE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DOTTOR NICOLA FALCITELLI, IN ORDINE ALLA SITUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, IN PARTICOLARE PER QUANTO RIGUARDA L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA E SULLE INIZIATIVE CHE IL GOVERNO INTENDE PRENDERE AL RIGUARDO

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, e del direttore generale della programmazione sanitaria, dottor Nicola Falcitelli, in ordine alla situazione del servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda l'evoluzione della spesa sanitaria e sulle iniziative che il Governo intende prendere al riguardo:		De Lorenzo Francesco, <i>Ministro della sanità</i>	3, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 16
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	3, 12, 13, 16, 18	Di Laura Frattura Fernando (gruppo DC) ..	3, 4, 16
Alterio Giovanni (gruppo DC)	14	Falcitelli Nicola, <i>Direttore generale della programmazione sanitaria</i>	11
Apuzzo Stefano (gruppo dei verdi)	14	Giannotti Vasco (gruppo PDS)	13
Battaglia Augusto (gruppo PDS)	16	Lento Federico Guglielmo (gruppo rifondazione comunista)	15
Bonino Emma (gruppo federalista europeo)	13	Poggiolini Danilo (gruppo repubblicano) ..	14
Castellaneta Sergio (gruppo della lega nord)	15	Renzulli Aldo Gabriele (gruppo PSI)	14
Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	13, 16	Saretta Giuseppe (gruppo DC)	9, 12, 13
		Sarritzu Gianni (gruppo rifondazione comunista)	7
		Sulla pubblicità dei lavori:	
		Armellin Lino, <i>Presidente</i>	3
		Bonino Emma (gruppo federalista europeo)	3

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 17,45.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Bonino.

EMMA BONINO. Signor presidente, desidero chiedere, a nome del mio gruppo, che la pubblicità delle sedute relative a questa audizione sia assicurata mediante ripresa audiovisiva.

PRESIDENTE. Ritengo di poter aderire alla richiesta del gruppo federalista europeo, perché la pubblicità della seduta sia assicurata anche mediante ripresa audiovisiva a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Avverto, peraltro, che nella giornata di domani sarà disponibile il resoconto stenografico della seduta odierna.

Audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, e del direttore generale della programmazione sanitaria, dottor Nicola Falcitelli, in ordine alla situazione del servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda l'evoluzione della spesa sanitaria e sulle iniziative che il Governo intende prendere al riguardo.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Fran-

cesco De Lorenzo, e del direttore generale della programmazione sanitaria, dottor Nicola Falcitelli, in ordine alla situazione del servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda l'evoluzione della spesa sanitaria e sulle iniziative che il Governo intende prendere al riguardo.

Prima di dare avvio ai nostri lavori desidero rivolgere, anche a nome dei componenti la Commissione, un saluto al ministro De Lorenzo, al sottosegretario Azzolini ed al dottor Falcitelli, con l'augurio di svolgere un proficuo lavoro.

FERNANDO DI LAURA FRATTURA. Vorrei preliminarmente ricordare che avevamo richiesto al ministro non soltanto la relazione sulla situazione sanitaria del paese, ma anche quella concernente la spesa. Infatti, mentre la prima ci è stata consegnata, non disponiamo della relazione riguardante la spesa per il 1990, predisposta congiuntamente dal Ministero del tesoro e da quello della sanità; per quanto riguarda la relazione per il 1991 ho saputo che proprio in questi giorni la Commissione speciale, ex articolo 4 della legge n. 412 del 1991, sta per completarla. In mancanza di questi documenti non possiamo effettuare alcun riscontro per verificare, per esempio, il funzionamento o meno degli amministratori delegati. Ribadisco, pertanto, che la documentazione ci è pervenuta incompleta.

PRESIDENTE. Ho provveduto ad inoltrare al ministro della sanità le richieste avanzate; sarà ora sua cura fornire tutte le delucidazioni del caso. Rinnovo comunque la richiesta di completare la documentazione consegnata alla segreteria.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Signor presidente, se viene avanzata una richiesta formale di carattere pregiudiziale, non ho alcun problema a chiedere il rinvio dell'audizione. Tuttavia, devo precisare che l'istanza avanzata non poteva essere esaudita in tempi brevi, perché la convocazione mi è giunta soltanto pochi giorni fa, giovedì o venerdì scorsi. Non solo è mancato il tempo necessario per redigere la relazione, ma devo fare altresì presente che il ministero è altresì impegnato a predisporre numerosi atti legislativi. Mi rendo conto che per un deputato neoeletto ciò può sembrare strano, ma chi segue da tempo i lavori parlamentari sa che anche un ministero, per quanto possa essere efficiente, deve disporre di un tempo minimo per redigere una relazione. Poiché ho avuto la possibilità di raccogliere soltanto dati parziali, saranno necessarie talune integrazioni, sia sulla base delle richieste che verranno formulate nel corso della seduta odierna, sia in quelle successive. Molto opportunamente, infatti, il presidente ha deciso di convocare il direttore generale della programmazione sanitaria, il quale potrà subito integrare i dati mancanti.

Desidero aprire una breve parentesi in merito alla determinazione cui è pervenuto il Presidente del Consiglio Amato, che per il Ministero della sanità ha nominato un solo sottosegretario di Stato. Devo chiedere, quindi, che la Commissione valuti la contestualità di presenza richiesta ai rappresentanti del Governo nelle Commissioni parlamentari, alcune delle quali sono chiamate ad esaminare provvedimenti di particolare rilevanza. Invito quindi i commissari ad essere comprensivi nei riguardi del ministro e del sottosegretario, poiché non è possibile pensare ad una moltiplicazione dei rappresentanti del Governo.

FERNANDO DI LAURA FRATTURA. Ho voluto ricordare all'inizio della seduta che avevamo avanzato questa richiesta.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Condivido l'intervento del presidente della Commissione di richiedere le

informazioni in questione, che mi riservo di formalizzare in documenti puntuali, così che possano formare oggetto di verifica ed ulteriore approfondimento da parte di tutta la Commissione.

Vorrei iniziare il mio intervento partendo da una premessa: oggi siamo chiamati a fare delle valutazioni sull'andamento della spesa sanitaria, viziata sostanzialmente dal fatto che la maggior parte delle regioni, a causa del particolare momento politico, hanno incontrato problemi nell'applicare quanto previsto dall'articolo 4 della legge n. 412 del 1991. I colleghi certamente ricorderanno che tale articolo prevedeva una serie di manovre volte a contenere la spesa sanitaria, nonchè provvedimenti che il Governo avrebbe dovuto concordare con le regioni, in particolare per quanto riguarda i livelli di assistenza da garantire uniformemente sul territorio nazionale.

Lo stesso Governo predispose un'adeguata documentazione, al fine di procedere d'intesa con le regioni: e numerose riunioni si svolsero tra i tecnici delle regioni e quelli della programmazione sanitaria. Al termine di tali riunioni fu elaborato un documento, sostanzialmente condiviso dai tecnici, il quale, purtroppo, incontrò numerosi ostacoli politici. Al riguardo, è curioso notare che le regioni del sud mostrarono una buona disponibilità nei confronti del citato documento, mentre quelle del nord una certa freddezza nell'accoglierlo.

Come i colleghi certamente sapranno (desidero sottolineare questo specifico punto in quanto non tutti i commissari parteciparono al dibattito che si svolse sulla legge n. 412), vi è stata una forte innovazione nella ripartizione del fondo sanitario nazionale, dovuta principalmente all'approvazione di alcuni articoli della legge di riforma che hanno ripartito il fondo non più in base alla spesa storica ma in base alla quota capitaria, cioè al numero dei cittadini residenti nelle singole regioni. Tutto ciò ha portato come conseguenza uno spostamento delle risorse verso le regioni del sud, da lungo tempo penalizzate a causa del ridotto numero di

strutture e di personale: si è quindi proceduto ad una sostanziale eliminazione delle diversità fino a quel momento registratesi.

