

## COMMISSIONE XII

## AFFARI SOCIALI

## XVIII

## SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 OTTOBRE 1993

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

**SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEI MINISTRI DELLA SANITÀ, ONOREVOLE MARIAPIA GARAVAGLIA; DEL TESORO, PROFESSOR PIERO BARUCCI; E PER LA FUNZIONE PUBBLICA, PROFESSOR SABINO CASSESE, IN ORDINE ALLE INIZIATIVE DEL GOVERNO CIRCA IL RIORDINO DEL SETTORE SANITARIO**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN**

## INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
<b>Seguito dell'audizione dei ministri della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia; del tesoro, professor Piero Barucci; e per la funzione pubblica, professor Sabino Cassese, in ordine alle iniziative del Governo circa il riordino del settore sanitario:</b>	
Armellin Lino, <i>Presidente</i> .....	425, 427, 431, 434, 435
Delfino Teresio (gruppo DC) .....	433
Conti Giulio (gruppo MSI- destra nazionale) .....	430, 431, 432
Fronza Crepez Lucia (gruppo DC) .....	429, 430, 432
Malvestio Piergiovanni, <i>Sottosegretario di Stato per il tesoro</i> .....	425, 434
Trupia Abate Lalla (gruppo PDS) .....	427, 430
<b>ALLEGATO: Documentazione presentata dal sottosegretario di Stato per il tesoro, onorevole Piergiovanni Malvestio</b> .....	<b>437</b>

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 16,20.**

**Seguito dell'audizione dei ministri della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia; del tesoro, professor Piero Barucci; e per la funzione pubblica, professor Sabino Cassese, in ordine alle iniziative del Governo circa il riordino del settore sanitario.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, dei ministri della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia; del tesoro, professor Piero Barucci; e per la funzione pubblica, professor Sabino Cassese, in ordine alle iniziative del Governo circa il riordino del settore sanitario.

Ricordo che l'audizione richiesta ai rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro e per la funzione pubblica è diretta ad approfondire le iniziative che il Governo ha adottato o intende assumere per il settore sanitario, in particolare le iniziative per dare attuazione e assicurare i necessari finanziamenti al decreto legislativo di riordino del settore sanitario, presentato per il parere alla Commissione, e al piano sanitario nazionale.

Informo la Commissione che i ministri del tesoro e per la funzione pubblica hanno confermato di non poter intervenire nemmeno oggi, per impegni precedentemente assunti.

Alla seduta odierna, in rappresentanza del Ministero del tesoro, interverrà il sottosegretario di Stato, onorevole Malvestio, che ringrazio fin da adesso.

Ciò detto, do senz'altro la parola all'onorevole Malvestio.

PIERGIOVANNI MALVESTIO, *Sottosegretario di Stato per il tesoro*. Signor presidente, onorevoli colleghi, in merito al complesso delle iniziative di riordino nel settore sanitario si rappresenta che i provvedimenti adottati, nel corso di questa legislatura, scontano l'attuale situazione della finanza pubblica che richiede l'adozione di misure incisive e di immediata operatività, volte ad assicurare il pieno conseguimento degli obiettivi di bilancio.

Il decreto-legge n. 384 del 1992, convertito nella legge 14 novembre 1992, n. 438, ha costituito uno dei provvedimenti di fondamentale importanza per l'attuazione della manovra di bilancio. Esso, da una parte, ha sancito il principio che il servizio sanitario nazionale non può più assicurare una copertura di tipo assistenziale a tutti i cittadini, dall'altra ha anticipato l'obiettivo della razionalizzazione e del riordino del servizio sanitario nazionale conseguito compiutamente con la legge delega conferita al Governo nell'ottobre 1992 (legge 23 ottobre 1992, n. 421).

La normativa introdotta con la citata legge n. 438 si muove nella direzione di adottare anche per il 1993 livelli uniformi di assistenza sanitaria strettamente correlati alla quantificazione del Fondo sanitario nazionale.

Detta quantificazione tiene conto degli effetti finanziari di contenimento della spesa stimati in complessivi 4.410 miliardi di lire, di cui 1.265 miliardi quali maggiori entrate assicurate alle regioni dalla quota fissa di 85 mila lire dovuta dai cittadini con redditi superiori ai limiti previsti dall'articolo 6, comma 2, della richiamata legge n. 438.

Sulla base dei suddetti interventi di contenimento della spesa, è stato possibile limitare il fabbisogno del settore per il 1993 a 91.880 miliardi finanziati per 82.890 miliardi con il Fondo sanitario nazionale, 4.580 miliardi con le entrate proprie delle unità sanitarie locali e la partecipazione delle regioni a statuto speciale, per 1.265 miliardi con la quota di accesso alla medicina di base e per 3.145 miliardi con una maggiore partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

Peraltro, in sede di attuazione delle norme relative alla fissazione di un tetto di spesa per gli esenti nel settore farmaceutico, previste dalla citata legge n. 438 del 1992, si è reso necessario prevedere, con il decreto-legge n. 20 del 1993, il differimento dei termini di entrata in vigore della suddetta disposizione.

Vi è da segnalare, ancora, che in fase di reiterazione del predetto decreto-legge n. 20 del 1993 (reiterato dai successivi decreti-legge n. 100 del 1993, n. 179 del 1993 e n. 397 del 1993), tuttora in fase di conversione, si è ritenuto di elevare il tetto annuo delle ricette per la fruizione dell'assistenza farmaceutica agli esenti con effettive necessità terapeutiche. Si è provveduto, inoltre, ad assegnare ai comuni un contributo statale da destinare alla copertura delle spese sostenute per il finanziamento dell'assistenza sanitaria in favore dei cittadini indigenti (80 miliardi).

A parziale copertura degli oneri recati dalle suddette innovazioni, è stata disposta la riduzione dei prezzi delle specialità medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale, in linea con l'obiettivo del Governo volto ad acquisire un risparmio effettivo nel settore farmaceutico.

In proposito, la Federfarma, in questi giorni, ha reso noto i positivi risultati, conseguiti nel primo semestre dell'anno 1993, per effetto delle misure adottate con la richiamata legge n. 438 del 1992 e della riduzione dei prezzi dei farmaci.

Il raffronto con il medesimo periodo dell'anno 1992, mostra il conseguimento di un risparmio in termini di consumo di ricette pari al 32 per cento a cui si associa una riduzione del fatturato lordo e di

quello netto, rispettivamente del 14,5 per cento e del 14 per cento.

La proiezione dei dati disponibili consente di stimare un fatturato netto nel settore farmaceutico che, a fine anno, si attesterà sui 12 mila miliardi di lire, con un risparmio di spesa di circa 2 mila miliardi.

Fin qui, ho cercato di riepilogare i principali provvedimenti in materia sanitaria adottati dal Governo con il ricorso alla decretazione d'urgenza.

L'introduzione di un organico disegno di riforma del settore sanitario si è ottenuto con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 attuativo della legge-delega 23 ottobre 1992, n. 421, che opera un'inversione di tendenza nell'attuale configurazione dei rapporti tra lo Stato e le regioni ponendo a loro carico la piena responsabilità finanziaria in caso di erogazione di servizi sanitari eccedenti gli standards prefissati.

Un ulteriore contributo per il riordino strutturale del settore sanitario, sarà fornito dal provvedimento governativo di modifica del decreto legislativo n. 502 del 1992, attualmente in discussione in Parlamento.