Quell'elaborazione, che rimane tuttavia un risultato molto positivo e valido, non fu allora considerata accettabile, tant'è vero che i rappresentanti delle regioni affermarono che occorreva procedere ad una anticipazione della ripartizione del fondo sanitario nazionale, senza per questo compromettere l'accordo da raggiungere.

Ricordo ai colleghi che gli incontri tra le regioni e la programmazione sanitaria sono da tempo ripresi, per cui auspichiamo che nella prossima conferenza Stato-regioni tale documento possa essere approvato al fine di stabilire i livelli di assistenza da assicurare sull'intero territorio nazionale.

Ho voluto fare questa premessa perchè il mancato accordo (ricordo che il legislatore aveva stabilito che occorreva raggiungere un'intesa con le regioni e quindi la mancata adesione di queste ultime al documento non ha consentito di attuare quanto previsto dalla legge), o meglio, la sostanziale mancata applicazione da parte delle regioni di molte norme previste dall'articolo 4 della legge n. 412 del 1991 ha sostanzialmente compromesso la manovra di contenimento della spesa sanitaria. Non dobbiamo pertanto parlare di una sottovalutazione o di una sottostima del fondo, e se ci troviamo di fronte ad un aumento della spesa sanitaria, ciò è conseguenza della mancata applicazione delle norme previste dalla legge finanziaria.

Era stato inoltre stabilito (non mi risulta che qualche regione abbia affrontato il problema in maniera complessiva; in ogni caso il dottor Falcitelli potrà fornire ulteriori dettagli al riguardo) l'accorpamento di alcune strutture sanitarie: il che avrebbe comportato una riduzione della spesa per il personale per il quale era prevista, sempre all'articolo 4, una sorta di mobilità orizzontale. Purtroppo tale misura non è stata realizzata, così come non lo è stata la chiusura di ospedali con meno di 120 posti-letto, o, meglio ancora, con un tasso di utilizzazione parametrato al nu-

mero dei posti-letto. Alla luce di tali considerazioni possiamo affermare che ci troviamo di fronte ad una previsione di spesa di circa 5 mila miliardi.

Per quanto riguarda l'anno in corso registriamo un aumento della spesa sanitaria, che non verificammo certo sulla base dei conti che le regioni ci presentano, la quale, ripeto, è automaticamente prevista (a causa della mancata applicazione delle citate norme) in circa 5 mila miliardi. Voglio inoltre ricordare che nonostante alcune regioni abbiano attuato provvedimenti di contenimento della spesa farmaceutica (vedremo poi quali sono le regioni che in qualche modo hanno contenuto la spesa e quelle invece che l'hanno incrementata), essa ha purtroppo sfondato il tetto previsto, e ciò è da imputare (come ho avuto occasione di affermare in numerosi incontri) alla mancata applicazione dei controlli previsti dalle leggi.

In alcune regioni abbiamo introdotto l'uso del lettore ottico, per mezzo del quale abbiamo scoperto una serie di illeciti e di abusi. Ieri, la giunta regionale della Campania, nel deliberare il passaggio all'assistenza medica indiretta, almeno per quanto riguarda la spesa farmaceutica, ha denunciato alla procura della Repubblica organizzazioni nelle quali sono coinvolti medici, informatori scientifici e farmacisti. In pratica si prescrivevano farmaci che non venivano ritirati dai diretti interessati ma comunque utilizzati, con rilevanti danni per lo Stato, valutati in diversi miliardi.

In pratica registriamo un aumento della spesa farmaceutica la quale, anche se sostanzialmente contenuta, ha « splafonato » rispetto alla previsione, anche a causa di un notevole trasferimento di prescrizioni da cittadini che godono dell'esenzione del *ticket* a favore di coloro che sono tenuti al pagamento. Al riguardo si può tranquillamente affermare che la percentuale dei cittadini esenti è di circa il 23 per cento e che l'incidenza della spesa farmaceutica, per quanto riguarda costoro, ammonta a circa il 67 per cento. Vi sono regioni ove addirittura la percentuale di esenti è del 33 per cento e la spesa arriva fino al 75 per

cento. Un dato che ci preoccupa molto è quello concernente il ricorso anomalo allo strumento dell'esenzione dal pagamento del *ticket*, con riferimento sia al reddito sia alle patologie. Da questo punto di vista il Governo ritiene di dover prendere provvedimenti per rivedere i meccanismi che portano alla formazione di questa spesa; ciò sarà fatto, probabilmente, attraverso una modifica delle regole del sistema per mezzo di un disegno di legge di delega al Governo.

Come ho già osservato, non siamo in grado di affermare, al di là di ciò che è teoricamente calcolabile, di quanto si sia « splafonato »; certamente, 5 mila miliardi costituiscono il risparmio non avvenuto a causa della mancata applicazione delle norme.

Per quanto attiene alle altre voci di spesa, non siamo in grado di quantificarle non avendo a disposizione i consuntivi. Non ritengo che, a tale proposito, le regioni abbiano fatto pervenire dati affidabili, e non sono pertanto in grado di comunicare alla Commissione una cifra certa concernente l'ammontare del superamento delle previsioni.

Tuttavia, desidero ricordare che lo scorso anno abbiamo registrato un'inversione di tendenza molto significativa. Le regioni, infatti, sono state poste di fronte alle proprie responsabilità. Nell'articolo 4 della legge n. 142 del 1991 è anche previsto che le regioni che non hanno applicato misure di contenimento, non possono sedere al tavolo delle trattative per quanto concerne eventuali integrazioni aggiuntive del fondo. Si tratta di un sistema-catenaccio inserito proprio per evitare l'usuale ricorso al ripiano da parte dello Stato e per responsabilizzare le regioni tramite una serie di iniziative che oggi possono assumere avendo acquisito gli elementi che richiedevano per disporre di un maggiore controllo della spesa. A tale proposito voglio ricordare che gli elementi utili ad esercitare un maggiore controllo della spesa stessa sono stati ottenuti dalle regioni dopo l'approvazione della legge n. 111 del 1991, che prevede l'approvazione dei bilanci da parte delle regioni. Ciò

rappresenta uno strumento di controllo della spesa, prima inesistente giacché, come ricorderete, anche l'approvazione dei bilanci era sostanzialmente inesistente, in quanto molto spesso i comuni non operavano in tal senso ed i comitati di gestione non erano soggetti a vincoli. Vigeva infatti il cosiddetto *pie'* di lista che è stato eliminato a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 111 del 1991, in base alla quale le regioni sono in grado di controllare la spesa. È possibile esercitare tale controllo anche attraverso la revoca del mandato di amministratore straordinario: quando quest'ultimo non segue gli indirizzi di programma e di spesa delle regioni o non esegue quanto sia stato previsto come suo specifico compito, o compie illeciti (si tratta di un risultato positivo acquisito dalla legge n. 111), la regione è in grado di revocare il mandato. Finora, purtroppo, poche regioni hanno agito in tal senso ed il mandato è stato revocato per intervento della magistratura che ha preso provvedimenti nei confronti di amministratori straordinari che avevano commesso illeciti o si erano resi responsabili di reati. Il sistema introdotto dalla legge n. 111, individuando un solo responsabile, ha anche facilitato il compito della magistratura.

Nel decreto di proroga dell'attività degli amministratori straordinari, scaduto il 30 giugno scorso, avevamo previsto un meccanismo di intesa con le regioni, da noi sollecitate a verificare al loro interno quali potessero essere i correttivi da apportare alla legge n. 111 al fine di fornir loro maggiori possibilità di intervento revocatorio senza ricorrere a strumenti eccezionali in caso di devianza da parte di taluni amministratori. Avevamo concordato un testo che prevedeva la conferma non automatica di tali amministratori, ma previa verifica del comportamento tenuto sia rispetto al contenimento della spesa sia rispetto all'attuazione di tutte le norme indicate da parte della regione, sia rispetto ad eventuali illeciti compiuti. L'eventuale mancata conferma consentiva di non dover ricorrere alla revoca con provvedimenti che potevano apparire punitivi e che po-

tevano risultare, politicamente, più difficili da attuare. Abbiamo presentato al Parlamento un decreto-legge che, purtroppo, non contiene la parte concordata con le regioni, essendo stato emanato nel momento in cui il Governo non soltanto era dimissionario ma poteva anche operare con enorme difficoltà a causa dell'incarico affidato al Presidente Amato il quale, interrogato, si è dichiarato d'accordo con la emanazione di un decreto di proroga di 60 giorni (che è ora all'esame del Senato), con la volontà già espressa dal Governo presso l'altro ramo del Parlamento e la disponibilità del Parlamento (già dichiarata, mi pare, da parte della Commissione affari costituzionali) ad inserire nella legge di conversione del decreto le norme richieste dalle regioni. Non mi dilungherò oltre su tale argomento per non esulare dal tema oggetto della discussione, ma ho voluto fare un riferimento a tali questioni per sottolineare che anche le regioni disponevano di strumenti di controllo.

Anticipando una valutazione, che potrà essere successivamente sostanziata da dati numerici e riferimenti a singoli casi, sottolineo che complessivamente gli amministratori straordinari hanno bene operato. Per evidenziare quanto ciò sia vero, ed anche per evitare che valutazioni politiche diversificate possano far sottovalutare ciò che di positivo la legge n. 111 ha comportato, desidero riportare un periodo della relazione del procuratore generale della Corte dei conti Giambattista il quale afferma: « Per quanto attiene all'attuale assetto normativo della gestione amministrativa delle unità sanitarie locali si fa molto affidamento, in termini di efficienza, sull'istituzione dell'amministratore straordinario, figura che è stata creata dalla riforma parziale del febbraio 1991 e dalla quale ci si attende una proficua snellezza e rapidità nell'attività gestionale, oltre che un'oculata determinazione in ambito operativo ». E poi aggiunge...

GIANNI SARRITZU. Ci si attende... !

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Ho svolto una premessa. Do-

vete avere un po' di pazienza; diversamente, avreste uno stralcio senza capire nulla di quanto è scritto prima.

GIANNI SARRITZU. Ha letto apposta...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Non ho finito di leggere e non credo che lei possa interpretare il mio pensiero o sappia già quello che devo ancora leggere.

GIANNI SARRITZU. Ho ascoltato quello che lei ha letto.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. La pregherei di aspettare. Proprio per evitare che vi siano diversificazioni politiche ho voluto leggere la relazione, e non sarei stato tanto sciocco da leggere qualcosa che non confermasse la mia tesi.

« Riguardo a questi *manager* » — prosegue la relazione — « vengono segnalati anche dai *mass media* taluni esempi poco rispondenti all'intento del legislatore e allo spirito dell'importante innovazione, ma va doverosamente detto che pervengono anche segnali positivi, fortunatamente in misura più ampia. Una notazione a parte va fatta sul compenso spettante agli amministratori straordinari ».

Per quanto riguarda una prima valutazione del compito svolto dagli amministratori straordinari, al di là dei casi noti (come per esempio quello del coordinamento degli amministratori straordinari di Firenze relativamente all'acquisto di beni e servizi che ha comportato un abbattimento sostanziale dei costi, fenomeno avvenuto non solo a Firenze e in Toscana ma in molte altre realtà, comprese grandi aree metropolitane come Napoli) siamo in grado di affermare che si sono registrati una riduzione dei costi per gli acquisti ed un migliore coordinamento oltre ad una maggiore trasparenza. Complessivamente, con riferimento alla voce beni e servizi si registra un risparmio di circa l'8 per cento, fortunatamente riferibile agli amministratori straordinari. A tale proposito, in ogni caso, mi riservo di fornire indicazioni più precise. Naturalmente, per una valutazione puntuale del comportamento degli ammi-

nistratori straordinari ed il riflesso positivo che possono aver comportato sul contenimento della spesa, occorre un periodo più lungo di tempo utile ad effettuare alcuni confronti.

Credo che alla scadenza dell'anno saremo in grado di operare dei confronti. Il dottor Falcitelli dispone comunque di maggiori elementi al riguardo.

A proposito della spesa per il 1991, possiamo fornire dati più precisi, non solo sulle previsioni relative al mancato risparmio dovuto alla non attuazione delle norme, ma anche a consuntivo.

Come sapete, nel corso del 1991 abbiamo concordato con i presidenti delle regioni — in sede di conferenza Stato-regioni — di fornire un'anticipazione per l'integrazione del fondo sanitario nazionale del 1991, a ripiano dei debiti che le regioni avevano contratto, pari a 5.600 miliardi. L'apposito decreto, come tutti gli altri — lo dico per coloro che non hanno una dettagliata conoscenza dei precedenti — riguarda debiti contratti e certificati dalla Corte dei conti; e ciò significa che non andiamo a ripianare spese che sono il risultato di abusi o illeciti. Il primo decreto, purtroppo, non è stato convertito perché è intervenuto lo scioglimento delle Camere; il secondo si trova al Senato ed è destinato anch'esso a decadere, per cui dovrà essere reiterato. Tuttavia, proprio per far fronte alle esigenze delle regioni, abbiamo concordato con il Tesoro la possibilità in ogni caso, anche se non sia ancora intervenuta la conversione in legge del decreto, di afferire ai mutui per utilizzare i 5.600 miliardi; in proposito, mi sembra che una buona parte delle regioni abbia cominciato a farlo.

La cifra di 5.600 miliardi rappresentava — come abbiamo fatto presente alle regioni e come, d'altronde, si era concordato in sede di conferenza Stato-regioni — sostanzialmente un'anticipazione di ciò che le regioni consideravano largamente insufficiente e di ciò che lo Stato, invece, considerava probabilmente sufficiente, con la riserva reciproca di aprire un tavolo di consultazioni per la verifica dei conti, al fine di vedere quanto fosse imputabile

effettivamente alla spesa sanitaria (e quindi riconoscibile come conseguenza della sottostima del fondo) e quanto invece non poteva essere considerato come tale, ma doveva essere addebitato ad altre voci e capitoli, come la spesa sociale spesso sostenuta dalle regioni e poi trasferita sul fondo sanitario nazionale.

Sulla base dell'andamento dei conti, e quindi dei rendiconti pervenuti, si constata che la verifica è ancora in corso e pertanto non sappiamo in che misura ciò che le regioni dichiarano di aver speso in più sia effettivamente valido o meno. Dalla analisi dei dati, però, emerge un disavanzo per il 1991 (sempre sulla base del consuntivo, ed in aggiunta ai 5.600 miliardi di cui al decreto legge) di 4.905 miliardi. In altri termini, per il 1991, esiste questo disavanzo di 4.905 miliardi per il quale, però, si deve provvedere alla verifica definitiva da parte del Ministero della sanità, del Tesoro e delle regioni. Anche a tale proposito penso che il dottor Falcitelli potrà dire con quali regioni è già stato avviato questo lavoro. Io posso aggiungere, comunque, che il lavoro fin qui svolto con le regioni ha già individuato casi in cui le spese prodotte potevano in qualche modo essere considerate addebitabili ad altri settori e non a quello sanitario. Pertanto, la cifra di 4.905 miliardi è destinata a scendere piuttosto che a salire, proprio perché siamo in tema di consuntivi e non di programmazione.

Aggiungo che il ministero è in grado di fornire una ripartizione dell'andamento della spesa per singole voci. Il dottor Falcitelli potrà dirvi, altresì, quando saremo in grado di fornirvi tali dati disaggregati.

Se il presidente me lo consente desidero aprire una parentesi per dire che il ministero è nella condizione di produrre questi dati con grande celerità. Di recente esso ha presentato alla stampa la pubblicazione *Sanità futura* che illustra l'informatizzazione totale raggiunta nel servizio sanitario nazionale; essa consiste in un collegamento diretto con tutte le unità sanitarie locali e consente di avere informazioni in tempo reale su quanto viene richiesto.