Le direttrici di fondo sulle quali poggia la proposta di modifica possono esser così riepilogate: in primo luogo, affidare poteri legislativi e di programmazione alle regioni, lasciando allo Stato la funzione di indirizzo, promozione, coordinamento e controllo; in secondo luogo, individuare più accentuati criteri aziendali nella gestione della sanità; in terzo luogo, garantire standard e parità di diritti nell'accesso ai servizi sanitari essenziali, introducendo solidali principi nella partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria.

Per il 1994 le misure di contenimento della spesa introdotte con il disegno di legge di accompagnamento alla legge finanziaria (atto Senato n. 1508), sono incentrate principalmente sul comparto del personale sanitario, sul settore farmaceutico, nella revisione della dotazione di strutture ospedaliere, sull'adeguamento della contribuzione sanitaria e sulla previsione di un maggior concorso al finanzia-

mento del servizio sanitario da parte delle regioni a statuto speciale.

La quantificazione del Fondo sanitario nazionale, inserita nel disegno di legge di bilancio a legislazione vigente, è analiticamente indicata nell'allegata tabella A, che è riportata in allegato alla presente relazione.

In merito ai dati di spesa registrati dalle regioni, negli anni 1989-1992 si rappresenta quanto segue: negli allegati prospetti illustrativi (tabelle 1,2,3 e 4) sono state riportate le entrate complessive delle regioni e le spese dalle medesime sostenute, per ciascuno degli anni 1989, 1990, 1991 e 1992 indicate distintamente per funzioni di spesa e per singola regione; gli scostamenti tra le entrate e le spese, peraltro ancora in fase di assestamento, sono stati finanziati per gli importi e con le modalità illustrate dalle allegate tabelle 5,6,7, e 8.

Per una chiara lettura dei dati riportati nelle suddette tabelle, tuttavia, si rende necessario premettere che i dati relativi alle spese si riferiscono ai rendiconti trimestrali che le USL inviano periodicamente al Ministero della sanità. Essi, pertanto, non riflettono la spesa effettiva fino al momento del definitivo completamento delle operazioni di ripiano, peraltro ancora in fase di formalizzazione da parte delle regioni.

Questo spiega anche il motivo per cui gli importi dei disavanzi risultanti dai rendiconti trimestrali non coincidono con quelli comunicati dalle regioni nel momento in cui le medesime presentano la richiesta di mutuo. Le differenze risultanti dalle tabelle sono imputabili, pertanto, a questa spiegazione.

Per l'anno 1992, inoltre, si segnala che la spesa comunicata dalle regioni e risultante dal rendiconto del quarto trimestre 1992 non è stata ancora verificata a livello centrale. Pertanto, l'eccedenza di spesa per il 1992, pari a circa 2.900 miliardi, nonostante l'integrazione per 6.130 miliardi del Fondo sanitario nazionale 1992, approvata con la legge n. 67 del 1993, non può essere imputata automaticamente ad una sotto-stima del fabbisogno, ma è da verificare se

imputabile alla mancata attivazione degli strumenti di contenimento della spesa messi a disposizione delle regioni dalla vigente legislazione. In quest'ultimo caso, gli oneri per il ripiano del disavanzo graveranno sui bilanci regionali.

In conclusione, ricordo che le operazioni di mutuo, allo stato, risultano attivate per i seguenti importi: per il 1989 i mutui erogati sono pari a 3.066 miliardi, quelli da erogare pari a 4.700 miliardi, per un totale di 7.766 miliardi; per il 1990 i mutui erogati sono pari a 4.821 miliardi, quelli da erogare pari a 9.832 miliardi, per un totale di 14.653 miliardi; per il 1991 i mutui erogati sono pari a 3.372 miliardi, quelli da erogare pari a 8.317 miliardi, per un totale di 11.689 miliardi; per il 1992, infine, i mutui erogati sono pari a 1.839 miliardi, quelli da erogare a 4.291 miliardi, per un totale di 6.130 miliardi.

Sono queste le considerazioni che intendevo svolgere con riferimento ai problemi accennati nella richiesta di audizione del rappresentante del Tesoro. Lascio tuttavia a disposizione della Commissione la documentazione contenente i dati contabili, che potrebbe rivelarsi utile per la verifica di certe situazioni.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il sottosegretario di Stato onorevole Malvestio sia per la sua relazione sia per la documentazione consegnata alla presidenza e che verrà pubblicata in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

Do ora la parola ai colleghi che intendano formulare delle domande.

**LALLA TRUPIA ABATE.** All'onorevole Malvestio, che ringrazio per essere intervenuto in questa sede, faccio presente che rimane in me più di un dubbio, come per altro avevo già avuto modo di rilevare nel corso di una precedente seduta, riguardo al piano sanitario nazionale.

Il seguito dell'audizione odierna era stata richiesta oltre che per discutere sulle proposte del Governo circa il riordino del settore sanitario anche per valutare cosa fare in merito al parere da esprimere sul piano sanitario.

Al riguardo debbo subito dire che non avuto risposte convincenti da parte del sottosegretario di Stato per il tesoro.

Il quesito che avevamo posto era in sostanza quello di sapere come sia possibile arrivare all'approvazione di un piano sanitario nazionale, in assenza — come ci ha confermato ieri lo stesso ministro della sanità, onorevole Garavaglia — di un qualsiasi programma di spesa. Le scelte di fondo del piano vengono contraddette da quelle che il Governo va facendo in ordine alle modifiche da apportare al decreto legislativo n. 502, e da quelle relative alla legge finanziaria, in parte confermate dall'onorevole Malvestio.

Come ho appena detto noi siamo chiamati ad esprimere oggi un parere su un piano sanitario nazionale, in ordine al quale non è prevista alcuna copertura finanziaria. Ritengo che ciò sia quasi allucinante, direi quasi da film di fantascienza.

Vorrei quindi sapere come sia possibile che gruppi politici, che pure apprezzano gli indirizzi, anche nuovi (ad esempio nel campo della prevenzione), e le priorità contenute nel piano, e che si sono dette disponibili ad approvarlo, magari con eventuali modifiche, possano farlo quando non si comprende dove si reperiscano le risorse necessarie, ed anzi vengono rinnovate scelte che vanno verso altre direzioni.

Come abbiamo detto altre volte, sarebbe stato importante che nella legge finanziaria si fosse avviata un'operazione-verità sul fabbisogno del sistema sanitario, al fine di dare certezza alle regioni circa le risorse disponibili.

Diamo per buoni i dati e le cifre qui ricordati dal sottosegretario Malvestio relativamente al tetto di spesa sanitaria prevista per il triennio 1992-1994.

Ci sono tuttavia, secondo quanto a noi pare, alcuni conti che non tornano, proprio rispetto alle risorse del sistema. Ci risulta per esempio che la previsione contenuta nella finanziaria — pari a 41.638 miliardi per il 1994 e a 44.102 miliardi per il 1996 — non sia reale. Come diceva anche l'onorevole Giannotti in più occasioni ed anche la volta precedente, deve essere calcolato il

peso degli ammortamenti dei mutui pari a più di 4.200 miliardi nel 1994 e a 2.186 nel 1995. Allora, queste risorse non sono più tali; dal calcolo veritiero da noi effettuato risulta che tali somme sarebbero pari a 37.378 miliardi nel 1994 e a 44.102 per il 1996.

La stessa cosa si può dire per quel che riguarda il trasferimento alle regioni. Non possiamo non compiacerci per il fatto che il Governo abbia compiuto — spero non solo a parole — una svolta rispetto all'indirizzo del ministro De Lorenzo nel momento in cui insiste molto sulla regionalizzazione delle risorse e della gestione. Tuttavia, se poi andiamo a verificare i fatti, vediamo che in merito ai trasferimenti dei contributi alle regioni ancora una volta i conti non tornano: nel decreto-legge n. 502 si parla di una somma di 47.162 miliardi da attribuire alle regioni. Occorre tuttavia considerare, se non vogliamo fare supposizioni più che calcoli reali, che nel 1993 la somma dei contributi da incassare, secondo quanto a noi risulta, è prevedibile in 52.941 miliardi; ci domandiamo allora perché ne vengano ascritti soltanto circa 47 mila.

In sostanza ci risulta che sul punto delicatissimo delle risorse nella finanziaria siano previsti 11-12 mila miliardi in meno rispetto alle previsioni di spesa per il 1993.

Chiedo allora: se questa sottostima del fabbisogno esiste — poiché la matematica non è un'opinione — significa che una serie di obiettivi posti rispetto al piano sanitario nazionale sono « aria fritta », il « libro dei sogni », una presa in giro per il Parlamento.

Un altro punto delicato che potrebbe mettere ancor più in ginocchio le regioni riguarda i fondi per gli investimenti; non siamo in presenza di una svolta positiva, anzi nei disegni di legge finanziaria e di bilancio sono quasi scomparse le voci relative agli investimenti per la sanità. Così come abbiamo fatto l'anno scorso, condurremo una battaglia perché vengano nuovamente inseriti nelle previsioni alcuni fondi di investimento con un accantonamento di almeno 1.500 miliardi per i tre anni.

Per quanto riguarda la manovra di contenimento — mi riferisco all'articolo 13 — il Governo non dà il senso di voler voltare pagina rispetto alle misure ingiuste e scellerate del ministro precedente. In fondo si aumentano ancora i ticket; è vero — ne parlavamo ieri con il ministro — che vengono previste esenzioni per i cittadini da zero a dodici anni e per gli ultrasessantacinquenni, ma questa misura, che pure ha un suo fascino e un suo impatto sociale, alla resa dei fatti è ingiusta perché superando ogni riferimento al reddito vengono penalizzate soprattutto le famiglie con reddito da lavoro. Questa proposta quindi non si traduce in un minor inasprimento dei ticket.

Riassumendo, non ci sembra di ravviare un cambiamento di rotta. Sul piano del reperimento delle risorse non vi è alcuna sostanziale novità, anzi abbiamo buoni motivi per essere allarmatissimi in considerazione della situazione che si può venire a creare in seguito al peso che graverà ancora una volta sulle regioni.

Tra le proclamazioni — piano sanitario nazionale, scelte di fondo verso la prevenzione, nuovi investimenti in sanità — e le scelte del Governo vi è un abisso. Non ho motivo per ritenere che le volontà manifestate dal ministro Garavaglia non siano credibili, non corrispondano al suo effettivo pensiero, ma non possiamo non segnalare la distanza tra le volontà da lei espresse e ciò che il Governo fa, non so se alle sue spalle, ma comunque senza di lei.

Delle due l'una: se siamo chiamati a dare un parere magari positivo sul piano sanitario nazionale, allora vorremmo sentire dal Governo una parola di modifica delle scelte compiute nella finanziaria e nel decreto legislativo n. 502, in modo che siano quanto meno coerenti con alcuni indirizzi di fondo del piano stesso; se questa volontà politica manca faremo la nostra battaglia parlamentare.

Reputo che non sia possibile esprimere un parere su un piano sanitario nazionale senza copertura finanziaria prima che sia espresso il voto sulla legge finanziaria. Dico sinceramente che siamo un po' stanchi di perdere il nostro tempo e di pren-

derci in giro, per cui vogliamo sapere dal Governo se condivide fino in fondo gli orientamenti nuovi, in parte anche coraggiosi contenuti nel piano sanitario nazionale. In caso affermativo deve avere l'umiltà di venire in Commissione per annunciare l'intenzione di modificare alcune scelte che si muovono in un'altra direzione. Se così non è, penso sia interesse nostro, del Parlamento e dello stesso ministro Garavaglia non fare la figura di votare sul nulla, di esprimere un parere magari favorevole su belle parole poi contraddette dal Governo, che farà poi tutto quello che vuole, esattamente il contrario di quanto da noi espresso.

LUCIA FRONZA CREPAZ. Come relatrice del provvedimento riguardante il piano sanitario nazionale, vorrei aggiungere qualche specificazione. Purtroppo, ieri non ho potuto essere presente durante l'audizione del ministro Garavaglia, ma ho avuto un aggiornamento dai colleghi e dal ministro stesso rispetto al piano.

Vorrei anzitutto sottolineare che esso non rappresenta una spesa in più rispetto al Fondo sanitario nazionale; è un modo di condurre la sanità, un luogo dove si fanno le scelte all'interno del *budget* del fondo stesso, è un documento in cui vengono indicate alcune priorità, viene detto in che modo sarà governata la sanità, viene specificato il modello organizzativo.

Dobbiamo invece chiedere — in questo condivido le osservazioni dell'onorevole Trupia, d'altra parte mi sembra che l'onorevole Garavaglia già ieri avesse espresso e comunque questa mattina ha ribadito il suo assenso in proposito — che le ultime tre pagine riguardanti il capitolo del fabbisogno finanziario del piano sanitario nazionale vengano reintegrate.

Il ministro ha dato la sua disponibilità ed ha affermato la necessità di questo reinserimento affinché il piano non si trasformi in un libro dei sogni. Ho preparato un parere in cui viene affermata questa necessità. Dobbiamo certamente sottolineare che secondo il piano sanitario nazionale alcuni aspetti — i livelli assistenziali, la ricerca, l'organizzazione dei tra-

pianti, delle rilevazioni delle « necessità », delle ricerche epidemiologiche — vengono affrontati a livello centrale, altri, quelli programmatici e di controllo, vengono lasciati alle regioni.

Quindi è giusto che il piano sanitario nazionale — c'è per altro la disponibilità del ministro della sanità in questo senso — sia portato all'esame del Consiglio dei ministri nel testo che contiene anche le ultime tre pagine di cui si è qui parlato.

In proposito, ricordo che a metà luglio, allorché fu presentato il piano sanitario nazionale, non era ancora pronta la legge finanziaria e quindi non si sapeva quale fosse il *budget* disponibile. Poiché ora la finanziaria è stata predisposta, ritengo sia possibile reintegrare nel piano il capitolo relativo al fabbisogno finanziario.

Quanto al Fondo sanitario nazionale ognuno di noi potrà giudicare in un momento successivo se esso sia sufficiente o meno (d'altronde credo fin da ora che un giudizio di insufficienza sia giustificato dalle cifre che conosciamo).

In conclusione, al punto in cui ci troviamo penso sia legittimo — lo ripeto — che il ministro della sanità, dopo aver acquisito il parere della nostra Commissione, reintegri il piano sanitario nella parte relativa al fabbisogno finanziario.

Ciò detto vorrei precisare, infine, che il piano sanitario non è una quota aggiuntiva rispetto al Fondo sanitario nazionale!

LALLA TRUPIA ABATE. È per questo che ho posto il problema, proprio perché non è aggiuntivo!

LUCIA FRONZA CREPAZ. Ma è un modo di condurre il Fondo sanitario, ossia di rivedere la programmazione, il tipo di controlli, i distretti sanitari di base (affinché esso risulti organico con il piano sanitario nazionale), dando alle regioni un preciso indirizzo relativamente all'attuazione, per esempio, del progetto-obiettivo anziani, approvato lo scorso anno e già dotato di finanziamento.

In altri termini, sappiamo che non si parte da zero. Quando infatti parliamo, per esempio, di progetto-obiettivo in tema di

maternità ed infanzia non si parte — lo ripeto — da zero. Si tratta dunque di riorganizzare il Fondo sanitario alla luce del piano sanitario nazionale.