Se la Commissione volesse direttamente prendere contezza del sistema di programmazione e di informatizzazione — che per esempio è totale per la balneazione come per altri settori di spesa, dove consente diverse modalità di confronto e quindi una verifica più puntuale, e perciò una maggiore trasparenza, dell'andamento dei costi — il ministero ne sarebbe particolarmente lieto perché si tratta di un sistema modello che può cominciare a dare sin da oggi risultati molto positivi proprio per la verifica dell'andamento della spesa in tempo reale in tutte le unità sanitarie locali. Ritengo sia utile che la Commissione disponga di ulteriori dati a questo proposito, che ancora una volta potranno essere forniti dal dottor Falcitelli.

Nel fare qualche esempio, avvalendomi di una tabella che comunque metto a disposizione della Commissione, posso dire che la spesa a consuntivo per il 1991 — ferma restando la verifica sui 4.905 miliardi — è pari a 92.253.000 miliardi per una popolazione di 57.739.447 persone. La spesa *pro capite* è di 1.597 mila lire. Ci sono regioni che si discostano molto dalla media sia in termini assoluti, sia per un'ulteriore tendenza alla crescita della spesa sanitaria. Dobbiamo dare atto alla regione Lombardia di aver posto in essere valide iniziative di contenimento della spesa, che hanno prodotto risultati positivi, tanto che essa è scesa al di sotto della media *pro capite* indicata. Ciò è avvenuto nonostante che in Lombardia — dove esistono strutture e servizi d'avanguardia — occorra fare il calcolo netto della mobilità sanitaria (che, come sapete, incide notevolmente sulla spesa), visto che tale regione offre assistenza ad un numero elevato di cittadini provenienti da tutto il paese. La spesa si è attestata su 1.494.000 lire *pro capite*: dobbiamo quindi dare atto alla regione Lombardia di essere riuscita a ridurre i costi nella misura del 6 per cento rispetto alla media nazionale.

Purtroppo ciò non avviene in altre regioni. In Emilia Romagna, per esempio, la spesa *pro capite* è pari a 1.874.000 lire. Quindi, l'Emilia Romagna fa registrare il 17,3 per cento in più rispetto alla spesa

media. Per questa ragione l'articolo 4 della legge n. 412 del 1991 prevedeva una tendenza all'equilibrio nell'arco di quattro anni, che, purtroppo, la mancata attuazione di quel provvedimento non ha consentito di raggiungere.

La Liguria è caratterizzata da un livello di aumento rispetto alla media pari al 13,4 per cento; per la Valle d'Aosta tale aumento è del 16 per cento, per le Marche del 10,31 per cento, per l'Umbria del 9,24 per cento, per il Lazio del 5,59 per cento, mentre in tutte le altre regioni meridionali si rileva un decremento. La Sardegna, con una spesa *pro capite* pari ad un milione 483 mila lire, fa registrare un decremento del 7 per cento rispetto alla spesa media suddetta. Come dicevo, però, tutte le regioni meridionali, per ragioni legate alla necessità di un riequilibrio, si collocano al di sotto della spesa media *pro capite*.

Per quanto riguarda la Toscana, di cui mi si chiedeva prima, debbo dire che la spesa è pari ad 1.671.000 lire.

GIUSEPPE SARETTA. I 9.200 miliardi quanto incidono sul PIL ?

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Mi sembra nella misura del 6,28 per cento.

Debbo dire, perché è necessario si sappia, che, rispetto al 1989, siamo passati nel 1991 ad una spesa molto superiore. Infatti, nel 1989, la spesa media *pro capite* era di 1.175.000 lire (sto citando dati definiti, anzi, quelli relativi al 1989 sono accertati e concordati dalle regioni).

Abbiamo fatto un salto di qualità nel tentare di ridurre al massimo la sottostima del fondo e dal 1989 al 1991 abbiamo operato in modo tale da conferire al settore sanitario quanto sostanzialmente era programmato potesse servire.

In passato, vi è stata una sottostima voluta dei conti del bilancio e del tesoro; recentemente siamo andati invece verso una crescita. La verità di questa asserzione è dimostrata dall'incremento del fondo da un anno all'altro: nel 1990 il fondo sanitario nazionale programmato era di 64.716 miliardi, mentre quello del 1991 di 78.750

miliardi. Quindi, in un anno, vi è stato un aumento programmato — ossia inserito nella legge finanziaria — di ben 15 mila miliardi.

Il prodotto interno lordo, pur non essendo ancora corrispondente, in termini percentuali, a quello di altre nazioni o perlomeno a quello di alcuni paesi della CEE in cui è più elevato, ha avuto un incremento crescente. In base agli ultimi dati, siamo passati dal 5,65 per cento del 1989 al 5,93 per cento del 1990 ed al 6,28 per cento del 1991. Credo inoltre che nel 1991 il PIL subirà un ulteriore incremento.

Vorrei aggiungere soltanto alcune considerazioni prima di pervenire alla conclusione della mia esposizione.

Ci troviamo in una fase nella quale non abbiamo ancora sotto controllo la spesa sanitaria. L'obiettivo della legge di riforma sanitaria era quello di evitare che i meccanismi di formazione della spesa ci portassero inevitabilmente verso forme di indebitamento delle regioni. Per evitare queste conseguenze, nel provvedimento di riforma erano stati previsti meccanismi adeguati.

Oggi, nessuno poteva immaginare che gli amministratori straordinari potessero fare miracoli; essi, infatti, non hanno avuto quanto sarebbe invece stato giusto conferire ad una direzione monocratica, in termini di mobilità.

Il meccanismo con cui vengono conferiti gli incentivi alla produttività non ci convincono ancora del tutto e nutriamo la preoccupazione che, da qualche parte, tali incentivi vengano dati in maniera impropria. Non voglio generalizzare, ma abbiamo la presunzione che ciò possa avvenire. Si tenga poi presente che gli incentivi alla produttività non sono forme di straordinario che devono essere riconosciute.

Viene quindi operata una sottovalutazione o comunque una sottoutilizzazione delle strutture pubbliche, in parte dovuta a carenze di personale. Particolarmente grave è il problema degli infermieri. In merito a tale argomento, che non riguarda solo la maggioranza di Governo ma l'intero Parlamento, vorrei sapere quale sia l'orientamento di quest'ultimo, se cioè esso

ritenga opportuno che sia ripresentato così com'è il testo approvato in materia dalla Camera dei deputati, per mettere questa Commissione in condizione di operare le modifiche che si rendono necessarie anche alla luce delle osservazioni mosse dal Senato, dove quel provvedimento non fu approvato, ovvero se ritenga che il Governo debba intervenire per operare delle modifiche. Personalmente sarei del parere di ripresentare quel provvedimento mantenendolo inalterato dato che esso, per ottenere la cosiddetta corsia preferenziale, deve essere riesaminato, se non vado errato, da quel ramo del Parlamento che lo ha già approvato. Sarei favorevole a ripresentarlo subito perché possa usufruire di un iter accelerato, dato che il problema degli infermieri è molto serio e comporta la chiusura di alcuni reparti, incidendo anche sulla spesa per posto letto, che rappresenta un dato incompressibile.

Non possiamo addebitare tutto alle carenze funzionali. La spesa per posto letto aumenta considerevolmente quando in un ospedale vi sono reparti chiusi per la mancanza di personale. Dobbiamo dunque mettere il servizio sanitario nazionale in condizione di disporre di personale infermieristico che oggi è insufficiente.

Debbo dire che non abbiamo concesso la mobilità e che, pertanto, in cui in alcuni ospedali si registra un esubero di personale, mentre in altri vi è una notevole carenza. Manca la mobilità e non vi è un controllo sulla reale capacità di lavoro, così come difetta la meritocrazia: tutti argomenti su cui abbiamo a lungo discusso e che non sono stati inseriti nella legge n. 833 del 1978. Dobbiamo dunque introdurre in quella normativa i correttivi ed i cambiamenti che sono stati oggetto di iniziative legislative fin dal 1983. Con un grande sforzo da parte del Parlamento si era arrivati ad un testo che poteva produrre risultati positivi. È per questo che il Presidente del Consiglio, Giuliano Amato — in seno al Consiglio dei ministri — e lo stesso Parlamento — in sede di concessione della fiducia al nuovo Governo — hanno ritenuto di approvare un'iniziativa più celere, ossia quella della presentazione di un

disegno di legge di delega all'esecutivo in materia sanitaria, che il Governo sta predisponendo e che speriamo di poter approvare in Consiglio dei ministri, contestualmente al decreto-legge sulla manovra economica e finanziaria.

Dobbiamo naturalmente prepararci all'attuazione del sistema delle incompatibilità, già deciso per legge. L'intendimento del Governo è ovviamente quello di rispettare i tempi. Credo che avremo anche una maggiore capacità di potenziare il sistema pubblico. Dobbiamo contare sulle iniziative che le regioni dovranno assumere. A titolo di esempio, ricordo che, sulla base dell'articolo 4 della legge n. 412, le regioni potevano provvedere — come ricorderete — a disdire tutte le convenzioni con le case di cura private sulla base, però, di un documento complessivo di programmazione, discusso in Parlamento. Non potevamo, infatti, consentire che la disdetta avvenisse casualmente, ritenendo necessario verificare quali fossero le esigenze di programmazione del settore pubblico prima di eliminare posti letto e di disdire convenzioni, fornendo alle regioni lo strumento per provvedervi senza aspettarne la scadenza. In questo ambito, le regioni non hanno ancora deliberato ed operato. Analogamente, speriamo che si possa avere presto una risposta positiva in riferimento alla disincentivazione nell'occupazione di posti letto da parte dei « lungodegenti » e dei malati cronici, attraverso l'attuazione di quanto approvato dal Parlamento in materia di tutela della salute degli anziani e di avvio dell'assistenza domiciliare.

Fornirò in seguito alla Commissione — perché lo ritengo opportuno — la documentazione relativa alla ripartizione delle risorse assegnate due giorni dopo l'approvazione da parte del Parlamento del progetto-obiettivo per la tutela della salute degli anziani: sono stati ripartiti fra le regioni ben 219 miliardi per l'attivazione dell'assistenza domiciliare. Benché tale attivazione non sia facile, auspichiamo che le regioni se ne occupino quanto prima, dato che ciò potrà condurre ad una contrazione della spesa conseguente alla riduzione del numero dei ricoveri.

Ritengo di aver fornito alcune utili indicazioni, anche se disorganiche, poiché non dispongo di una relazione onnicomprensiva; mi riservo comunque di fornire ulteriori delucidazioni al più presto, anche in base alle richieste fatte dai deputati presenti. Il dottor Falcitelli interverrà ora per integrare la mia relazione.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale della programmazione sanitaria*. Vorrei aggiungere soltanto alcune informazioni relative, in primo luogo, alla verifica della spesa sanitaria per il 1991, che si sta compiendo in sede di conferenza Stato-regioni, quindi a livello tecnico: se ne stanno infatti occupando funzionari del servizio centrale della programmazione sanitaria e funzionari regionali. Il calcolo viene effettuato in base alla spesa evidenziata dai rendiconti trasmessi dalle singole unità sanitarie locali; mancano soltanto i dati relativi ad alcune regioni meridionali e quindi la verifica verrà completata entro la prossima settimana.

Come è già stato indicato, tra il 1991 ed il 1990, l'incremento di spesa per le singole voci è stato delle seguenti entità: del 18 per cento per il personale; del 12,20 per cento per i beni e i servizi; del 18 per cento per la medicina generale convenzionata; del 4,25 per cento per la spesa farmaceutica; dell'11,96 per cento per la medicina convenzionata degli ospedali; del 24, 50 per cento per la medicina convenzionata interna; dello 0,03 per cento per la medicina convenzionata esterna; del 29,83 per cento per le altre prestazioni. Da tali indicazioni si evince quanto segue: le spese che sono aumentate in misura maggior sono quelle per le altre prestazioni e per la medicina convenzionata interna, mentre hanno registrato un aumento inferiore le spese relative a beni e servizi e quelle per la farmacia e l'ospedaliera convenzionata.

Una volta terminata la verifica insieme con le regioni delle cifre relative alla spesa, si deciderà quali misure adottare per le ulteriori somme occorrenti al ripiano definitivo della spesa sostenuta nel 1991

rispetto a quella preventivata e parzialmente coperta con lo stanziamento di 5.600 miliardi.

Un'altra indicazione che ritengo opportuno aggiungere riguarda la spesa per il 1992, la cui previsione iniziale era di 87.700 miliardi. Va però considerata la manovra successivamente prevista dalla legge 30 dicembre 1991, n. 412, provvedimento collegato alla legge finanziaria 1992, che avrebbe dovuto comportare una minore spesa di 6.430 miliardi, per cui il fondo sanitario per il 1992 è stato calcolato pari a 81.270 miliardi. Rispetto alla manovra prevista all'inizio del 1992, è tuttavia certo che non spiegheranno effetti nell'anno in corso le voci previste per la riorganizzazione ospedaliera, per l'ospedaliera convenzionata e per la spesa farmaceutica, per un totale di 4.890 miliardi. Nel 1992, quindi, vi sarà sicuramente un aumento di spesa pari per l'appunto a 4.890 miliardi rispetto alla previsione di 81.270 miliardi.

Sempre in sede di conferenza Stato-regioni, in base a quanto previsto dalla citata legge n. 412, occorre compiere una verifica sull'andamento della spesa nel primo semestre del 1992; quindi, una volta terminata la verifica della spesa del 1991, verrà immediatamente avviata la verifica relativa al primo semestre del 1992, che si dovrebbe concludere entro la fine del mese di luglio. Da quest'ultima verifica, potrebbero risultare ulteriori spese aggiuntive, oltre ai 4.890 miliardi derivanti dalla mancata manovra cui accennavo. Per il momento ho concluso e mi dichiaro disponibile a rispondere ad eventuali richieste di chiarimento.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro De Lorenzo ed il dottor Falcitelli; invito i colleghi che desiderino farlo ad intervenire.

GIUSEPPE SARETTA. Vorrei sapere, signor ministro, in base alle voci che ci giungono ed a quanto si legge sui giornali, se sia prevista da parte del Governo un'ulteriore manovra di riduzione della spesa rispetto ai dati che ha appena ricordato il dottor Falcitelli.

FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità. L'onorevole Saretta ha posto un problema che obiettivamente e ragionevolmente trova automaticamente una risposta: non è possibile apportare ulteriori tagli. Al riguardo, esiste non soltanto un impegno formale del ministro della sanità, il che potrebbe essere considerato forse troppo poco, ma anche un impegno del Presidente del Consiglio dei ministri. Quest'ultimo, proprio nella sede del Consiglio dei ministri — per tale motivo, ritengo di potervelo riferire — ha affermato che per quei settori che sono oggetto dei disegni di legge di delega al Governo non è opportuno operare tagli di spesa. Da questo punto di vista, ritengo quindi che la posizione del Presidente del Consiglio sia significativa: poi, tutto può succedere e quindi non posso assumermi a livello personale responsabilità che sono invece collegiali. Comunque, i precedenti sono abbastanza confortanti, e d'altronde non vi è più nulla da tagliare.