Del resto, lo stesso decreto legislativo n. 502 non prevede per tale piano una spesa aggiuntiva, considerandolo piuttosto un modo di gestire il sistema sanitario.

Il piano sanitario nazionale non è cioè una opzione in più, per cui se ci sono i finanziamenti esso dovrà essere approvato altrimenti no. Ma alla luce della legge n. 833 del 1978 e della legge n. 595 del 1985 tale piano rappresenta una forma di attuazione del servizio sanitario nazionale, non costituendo, come ho detto poc'anzi, un capitolo aggiuntivo.

GIULIO CONTI. Signor Presidente, dopo aver ascoltato ieri l'intervento del ministro della sanità, onorevole Garavaglia, ed oggi quello del sottosegretario di Stato per il tesoro, onorevole Malvestio, mi sono posto, anche a nome del mio gruppo, alcuni interrogativi. Quanto di politica si può lasciare nel comparto sanitario? Quanto si vuole spendere per la sanità e quest'ultima deve essere per forza una fonte di risparmio? Infine, sono aumentate o diminuite le necessità e le richieste di assistenza da parte dei cittadini? A ben vedere si tratta di interrogativi di fondo che interessano la sanità e ai quali occorre rispondere.

Poc'anzi l'onorevole Fronza Crepez ha affermato che il nuovo piano sanitario nazionale è soltanto un modo di impostare, di affrontare e di gestire i problemi della sanità. Personalmente ritengo che la collega abbia ragione, ma in senso negativo. Se infatti esaminiamo questo piano sanitario che dovrebbe provvedere alle necessità della popolazione italiana per il triennio 1994-1996 è possibile constatare che in esso non vi è alcunché di nuovo rispetto ai precedenti piani sanitari, anzi in esso vi è qualcosa in meno! L'unica novità, se vogliamo, è rappresentata dal riferimento ai risultati di alcune indagini e dati statistici di provenienza della Organizzazione sanitaria mondiale.



Credo che se il piano sanitario nazionale verrà approvato nell'attuale testo (e mi meraviglia l'entusiasmo dimostrato poc'anzi dall'onorevole Trupia Abate) ci troveremo dinanzi ad una riduzione delle spese relative a questo comparto.

In ordine alla spesa farmaceutica, è vero che nei primi sei mesi del 1993 essa è diminuita, ma è altrettanto vero che è diminuito in maniera enorme (del 26-28 per cento) il numero delle ricette rilasciate dai medici di base. Tale diminuzione, registrata al 30 giugno di quest'anno, è continuata fino al 31 agosto scorso. Sappiamo tutti, però, dell'esistenza dei bollini (prima 16 e poi 24) e che essi sono stati « consumati » completamente prima della fine dello scorso mese di settembre. La conseguenza di ciò sarà che negli ultimi mesi di quest'anno avremo la sorpresa di registrare un nuovo aumento nel consumo dei farmaci. Dunque, la previsione fatta qualche tempo fa dall'ex ministro De Lorenzo era assolutamente insufficiente, per non dire assurda, a fronte di quelle che erano le necessità di spesa, soprattutto se si tiene presente che stiamo andando incontro alla stagione invernale e che pertanto la spesa destinata all'acquisto di farmaci aumenterà inevitabilmente.

Unitamente alla riduzione della spesa farmaceutica (calcolata intorno al 10-15 per cento, a seconda delle regioni) si è registrata una diminuzione del numero dei « pezzi » consumati anche se il prezzo del singolo farmaco è aumentato. Del resto, questo è possibile accertarlo sulla base delle specialità farmaceutiche in commercio e del relativo prezzo praticato rispetto a quello degli anni precedenti. Il che vale soprattutto per i nuovi prodotti che sono stati inseriti nel prontuario farmaceutico.

Non possiamo quindi continuare a chiudere gli occhi dinanzi a quanto sta accadendo in Italia rispetto ad altri paesi avanzati del mondo. Nel nostro paese, infatti, i prezzi dei farmaci, compresi quelli di maggior consumo, risultano del 40-60 per cento (ma in taluni casi anche del 100 per cento) più alti, per esempio, di quelli praticati in Francia. Da qui la necessità che il Governo individui quei

farmaci che comportano una spesa enorme, peraltro causata anche da vicende di natura politica e clientelare.

Ho voluto fare questo ragionamento perché ieri da parte del ministro della sanità, onorevole Garavaglia ed oggi da parte del sottosegretario di Stato per il tesoro, onorevole Malvestio la politica del farmaco è stata indicata come una fonte di risparmio.

Particolare considerazione meritano le strutture sanitarie. Fra di esse rientrano non solo le apparecchiature sulle quali « vige », come regola, in tutte le regioni e in tutte le USL d'Italia il più vergognoso scandalismo e la più vergognosa tangente — chiamiamola pure con il suo nome! — in uso tra chi vende e chi compra. È, questo, un altro aspetto che dovrà essere valutato se si vuole veramente fare una politica di risparmio.

Quanto poi alla politica dell'edilizia sanitaria non credo sia possibile, nella situazione attuale, portare avanti una proposta di legge (peraltro già al nostro esame) che preveda una spesa di 2.100 miliardi in questo specifico settore.

PRESIDENTE. Onorevole Conti, non si tratta di una proposta di legge ma di un decreto!

GIULIO CONTI. Questa spesa è assurda nel momento attuale, anche perché i nuovi ospedali progettati per la prevenzione e la cura della malattia nota con il nome di AIDS rappresenta una spesa che spesso non è giustificata. Come il sottosegretario sa, in tutte le regioni si cerca di chiudere gli ospedali e in alcune zone si è riusciti nell'intento, « ma nel contempo è stata prevista la costruzione di nuovi edifici, sicché ci troviamo di fronte ad una grande contraddizione dal punto di vista della politica che il Governo cerca di realizzare: alcuni ospedali vengono chiusi e nelle loro vicinanze vengono costruite strutture ospedaliere nuove dal costo di migliaia di miliardi per ricoverare malati di AIDS che potrebbero usufruire di strutture (precedentemente chiuse o in via di chiusura) adeguatamente ristrutturata e risanata per la cura di questo tipo di patologia.

Credo che il Governo dovrebbe riconsiderare le spese per l'edilizia ospedaliera, la cui riduzione comporterebbe un risparmio notevole, pari a quello previsto sul versante della spesa farmaceutica di tutto il 1993.

Mi rendo conto di combattere contro i mulini a vento soprattutto quando parlo di regionalizzazione della sanità. Già il ministro De Lorenzo, ed oggi in termini trionfali il ministro Garavaglia, sull'onda dell'indirizzo politico nazionale, sotto la spinta della lega — preceduta in ciò, ideologicamente, dall'orientamento dell'ex partito comunista — insistono sulla regionalizzazione. La regionalizzazione di tutto era il trionfo ideologico della politica nazionale! Si vuole trasferire tutto alle regioni, arrivando perfino a proporre la soppressione del Ministero della sanità, l'abolizione di ogni forma di centralismo sul piano dell'indirizzo e del controllo. I Poggiolini, i ministri come De Lorenzo non sono necessari, non sono nemmeno « obbligatori »; questa dovrebbe essere una fase, non dovrebbe richiedere una legge per imporre il superamento di quello che c'è di centrale, che potrebbe essere funzionale.

Il trasferimento di ogni competenza in materia sanitaria alle regioni comporterà a mio avviso un aumento della spesa sanitaria perché non ne esiste una in Italia dove, a livello sanitario, vi sia stato un buon esempio, la chiusura di un bilancio non dico in attivo — sarebbe impossibile — ma in pareggio; sono tutti in gravissimo passivo, soprattutto rispetto alla voce riguardante la spesa per i farmaci — chissà perché — o l'acquisto delle strutture ospedaliere e delle infrastrutture. Questo discorso, insieme ad altri motivi, mi porta ad essere molto scettico sulla possibilità di andare per questa via verso un migliore funzionamento della sanità e dell'assistenza, verso un risparmio.

Il responsabile nazionale della democrazia cristiana ha parlato di politica della ricerca; a tal fine si rendono necessari investimenti consistenti, per cui vorrei sapere che cosa si prevede all'interno della legge finanziaria e dei progetti attinenti al piano sanitario nazionale.

LUCIA FRONZA CREPAZ. Ho citato l'articolo.

GIULIO CONTI. Certamente, hai citato l'articolo, ma vorrei sapere quanto si prevede per la ricerca!

Il Governo e il piano sanitario nazionale non prevedono una legge per imporre il brevetto sui farmaci. Com'è possibile fare ricerca senza brevetto? È un'attività in passivo per le industrie chimiche e farmaceutiche. Non possiamo prenderci in giro fino a questo punto! Qualsiasi ditta farmaceutica — soprattutto oggi, nel momento in cui quasi tutte non sono italiane e l'industria farmaceutica in Italia è quasi scomparsa come proprietà nazionale — ritiene più conveniente comperare una formula all'estero e portarla in Italia.

Potrò essere considerato un ostinato oppositore della politica che viene fatta, ma ritengo che senza l'imposizione di un brevetto non si risolverà il problema né della ricerca né del risparmio sulla spesa farmaceutica. Allo stesso tempo non sarà possibile sviluppare la creazione di nuovi posti di lavoro altamente qualificati per numerosi concittadini italiani; anche questo mi sembra un rilievo molto importante che ritengo di dover evidenziare.

Un ulteriore problema che non viene sottolineato da nessuno riguarda la politica del risparmio riferita al personale. Non si può pensare di risparmiare tutto sul versante della spesa farmaceutica, per cui il grande trionfo consisterebbe nel non fornire farmaci gratuitamente a nessuno; ma se anche si riuscisse in questo intento, che tipo di risparmio potrebbe realizzare il Servizio sanitario nazionale? Per risolvere il problema della sanità in Italia che consistenza dovrebbe raggiungere, in quante migliaia di miliardi dovrebbe essere quantificato? In realtà, anche in tal caso esso sarebbe modesto rispetto alla spesa generale.

Allora la politica deve essere diversa, deve riguardare la inamovibilità, la dequalificazione del personale assunto, la pleora di certi reparti sovraffollati di personale medico e paramedico inutile, che non può e non vuole essere trasferito per motivi di

politica sindacale, di carriera e di diritti acquisiti che non vuole perdere.

Una politica di mobilità del personale arrecherebbe vantaggi consistenti alla sanità. È inutile cercare di risparmiare incidendo sul prezzo del farmaco; quella spesa, una volta superati gli scandali succedutisi fino ad oggi, non sarà più contenibile. Mi sembra che questo discorso debba essere affrontato con molta serietà ed attenzione.

TERESIO DELFINO. Vorrei esprimere alcune osservazioni rispetto all'intervento del sottosegretario, che meriterebbe un approfondimento con la lettura non soltanto del testo integrale, ma anche delle tabelle che saranno poi documentate.

Credo comunque si debba partire dall'impossibilità di ignorare che in questi ultimi anni abbiamo affermato il principio secondo cui il Servizio sanitario nazionale non può più assicurare una copertura di tipo assistenziale a tutti i cittadini. Allo stesso modo, senza dubbio la manovra finanziaria per il 1993, al di là della qualità, della discussione su vari tipi di intervento attuati sotto il profilo contabile, è risultata quantitativamente efficace perché, come il sottosegretario ha detto, il contenimento o la partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria ammonterà a 4.410 miliardi; si tratta di un gravame, di un carico rilevante sulla popolazione.

Occorre quindi partire dallo sforzo che è stato richiesto per verificare quali debbano essere le linee per la finanziaria 1994 e — come altri colleghi hanno rilevato — le indicazioni del piano sanitario nazionale.

Al di là delle direttrici che il rappresentante del Governo ha ricordato e che io condivido, con riferimento a quelle che rappresentano le linee di fondo delle proposte di modifica del decreto legislativo n. 502, ossia di affidare maggiori poteri legislativi e di programmazione alle regioni, individuare più accentuati criteri aziendali nella gestione della sanità e garantire standard e parità di diritti nell'accesso ai servizi sanitari essenziali, introducendo solidali principi nella partecipazione

dei cittadini alla spesa sanitaria (tutti obiettivi, questi, che in linea generale mi trovano consenziente), credo che occorra, sul piano concreto, sia per quanto attiene al piano sanitario nazionale sia per quanto attiene alla manovra della legge finanziaria 1994, trovare le necessarie e giuste calibrature.

In particolare, penso che il risultato maggiore sarebbe quello di vedere finalmente approvato il piano sanitario nazionale — pur ammettendo che non contiene grosse novità, come peraltro è stato qui già rilevato — affinché esso possa diventare uno strumento operativo di programmazione.

Gli obiettivi prioritari contenuti nel piano sanitario debbono costituire le linee guida per l'attività gestionale e programmatrice a livello regionale. In questo senso, al di là di una puntualizzazione degli aspetti finanziari che potrebbero essere « rivendicati » nel programma sanitario nazionale, credo che l'affermazione e l'approvazione di determinati principi e di un documento efficace sotto il profilo normativo rappresenterebbero un risultato assai positivo.

Sul lato del finanziamento della spesa deve essere compiuto uno sforzo concreto soprattutto allo scopo di calibrare efficacemente le misure di contenimento previste nella legge finanziaria 1994.

Nel condividere l'opinione qui espressa da alcuni colleghi, ritengo anch'io che esista ancora un margine significativo — ed operativamente molto esteso — per incidere nel settore della spesa farmaceutica.

Debbo invece esprimere alcune perplessità per quanto attiene ad una impostazione tesa ad un blocco (come mi è parso di cogliere da un primo esame della legge finanziaria) del *turn over* del personale, al 50 per cento. È vero che possiamo esercitare la nostra fantasia in sede locale cercando, per esempio, di sopprimere posti di tipo amministrativo o relativi ad aree professionali che in passato avevano sicuramente registrato nel settore sanitario una crescita abnorme e comunque superiore alle effettive necessità, recuperando

sulla pianta organica quei posti e trasformandoli in disponibilità per il settore sanitario. Probabilmente, per quanto attiene alle figure professionali sanitarie potremmo ridurre l'impatto costituito dal blocco delle assunzioni perché incrementando il numero dei posti sarà evidentemente possibile soddisfare le esigenze più urgenti.

Avendo conoscenza di alcune esperienze gestionali credo francamente che ciò non sarà sufficiente e che pertanto la calibratura degli interventi tesi a contenere la spesa del personale dovrà essere particolarmente attenta e accurata.