Quella che eventualmente si può tentare, ma bisogna trovare il tempo necessario, è una lotta agli sprechi ed agli abusi: a tal fine, potrebbero essere utilizzati strumenti diversi, come la modifica delle prescrizioni per gli esenti. Non si tratta di tagli ma piuttosto di un'azione di risanamento morale. Per esempio, avviene spesso che per evitare di pagare il *ticket* ci si rivolga al pronto soccorso, il che comporta automaticamente l'esenzione per una determinata prestazione: si tratta di un fenomeno preoccupante, non soltanto per l'incidenza che può avere sulla spesa ma anche per gli effetti di intasamento che i centri di pronto soccorso possono subire con la conseguente perdita di efficienza nelle prestazioni d'emergenza.

Se si individuassero elementi in grado di rimuovere queste cause, sarei contento. Comunque, se anche si operasse in questa direzione, non bisognerebbe usare il termine « tagli ».

Al di là di questo — e in ogni caso non credo che avremmo il tempo per farlo perché rientrerebbe nella legge delega — non sono previsti tagli, né ce ne saranno.

GIUSEPPE SARETTA. Non sono quindi previsti tagli, né ci saranno in questa fase ulteriori oneri a carico dei cittadini.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. No, non ci saranno oneri aggiuntivi a carico dei cittadini. Credo, però, che l'intendimento dei ministri finanziari sia quello di evitare il trasferimento allo Stato dell'indebitamento delle regioni. Ripeto, al di là delle previsioni contenute nella legge n. 412, ritengo che i ministri finanziari non vorranno operare il ragionamento dei debiti delle regioni (almeno, stando a quanto ho ascoltato). Si tratta obiettivamente di un dato che deve essere tenuto in considerazione, a seguito dell'approvazione della legge n. 412.

EMMA BONINO. Chiedo la parola per formulare una proposta di rinvio, considerate le notevoli difficoltà che incontro rispetto alle cifre ed ai dati poc'anzi forniti dai nostri ospiti.

Non intendo ricollegarmi alla richiesta formulata da un collega all'inizio della seduta, mi si consenta tuttavia di ribadire che personalmente non sarei in grado di intervenire, in questo momento, sugli elementi forniti dal ministro, e che saranno riportati nel resoconto stenografico della seduta odierna. Riterrei più ragionevole aggiornare la riunione alla prossima settimana, anche perché è possibile che da oggi al prossimo mercoledì il Consiglio dei ministri avrà dato qualche indicazione aggiuntiva.

Diversamente rischieremmo di svolgere un dibattito destinato ad essere superato probabilmente dalle decisioni del Consiglio dei ministri di venerdì prossimo. Ad ogni modo, comprendo le difficoltà che lei incontra, signor ministro, nel fornire altri dati informativi perché, nel momento in cui un Governo chiede una legge delega, non è il singolo ministro ad « avventurarsi » in una determinata materia!

La proposta che avanzo — suggerita non solo dalla mia incapacità di intervenire ora, ma anche dalla opportunità di attendere i risultati del Consiglio dei ministri di venerdì prossimo — è quella di aggiornare

il dibattito odierno. Nella prossima riunione, la discussione potrebbe essere arricchita da una informativa del ministro circa le novità intervenute (e magari da noi già apprese dagli organi di stampa).

PRESIDENTE. Sulla proposta di rinvio avanzata dall'onorevole Bonino gradirei sentire il parere dei gruppi.

GIULIO CONTI. Signor presidente, ritengo che la richiesta formulata dall'onorevole Bonino sia opportuna e funzionale ai lavori della nostra Commissione, soprattutto per l'ampio spazio che il ministro ha dato al dibattito. Sono convinto della necessità di acquisire tutti i possibili elementi di valutazione politica per avviare una discussione costruttiva.

VASCO GIANNOTTI. Nel premettere che sono d'accordo con quanto affermato dai colleghi che mi hanno preceduto, mi permetterei di insistere con il ministro per avere ulteriori elementi di valutazione e conoscenza, oltre al resoconto stenografico della seduta odierna, dal momento che quanto è stato offerto finora risulta tanto importante quanto insufficiente.

In ordine alla spesa sanitaria, visto e considerato che dobbiamo impegnarci nel realizzare una « operazione verità » — ed il Governo si è impegnato in prima persona — credo sia utile avere indicazioni più compiute per poter valutare la spesa storica e l'attuale situazione.

In secondo luogo, vorrei ricordare che la nostra Commissione è competente per il settore sanitario. Domando pertanto al ministro De Lorenzo se non ritenga utile mettere in relazione la spesa con l'efficienza e la qualità dei servizi. È vero, signor ministro, che le è stato chiesto di fornire dati sull'andamento della spesa sanitaria; è altrettanto vero, però, che lei, in qualità di ministro, sarà interessato non soltanto a dimostrare a noi ed al paese che si è risparmiato, ma anche a consentire la valutazione del risparmio sul terreno dell'efficienza e della qualità del servizio. Senza tali indicatori, temo che la nostra discussione non raggiunga gli obiettivi sperati.

Pur ritenendo giusto quanto ha affermato la collega Bonino, ossia che il ministro non può improvvisare, vorrei sapere se egli sia in grado di anticipare l'orientamento del Governo, considerata la richiesta relativa alla legge delega.

Certo, finora abbiamo avuto notizie ufficiose, ma queste si sono rivelate precise. In proposito, vorrei sapere se tutto ciò in qualche modo risponda agli orientamenti del ministro o del Governo. Oppure il Governo non ha nulla da dire in materia? Sempre ai fini della discussione, riterrei utile che il ministro fornisse indicazioni di merito più sostanziose.

DANILO POGGIOLINI. Sono d'accordo che sarebbe prematuro avviare quest'oggi il dibattito anche se sarei assai curioso di ottenere dal ministro alcune anticipazioni in ordine alle decisioni che saranno assunte dal Governo. Mi rendo tuttavia conto che il ministro non può esaudire questo mio desiderio per ragioni di rispetto della collegialità dell'esecutivo.

Ritengo comunque opportuno rivolgere al ministro alcune domande, tendenti a chiarire taluni punti sui dati forniti alla Commissione. Vorrei sapere dal dottor Falcitelli, che ringrazio per la sua capacità di sintesi, se gli aumenti del 18 per cento relativi alle voci « personale e medicina generale » e del 24 per cento concernente la voce « medicina convenzionata » siano riconducibili all'entrata in vigore del nuovo contratto di lavoro.

Risulta chiaro che, la percentuale dello 0,03 per cento relativa al convenzionamento esterno rappresenta un comprensibile segnale di arresto della spesa, ma non si comprende l'aumento del 29 per cento riferito ad altre voci, peraltro non specificate.

Ho voluto porre questi quesiti, essendo favorevole alla proposta di rinvio del dibattito, pur ritenendo che si possano fin d'ora fare domande e richieste di chiarimento.

GIOVANNI ALTERIO. Credo che, se domande si debbono rivolgere al ministro De Lorenzo, esse debbano altresì indicare

gli argomenti che desideriamo siano oggetto della relazione che egli ci invierà.

ALDO GABRIELE RENZULLI. Mi dichiaro d'accordo con l'onorevole Bonino sull'opportunità di rinviare il dibattito. Desidero tuttavia fare alcune precisazioni.

Vorrei in primo luogo conoscere quale sia lo stato dei ripiani dei *deficit* pregressi.

Il ministro ha affermato che dei 4 mila 900 miliardi di *deficit* accumulatisi nel 1991 fanno parte voci relative a spese improprie. Ebbene, vorrei avere ulteriori chiarimenti al riguardo, nonché un'analisi più dettagliata delle voci componenti la spesa per il 1991.

Desidero altresì conoscere quali metodi e quali tempi siano stati individuati per l'attività della commissione tecnica istituita presso la Presidenza del Consiglio di ministri, in sede di conferenza Stato-regioni.

GIOVANNI ALTERIO. Al fine di ottenere dal ministro una visione generale dei problemi che ci consenta lo svolgimento di un dibattito approfondito, chiedo all'onorevole De Lorenzo di portare a conoscenza della Commissione la problematica concernente l'applicazione del fondo novennale sull'edilizia sanitaria, che deve rappresentare uno strumento qualificante di cambiamento della struttura sanitaria, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno.