Infine, non mi pare che sia stato affrontato (ma può darsi che ciò mi sia sfuggito) il tema relativo alla spesa per gli investimenti per il triennio 1994-1996. È vero che abbiamo in discussione un decreto-legge sull'edilizia sanitaria, che dovrebbe consentire l'attuazione di alcuni interventi prioritari, ma è anche vero che proprio sul fronte degli investimenti dobbiamo recuperare un degrado storico che è andato via via peggiorando sotto il profilo della disponibilità sia dei plessi ospedalieri sia delle attrezzature tecnologiche necessarie sia per ciò che attiene all'edilizia sociosanitaria, secondo quanto previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

La notazione che voglio fare è in relazione anche ad ordini del giorno che nel corso dell'esame della legge finanziaria 1993 erano stati approvati in aula. C'è infatti bisogno di recuperare quelle indicazioni contenute nell'articolo 20 della legge n. 67 e di mettere finalmente a disposizione i finanziamenti necessari perché in questi anni si sono sviluppate, anche in sede regionale, molte ipotesi progettuali di interventi per le quali vi è bisogno di una verifica di congruità e compatibilità con il piano sanitario nazionale e regionale. Con riferimento alle richieste fatte in ordine alla fase di programmazione e definizione dei piani di fattibilità e dei progetti di massima (in alcuni casi, di progetti esecutivi), ritengo che ci troviamo dinanzi ad un patrimonio che non possa essere in alcun modo abbandona-

nato. Da qui la previsione di un « recupero » complessivo nella legge finanziaria 1994 delle indicazioni di cui all'articolo 20 della legge cui prima ho accennato: questo sarebbe un aspetto che qualificerebbe, a mio avviso, l'azione del Governo e del Parlamento anche perché non possiamo disfare oggi quanto abbiamo compiuto ieri.

**PRESIDENTE.** Poiché nessun altro collega ha chiesto di intervenire, invito il sottosegretario di Stato per il tesoro, onorevole Malvestio, a rispondere ai quesiti che gli sono stati posti.

**PIERGIOVANNI MALVESTIO, Sottosegretario di Stato per il tesoro.** Signor presidente, onorevoli colleghi, nel ringraziare gli onorevoli Trupia Abate, Fronza Crepaz, Conti e Delfino per i loro interventi, mi rendo conto che è difficile parlare in questa sede senza affrontare il merito della gestione dei problemi sanitari, anche se la richiesta di audizione del Ministero del tesoro era tesa ad accertare quali fossero le risorse disponibili in conformità alle valutazioni e alle scelte politiche compiute.

In questo senso ho cercato di delineare il quadro di una situazione che obiettivamente difficile dal punto di vista finanziario. Del resto, negli stessi comuni esistono grosse difficoltà in tema di investimenti e per superare tale situazione il Governo ha intrapreso la strada del risanamento economico, che comporta ovviamente determinati cambiamenti e tagli di spesa.

Il piano sanitario nazionale mi pare uno strumento tendente a razionalizzare le risorse disponibili, di cui ho cercato di delineare il quadro anche attraverso gli allegati, in cui vengono riportate, regione per regione, le spese per il personale, per i farmaci e quant'altro.

Le previsioni di contenimento delle spese previste dalle leggi di accompagnamento alla finanziaria (che riguardano in primo luogo il personale — ma vedremo se saremo in grado di farlo — e poi i farmaci) pongono l'esigenza di attuare, nell'ambito di queste risorse, una riorganizzazione del settore sanitario affinché esso risponda

meglio al bene comune, alle esigenze dei cittadini, soprattutto quelli meno abbienti.

Mi spiace di non poter entrare nel merito del discorso sanitario, ma credo che il ministro della sanità, avendo partecipato ieri ad un'audizione in questa Commissione, abbia potuto affrontarlo con maggiore competenza di me.

**PRESIDENTE.** Ringrazio ancora l'onorevole Malvestio per la sua partecipazione

a quest'audizione, che ritengo di poter considerare conclusa.

**La seduta termina alle 15,40.**

---

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO  
STENOGRAFIA*

**DOTT. VINCENZO ARISTA**

---

*Licenziato per la composizione e la stampa  
dal Servizio Stenografia il 15 ottobre 1993.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

**A L L E G A T O**

*(Documentazione presentata dal sottosegretario di Stato per il tesoro,  
onorevole Piergiorgio Malvestio).*

PAGINA BIANCA



---

 XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 13 OTTOBRE 1993
 

---

Tabella A

## FONDO SANITARIO NAZIONALE

(in miliardi di lire)

	1993	1994	1995	1996
Fabbisogno spesa sanitaria	82.595	87.242	91.197	96.030
Rate di ammortamento	365	6.738	4.663	4.663
F.S.N.	82.890	93.980	95.860	100.693
Contributi sanitari alle Regioni (al netto fiscalizzazione)	46.386	47.137	48.698	50.180
	36.504	46.843	47.162	50.513
- rate ammortamento iscritte in bilancio		2.478	2.478	2.478
		44.365	44.684	48.035
- fiscalizzazione già considerata in F.G.		2.350	2.500	2.500
		42.015	42.184	45.535
Somma iscritta in Tab. C come segue:				
- TESORO Cap. 5941		41.638	41.784	44.102
- SANITA' Cap. 1297		377	400	433

Tabella 1

## SPESA SANITARIA 1989

(valori in miliardi)

REGIONI	Pers.	Beni e servizi	Farmac.	Osped. convenz.	Med. di base	Special. amb. int.	Special. conv. est.	Altra assist. (*)	Altre diff. is (**)	Spesa compi. (a)	Entr. prop. (b)	Tot. Fabb. (c=a-b)	Assegn. F.S.N. (d)	Part. Reg. Stat. Spec. (e)	Tot. Finanz. (f=g+d+e)	Discov. (g=c-f)
PIEMONTE	2.022	1.145	944	405	300	56	88	162	11	5.133	281	4.852	4.502		4.502	350
VALLE D'AOSTA	68	30	19	3	8	1	1	6	2	138	4	134	114		114	20
LOMBARDIA	3.655	1.907	1.468	1.445	595	83	254	438	45	9.890	327	9.563	8.976		8.976	587
PROV. BOLZANO	233	128	42	43	28	2	8	14	3	501	21	480	442		442	38
PROV. TRENTO	260	118	69	40	33	5	6	13	4	548	15	533	479		479	54
VENETO	2.423	1.176	682	234	301	46	112	260	50	5.284	163	5.121	4.456		4.456	665
FRIULI	710	324	208	98	82	11	12	31	24	1.500	49	1.451	1.412		1.412	39
LIGURIA	925	483	420	268	122	34	61	63	16	2.392	52	2.340	2.014		2.014	326
EMILIA ROMAGNA	2.330	1.208	789	391	291	57	105	122	28	5.132	189	5.132	4.415		4.415	717
TOSCANA	1.933	980	822	237	269	43	104	147	28	4.563	111	4.452	3.805		3.805	647
UMBRIA	463	208	185	20	58	12	18	28	7	999	25	974	867		867	107
MARCHE	839	405	351	72	104	19	35	41	33	1.899	96	1.803	1.469		1.469	334
LAZIO	2.101	716	962	1.372	378	121	364	245	50	6.309	103	6.206	5.558		5.558	648
ABRUZZO	588	269	296	104	92	12	41	66	5	1.473	96	1.377	1.245		1.245	132
MOLISE	165	74	68	20	25	4	11	10	3	380	6	374	338		338	36
CAMPANIA	2.100	855	1.355	637	441	77	549	288	16	6.318	97	6.221	5.244		5.244	977
PUGLIE	1.595	583	837	702	292	43	233	78	25	4.388	66	4.322	3.717		3.717	605
BASILICATA	230	117	131	34	47	4	12	17	1	593	12	581	547		547	34
CALABRIA	944	318	401	142	175	31	61	41	10	2.123	30	2.093	1.897		1.897	196
SICILIA	1.888	783	1.406	415	405	56	497	272	21	5.743	190	5.553	4.778		4.778	775
SARDEGNA	757	308	289	102	130	18	71	48	30	1.753	28	1.725	1.537		1.537	188
TOTALE	26.229	12.135	11.744	6.784	4.176	735	2.643	2.390	412	67.248	1.961	65.287	57.812		57.812	7.475

(\*) comprende assistenza integrativa, riabilitazione in convenzione, protesi, cure termali, assist. anziani e disabili in convenzione, comunità terapeutiche

(\*\*) comprende gli Obiettivi di piano e gli interessi passivi

XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 13 OTTOBRE 1993

Tabella 2

SPESA SANITARIA 1990  
(valori in miliardi)

REGIONI	Pers.	Beni e serv.	Farmac.	Osped. convenz.	Med. di base	Special. amb. int.	Special. conv. est.	Altre assist. (*)	Altre diff. II (**)	Spesa compl. (a)	Entr. prop. (b)	Tot. Fabb. (c-a-b)	Assegn. F.S.N. (d)	Part. Reg. Stat. Spec. (e)	Tot. Finanz. (f+d+e)	Disav. (g-c-f)
PIEMONTE	2.309	1.314	960	464	314	58	82	228	26	5.755	140	5.615	5.128		5.128	487
VALLE D'AOSTA	80	37	21	2	12	1	1	8	4	166	8	158	103	23	126	32
LOMBARDIA	4.654	2.295	1.802	1.672	739	104	269	624	79	12.138	316	11.822	10.265		10.265	1.557
PROV. BOLZANO	287	145	55	46	36	3	7	28	3	610	18	592	406	94	500	92
PROV. TRENTO	295	119	78	46	39	5	8	43	2	635	15	620	435	101	536	94
VENETO	2.847	1.395	819	265	395	68	119	319	80	6.307	164	6.143	5.100		5.100	1.043
FRIULI	820	348	247	114	84	12	13	36	24	1.688	47	1.661	1.435	149	1.584	67
LIGURIA	1.069	533	502	289	147	43	44	88	42	2.757	75	2.682	2.283		2.283	398
EMILIA ROMAGNA	2.815	1.436	964	520	372	77	106	134	45	6.489	172	6.297	4.987		4.987	1.310
TOSCANA	2.309	1.105	989	218	328	54	104	246	38	5.391	101	5.290	4.341		4.341	948
UMBRIA	549	264	223	17	61	13	16	42	13	1.198	23	1.175	1.006		1.006	169
MARCHE	1.028	477	367	96	131	26	35	71	67	2.298	53	2.245	1.685		1.685	560
LAZIO	2.520	883	1.154	1.844	477	174	379	304	67	7.802	91	7.711	6.268		6.268	1.443
ABRUZZO	727	293	324	121	115	16	37	95	14	1.742	48	1.693	1.439		1.439	254
MOLISE	192	77	79	11	27	5	6	32	5	434	7	427	394		394	33
CAMPANIA	2.477	1.010	1.820	686	463	86	541	381	54	7.518	99	7.419	6.121		6.121	1.298
PUGLIE	1.879	683	1.045	724	312	55	240	219	56	6.212	56	5.156	4.339		4.339	817
BASILICATA	287	135	159	8	49	4	12	58	1	713	11	702	640		640	62
CALABRIA	1.081	315	433	160	178	39	82	63	10	2.361	38	2.323	2.212		2.212	111
SICILIA	2.318	969	1.646	419	414	84	460	363	65	6.738	62	6.676	5.056	622	5.678	1.098
SARDEGNA	911	374	425	122	135	18	70	116	32	2.203	25	2.178	1.696	83	1.779	399
TOTALE	31.354	14.207	14.112	7.844	4.828	945	2.631	3.488	720	80.145	1.570	78.575	65.339	972	66.311	12.264

(\*) comprende assistenza integrativa, riabilitazione in convenzione, protesi, cure termali, assist. anziani e disabili in convenzione, comunità terapeutiche

(\*\*) comprende gli Obiettivi di piano e gli interessi passivi

Tabella 3

(valori in miliardi)

SPESA SANITARIA 1991

REGIONI	Pers.	Beni e servizi	Farmac.	Doped. convenz.	Med. di base	Special. amb. int.	Special. conv. est.	Altre assist. (*)	Altre diff. S (**)	Spesa compl. (a)	Entr. prop. (b)	Tot. Fabb. (c=a-b)	Assegn. F.S.N. (d)	Part. Reg. Stat. Spec. (e)	Tot. Finanz. (f=d+e)	Disev. (g=o-f)
PIEMONTE	2.897	1.335	1.034	587	434	84	89	320	32	6.812	152	6.660	6.115		6.115	545
VALLE D'AOSTA	98	39	23	1	11	2	1	9	9	193	5	188	120	30	180	38
LOMBARDIA	5.248	2.522	1.996	1.816	730	117	289	816	96	13.630	431	13.199	12.229		12.229	970
PROV. BOLZANO	342	169	59	50	36	3	7	21	14	701	24	677	475	117	562	85
PROV. TRENTO	368	139	89	51	48	9	6	51	3	764	19	745	511	127	638	107
VENETO	3.288	1.517	909	350	396	66	127	459	84	7.196	211	6.985	6.079		6.079	906
FRIULI	933	422	269	204	104	15	12	75	43	2.077	71	2.006	1.704	187	1.821	115
LIGURIA	1.288	600	558	369	154	48	45	109	57	3.228	86	3.162	2.730		2.730	432
EMILIA ROMAGNA	3.234	1.710	1.073	438	371	78	96	407	112	7.519	220	7.299	5.950		5.950	1.349
TOSCANA	2.628	1.200	1.061	253	338	56	104	334	44	6.018	143	5.875	5.179		5.179	696
UMBRIA	671	300	245	21	90	20	15	57	15	1.434	31	1.403	1.200		1.200	203
MARCHE	1.201	532	406	71	138	28	35	82	44	2.537	69	2.468	2.004		2.004	464
LAZIO	2.935	1.053	1.280	2.063	462	189	404	321	157	8.864	116	8.748	7.468		7.468	1.280
ABRUZZO	817	298	349	162	123	19	32	96	13	1.909	37	1.872	1.709		1.709	163
MOLISE	232	99	83	10	38	7	6	31	9	515	11	504	465		465	39
CAMPANIA	3.022	1.183	1.804	910	647	134	585	456	92	8.833	102	8.731	7.246		7.246	1.485
PUGLIE	2.198	786	1.015	1.013	425	79	231	268	141	6.156	82	6.074	5.154		5.154	920
BASILICATA	348	159	164	9	70	6	12	78	2	848	10	838	756		756	82
CALABRIA	1.255	311	599	190	262	54	79	75	15	2.840	35	2.805	2.626		2.626	179
SICILIA	2.963	1.182	1.635	472	625	134	398	403	97	7.909	65	7.844	5.967	654	6.631	1.223
SARDEGNA	1.089	402	335	142	196	28	61	109	41	2.403	32	2.371	2.007	106	2.112	269
TOTALE	37.055	15.958	14.986	9.182	5.698	1.176	2.634	4.577	1.120	92.386	1.932	90.454	77.694	1.220	78.914	11.540

(\*) comprende assistenza integrativa, riabilitazione in convenzione, protesi, cure termali, assist.anziani e disabili in convenzione, comunità terapeutiche  
 (\*\*) comprende gli Obiettivi di piano e gli interessi passivi

XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 13 OTTOBRE 1993

Tabella 4

## SPESA SANITARIA 1992

(valori in miliardi)