STEFANO APUZZO. Signor ministro, le chiedo di chiarire come sia possibile che da un raffronto delle situazioni del servizio sanitario relative al Veneto ed alla Campania, assai diverse per qualità e quantità di servizi offerti, risulti che, nonostante le due regioni presentino una consistenza numerica della popolazione relativamente simile (5 milioni 854 mila abitanti la Campania e 4 milioni 397 mila abitanti il Veneto), la spesa sanitaria *pro capite* sia quasi identica.

Chiedo al ministro di presentarci un paio di casi-campione in cui l'offerta di servizi sanitari risulti più apprezzabile al nord che al sud (dove è decisamente insufficiente), perché ci si possa rendere

conto di come sia possibile che la spesa *pro capite* sia la stessa nonostante la marcata diversità qualitativa dei servizi socio-sanitari offerti.

SERGIO CASTELLANETA. Signor ministro, purtroppo non posso esprimere il suo stesso giudizio sugli amministratori straordinari delle USL. Nella mia regione, la Liguria, ne sono stati nominati venti e tra di essi non vi è neanche un *manager*. Desidero pertanto sapere quale sarà il futuro dei vertici delle USL, trascorsi i sessanta giorni di proroga.

Desidero altresì conoscere quale sia l'ammontare annuo complessivo della tassa sulla salute e quale sia il gettito derivante dal pagamento dei *ticket* sanitari.

Desidero infine sapere cosa avverrà del rinnovo del contratto dei lavoratori della sanità, scaduto da oltre un anno.

FEDERICO GUGLIELMO LENTO. Condivido la proposta della collega Bonino perché la discussione potrà più proficuamente svolgersi in relazione ai nuovi elementi che il ministro ci fornirà nella seduta di mercoledì prossimo. Condivido altresì l'opinione del collega Giannotti sull'opportunità che il ministro ci fornisca elementi sulla reale situazione del settore sanitario che vadano al di là delle aride cifre.

Mi rendo conto che il citato aumento del 18 per cento derivi dall'entrata in vigore del contratto; è un fatto, però, signor ministro, che nelle regioni meridionali la diminuzione della spesa è dovuta alla circostanza che non si pagano i creditori e che, quando essi vengono pagati, ciò avviene in base a decreti ingiuntivi, con un esborso quadruplo per la sanità. Inoltre, gli amministratori delle USL si fanno degli amici nominando i loro avvocati soprattutto in periodo elettorale.

Non ho una buona opinione degli amministratori straordinari delle USL, perché, come lei sa, signor ministro, in Sicilia essi sono stati estratti a sorte, dopo che i partiti di Governo, non essendo riusciti a mettersi d'accordo, avevano imbussolato i nomi di alcuni segretari comunali in pen-

sione, decretati *manager* sul campo, e di alcuni ingegneri, già responsabili degli istituti autonomi case popolari, con il risultato che lo sfascio della sanità è sotto gli occhi di tutti.

Signor ministro, quanto ho detto non deve certamente essere attribuito a lei; tuttavia, è a lei che spetta attivare una funzione di controllo in situazioni come quella, per esempio, della USL 17 di Gela, della quale sono dipendente, cui fa capo l'ospedale di Butera. In quest'ultimo, pur non essendovi alcun malato, vi sono tre medici, tre impiegati amministrativi e quindici elementi di personale parasanitario i quali percepiscono non solo lo stipendio ma anche lo straordinario, a fronte — lo ripeto — di nessun malato! Immagini lo sfascio della situazione sanitaria nella nostra isola.

Vi è un altro fatto che potrà interessarle (tra l'altro, in qualità di primario specialista in malattie infettive ho avuto modo di apprezzarla, signor ministro, per aver varato il piano anti-AIDS): nella nostra città, forse perché sono comunista o perché sono antipatico o forse perché sono antipatiche le malattie infettive, il mio reparto è stato chiuso per far posto ad un reparto di rianimazione che non funzionerà mai perché non vi sono né il personale (e con i tagli alla spesa pubblica non lo si potrà mai avere) né la necessaria mobilità. Scusi lo sfogo, indubbiamente dovuto alla mia situazione personale — che tuttavia concerne un problema di interesse generale — ma vi è un'altra questione: in Sicilia ed in altre parti d'Italia negli ospedali si assiste al caso di primari che diventano coordinatori o direttori sanitari, contravvenendo alla circolare da lei emanata. Di questo adempimento le do atto, però non è sufficiente: si deve attivare lei e ci dobbiamo impegnare noi parlamentari affinché talune situazioni tornino a funzionare, pur in presenza di *manager* e tecnici totalmente incompetenti in campo medico. La spesa sanitaria è diminuita perché nel meridione la gente che si trova ai limiti della sussistenza non può accedere a talune prestazioni; per esempio non può, per un figlio affetto da bronchite, pagare cinquantamila

lire di *ticket* per una ricetta. Con l'attuale disciplina dei *ticket* si è, infatti, arrivati a concedere l'assistenza gratuita soltanto ai vecchi poveri ed a nessun altro; in alcune regioni d'Italia si sono attivate le istituzioni locali, mentre in quelle meridionali ciò non è successo. Non si tratta, dunque, di un risparmio, signor ministro: nel Meridione siamo ritornati al « libretto di povertà » che, come lei sa, possedevano i venditori ambulanti, i quali poi arrivavano in ospedale con la... Mercedes! Non si può tornare al tempo in cui i medici visitavano gratis il venerdì al fine di compiere un'opera di carità cristiana, oppure alle collette per finanziare i cosiddetti viaggi della speranza.

Nei prossimi giorni le presenterò una serie di interrogazioni, signor ministro; la invito comunque a controllare l'operato degli assessori alla sanità nelle regioni meridionali d'Italia.

FERNANDO DI LAURA FRATTURA. Ricollegandomi alla domanda formulata dal capogruppo della democrazia cristiana, riconosco che la risposta fornita è stata precisa e puntuale; tuttavia non si deve dimenticare che l'articolo 4 della legge n. 412 del 1991 non poneva solo a carico delle regioni taluni adempimenti, molti dei quali sono venuti meno ad opera del Governo. Non si può dunque fare di ogni erba un fascio; capisco che non vi saranno ulteriori tagli — e condivido il suo pensiero, signor ministro — conformemente all'impegno da lei assunto, tuttavia non si deve far carico alle regioni più di quanto spetti loro in base alle competenze assegnate dall'articolo 4 della legge n. 412.

AUGUSTO BATTAGLIA. Secondo i dati che ci sono stati forniti, il costo che lo Stato avrebbe sopportato per il servizio sanitario sarebbe stato di 293 mila miliardi. Vi è poi la spesa a carico dei cittadini ed a questo proposito sarebbe interessante esaminare quanta parte della spesa sanitaria sia finita a carico di questi ultimi. La tassa sulla salute è una forma di contribuzione, mentre il pagamento del *ticket* è una partecipazione alla spesa. A

parte il fatto che dai dati relativi al 1991 non mi pare di notare una forma di risparmio, ritengo che si debba evidenziare se i cittadini si siano o meno accollati una parte della spesa sanitaria.

PRESIDENTE. Ha chiesto di intervenire nuovamente per una precisazione l'onorevole Conti. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Il ministro ha accennato al fallimento della proposta di accorpamento delle divisioni: vorrei sapere se questa difficoltà, unita a quella sulla mobilità del personale, sia dovuta a motivi sindacali o ad altre ragioni, anche perché si tratta di una delle poche forme possibili di risparmio negli ospedali.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Posto che non risponderò stasera ma in una prossima seduta della Commissione alle domande che mi sono state rivolte, mi pare doveroso chiarire immediatamente due questioni, prima che arrivino interrogazioni parlamentari non mirate ad ottenere un risultato positivo. Mi sembra opportuno ricordare ai colleghi parlamentari che i poteri di intervento del Ministero della sanità nei confronti delle regioni saranno nulli fino a quando non verrà istituito un potere sostitutivo, come avevo cercato di prevedere con la legge di riforma sanitaria che il Parlamento non ha approvato. Il Ministero della sanità deve chiedere il permesso per effettuare controlli in ambito regionale, tranne nel caso in cui vi siano disfunzioni di bilancio; non potete pertanto chiedere oggi al ministero di fare ciò che voi sostanzialmente non avete mai voluto che si facesse, in quanto l'autonomia regionale, portata agli estremi livelli, ha fatto sì che le regioni fanno quello che vogliono e lo Stato ne è completamente escluso.