REGIONI	Par.	Beni e servizi	Farmec.	Deped. convenz.	Med. di base	Special. amb. int.	Special. conv. est.	Altra assist. (*)	Altra diff.ii (**)	Spese compl.	Entr. prop.	Tot. Fabb. (c-e-b)	Assegn. F.S.N. (d)	Integr. F.S.N. (d1)	Part. Reg. Stat. Spec. (e)	Tot. Finanz. f=d+d1+e	Disev. (g-e-f)
PIEMONTE	2.909	1.514	962	615	367	72	73	319	29	6.860	211	6.649	6.184	492	49	6.646	3
VALLE D'AOSTA	99	43	23	2	12		1	11	13	206	8	198	110	8		167	31
LOMBARDIA	5.507	2.850	1.929	1.901	762	125	250	986	146	14.466	518	13.948	13.014	972		13.966	-38
PROV. BOLZANO	385	190	56	51	37	3	6	27	11	766	28	738	449	33	188	670	68
PROV. TRENTO	368	161	89	66	45	7	6	60	5	807	24	783	488	36	191	716	67
VENETO	3.364	1.711	893	393	402	67	105	502	80	7.487	276	7.211	6.526	488		7.014	197
FRIULI	936	460	258	237	103	14	10	82	37	2.137	88	2.049	1.598	119	256	1.978	76
LIGURIA	1.287	638	533	355	149	47	45	156	32	3.242	85	3.157	2.761	206		2.967	190
EMILIA ROMAGNA	3.302	1.920	1.019	484	379	81	68	457	280	7.990	295	7.695	6.310	472		6.782	913
TOSCANA	2.753	1.319	1.025	280	350	58	85	373	105	6.328	174	6.154	5.351	400		5.751	403
UMBRIA	689	310	232	21	79	17	10	65	23	1.448	47	1.399	1.235	92		1.327	72
MARCHE	1.220	585	412	75	140	29	29	86	92	2.668	94	2.574	2.230	167		2.397	177
LAZIO	2.926	1.150	1.236	2.272	458	196	258	375	219	9.090	147	8.943	7.890	569		8.479	464
ABRUZZO	864	312	350	149	124	18	23	105	21	1.967	46	1.921	1.772	132		1.804	17
MOLISE	241	97	81	13	34		4	32	10	518	15	503	466	35		501	2
CAMPANIA	3.287	1.332	1.428	963	587	130	448	539	137	8.851	129	8.722	8.082	604		8.686	36
PUGLIE	2.291	884	1.050	1.052	387	73	182	236	162	6.317	94	6.223	5.715	428		6.143	80
BASILICATA	346	185	167	7	60	6	8	82	5	866	16	850	787	60		887	-7
CALABRIA	1.348	372	484	229	232	57	58	90	50	2.920	46	2.874	2.808	210		3.018	-144
SICILIA	2.996	1.155	1.596	646	543	124	296	393	56	7.805	77	7.728	6.086	456	1107	7.649	79
SARDEGNA	1.198	520	386	153	183	24	65	187	50	2.766	50	2.716	2.151	161	177	2.489	227
TOTALE	38.316	17.708	14.209	9.914	5.433	1.157	2.030	5.173	1.563	95.503	2.469	93.034	82.023	6.130	1.968	90.121	2.913

(\*) comprende assistenza integrativa, riabilitazione in convenzione, protesi, cure termali, assistenziali e disabili in convenzione, comunità terapeutiche  
 (\*\*\*) comprende gli Obiettivi di piano e gli interessi passivi

XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 13 OTTOBRE 1993

Tabella 5

RIPIANO DISAVANZI UO. SS. II.				
ANNO 1992				
REGIONI	IMPORTO DISAVANZO PRESUNTO (1)	DISAVANZO PRO CAPITE (2)	RUBRICI (*)	
			AUTORIZZATI (3)	DA CONTRARRE (4)-(1-3)
PIEMONTE	306.500.000.000	70.203		306.500.000.000
VALLE D'AOSTA	8.200.000.000	71.453		8.200.000.000
LOMBARDIA	591.600.000.000	66.502		591.600.000.000
EMILIA	28.487.000.000	65.027	25.000.000.000	3.487.000.000
TRENTO	35.557.000.000	79.719	32.000.000.000	3.557.000.000
VENETO	620.282.000.000	155.295	612.251.000.000	68.029.000.000
FRIULI-V.S.	40.000.000.000	33.158		40.000.000.000
LIGURIA	199.792.824.000	114.928		199.792.824.000
EMILIA-ROMAGNA	691.934.000.000	176.456	622.741.000.000	69.193.000.000
TOSCANA	390.761.000.000	109.602	351.600.000.000	39.161.000.000
UMBRIA	105.066.000.000	128.198	94.500.000.000	10.566.000.000
MARCHE	329.100.000.000	230.265		329.100.000.000
LAZIO	812.700.000.000	157.621		812.700.000.000
ABRUZZO	119.700.000.000	94.797		119.700.000.000
MOLISE	17.100.000.000	51.013		17.100.000.000
CAMPANIA	1.239.000.000.000	214.617		1.239.000.000.000
PUGLIA	630.100.000.000	155.225	567.000.000.000	63.100.000.000
BASILICATA	33.700.000.000	54.123		33.700.000.000
CALABRIA	457.800.000.000	212.796		457.800.000.000
SICILIA	845.315.000.000	163.605	769.783.000.000	84.532.000.000
SARDEGNA	203.000.000.000	172.595		203.000.000.000
TOTALE NAZ.	7.765.902.824.000	135.046	3.065.277.000.000	4.700.625.824.000

(\*) L'autorizzazione è subordinata all'invio al Ministero del Tesoro della documentazione richiesta dalla legge (rendicontazioni provvisorie per l'acconto del 90% e visto di regolarità contabile della Corte dei Conti per il restante 10%).

TABELLA 6

REGIONI	IMPORTO TOTALE DISAMMIZIO	DISAMMIZIO		IMPORTO MUTUI CONTRATTI CON DIETRI A CARICO DELLO STATO	MUTUI DA CONTRARRE A CARICO DELLO STATO
		A CARICO STATO	A CARICO REGIONE		
PATRIEMONTE	319.688.000.000	712.745.877.500	106.854.922.500	0	712.745.877.500
VAN LE D'ADOLFO	37.700.309.000	38.868.575.000	6.831.425.000	0	38.868.575.000
LOMBARDIA	1.808.808.082.000	1.538.519.887.500	249.488.112.500	0	1.538.519.887.500
VAL D'AOSTA	76.214.000.000	67.055.212.500	9.158.787.500	0	67.055.212.500
PUGLIA	76.721.188.000	67.146.456.000	8.974.732.000	0	67.146.456.000
EMILIA-ROMAGNA	1.171.381.800.000	977.198.767.500	194.182.232.500	0	977.198.767.500
LAZIO	146.791.747.692	137.158.543.269	9.633.204.423	0	137.158.543.269
PIEMONTE	588.125.581.326	479.955.455.995	108.169.125.332	0	479.955.455.995
FRANCIA	1.784.868.835.138	1.366.887.543.854	337.981.271.285	0	1.366.887.543.854
VALLE D'AOSTA	1.333.979.477.285	1.040.597.707.964	283.381.774.321	0	1.040.597.707.964
ABRUZZO	166.200.882.000	158.107.110.000	78.067.890.000	0	158.107.110.000
MARCHE	497.208.083.000	405.391.335.000	92.106.648.000	0	405.391.335.000
LAZIO	1.452.600.000.000	1.205.790.170.000	246.809.830.000	0	1.205.790.170.000
ABRUZZO	306.508.000.000	258.370.000.000	48.129.920.000	0	258.370.000.000
VALLE D'AOSTA	71.600.000.000	61.245.330.000	10.354.670.000	0	61.245.330.000
PIEMONTE	1.351.400.800.000	1.144.245.862.500	207.154.137.500	0	1.144.245.862.500
VALLE D'AOSTA	838.300.000.000	720.285.577.500	118.014.422.500	0	720.