Leggerò dunque con piacere le interrogazioni che mi perverranno e potrò anche esprimere ai loro presentatori la mia solidarietà personale ma, se si continuerà ad esaltare il regionalismo, da una parte vi sarà la povertà e dall'altra la ricchezza.

Passando ad un'altra questione che non attiene ai quesiti di ordine tecnico, debbo dire che per quanto riguarda il problema dell'efficienza e della qualità dei servizi esiste la commissione di verifica sulla qualità assistenziale, il cui presidente nazionale è il presidente della FNOM, onorevole Poggiolini, il quale ha da poco acquisito questa ulteriore responsabilità. Purtroppo non tutte le regioni hanno attivato tale controllo, nonostante avessimo posto proprio tale condizione per dare incentivo alla produttività. Se non si attiveranno queste commissioni sarà difficile per il ministero ricavare dei dati.

Comunque, qualcosa è in nostro possesso; abbiamo anche inviato circolari agli amministratori straordinari per « Sanità amica » ricevendone alcune risposte. Metteremo a vostra disposizione i dati in nostro possesso, sottolineando come le Commissioni di verifica non ci hanno comunicato i loro sulla qualità dell'assistenza.

In merito all'orientamento del Governo, desidero dire che non sono stato invitato dal Presidente del Consiglio a predisporre norme volte ad introdurre tagli alla spesa; né decisioni in tal senso possono essere prese senza che io ne venga informato.

In merito a quanto è emerso sui giornali, — ho precisato questo punto ieri con una dichiarazione molto secca resa all'ANSA — si tratta di una parziale riproduzione di alcune riflessioni su taluni provvedimenti — a nostro avviso più razionali — i quali eventualmente avrebbero potuto essere adottati in alternativa a decisioni che sembrava si stessero prendendo presso il Ministero del tesoro. Altri provvedimenti cui è stato fatto cenno risultano completamente inventati. Al momento attuale, con il Governo Amato, non viene esaminata presso il Ministero della sanità alcuna iniziativa riguardante tagli di spesa o aumenti dei *ticket*. Può darsi — ma non credo sia così perché non è stato ancora individuato il relativo strumento — che qualche iniziativa (ma non più di tanto) venga assunta per evitare abusi e sprechi.

In ordine alla legge-delega, il Presidente del Consiglio ha chiesto di mantenere una certa riservatezza, anche perché essa è il risultato di un ragionamento complessivo di Governo; non vorrei quindi dirvi una cosa oggi, per essere poi smentito domani. Comunque, ritengo che il provvedimento si basi su quanto il Parlamento ha elaborato in questi due-tre anni, in modo tale da consentirne una celere attuazione, tenuto conto dell'urgenza del problema.

Risponderò successivamente all'onorevole Renzulli, mentre all'onorevole Alterio desidero dire formalmente — sebbene l'argomento riguardi altra materia, dato che la sanità investe un insieme molto complesso — perché rimanga agli atti che, per quanto attiene agli studi sulla fattibilità e a tutto ciò che si riferisce alla utilizzazione delle risorse previste dall'articolo 20 della legge finanziaria, presso il nucleo di valutazione non vi è neppure una proposta in attesa di essere esaminata. Tutti i progetti sono stati vagliati: quelli non approvati sono stati inviati alle regioni, per cui si aspetta di esaminare i correttivi agli studi di fattibilità; viceversa, quelli approvati sono all'esame del CIPE. Il cambio di Governo ha prodotto alcuni ritardi; ho già informato il ministro Reviglio dell'urgenza di giungere all'approvazione di questi studi sulla fattibilità. Non esistono dunque ritardi da parte del Ministero della sanità, né per quanto riguarda l'articolo 20 della legge finanziaria, né per quanto concerne la legge n. 135 del 1990 sull'AIDS. Tutti i progetti pervenuti sono stati approvati e tutti quelli che dovranno essere attuati saranno presentati comunque entro il prossimo 30 luglio; a partire da tale data la legge sull'AIDS sarà completamente operativa.

Per quanto concerne il decreto-legge e quanto accadrà allo scadere dei sessanta giorni, cercheremo, con la collaborazione del Senato, di introdurre nella legge di conversione un emendamento volto a correggere le eventuali disfunzioni registrate in alcune regioni da parte di taluni amministratori straordinari. Se il Senato riterrà di collaborare con il Governo recependo l'emendamento, forse questo decre-

to-legge sarà convertito in tempo e allora daremo — questa è l'intenzione del Governo — stabilità per un anno; la proroga, infatti, non può avere durata inferiore se deve avere valore e dare certezza agli amministratori. Questo non significa introdurre elementi di automatismo, ma attribuire responsabilità alle regioni; se quindi qualcuno non opera in modo corretto, è lottizzato e cura ancora gli interessi per conto di altri, che la regione provveda! Volete il regionalismo? Allora, lo Stato centrale non può verificare i singoli casi! Forniremo alle regioni gli strumenti per poter intervenire.

In merito alla questione posta sulla circolare relativa ai direttori sanitari, ciò sta a significare che noi abbiamo evidenziato il problema. Abbiamo compreso — questa è una delle ragioni per cui l'emergenza sanitaria non funziona — che in moltissimi casi, purtroppo, già i vecchi comitati di gestione ed anche gli attuali amministratori straordinari non affidano l'incarico di direttore sanitario o di direttore amministrativo a chi ha la capacità per conoscenze e per specializzazioni acquisite di carattere igienico, sanitario ed organizzativo per svolgere seriamente tali funzioni. Non abbiamo il potere di imporre nulla alle regioni! Abbiamo inviato la circolare, abbiamo detto alle stesse di applicare le norme di legge, ma non le hanno imposte agli amministratori straordinari. Se lo avessero fatto, le regioni avrebbero avuto il potere di rimuovere quegli amministratori che non avessero agito correttamente. Più di questo lo Stato centrale non può fare. Se verrà emanato un decreto-legge, cercheremo di inserirvi una norma volta a creare una forma di incompatibilità, in modo tale che non sia offerta la possibilità di essere contemporanea-

mente primari e direttori o coordinatori sanitari; in tal modo ciascuno potrà dedicare tutto il suo tempo all'attività prescelta.

Desidero assicurare ai colleghi, tra cui l'onorevole Bonino, i quali hanno rivolto domande sulla spesa sanitaria, che faremo pervenire entro domani o più probabilmente dopodomani alcune tabelle, qualche grafico e qualche appunto (non certamente una relazione complessiva su tutto) in modo tale che i commissari possano disporre, già a partire da venerdì prossimo, di materiale aggiuntivo. Esso, unitamente al resoconto stenografico di questa seduta, potrà contribuire ad offrire una visione più completa della materia qui trattata. Forniremo poi ulteriori risposte, qualora venissero richiesti altri chiarimenti in aggiunta a quelli che già il dottor Falcitelli ha dato attraverso la rapida lettura delle percentuali. Tutto ciò vi permetterà di avere una conoscenza, sia pure approssimativa, dell'intera questione attinente alla spesa sanitaria, che certamente deve essere approfondita, dato che su di essa dovremo lavorare molto in Commissione.

PRESIDENTE. Preso atto delle richieste avanzate da alcuni gruppi, sospendo l'audizione, rinviandone il seguito a mercoledì 15 luglio 1992, alle 16,30.

La seduta termina alle 19,20.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 23,30.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO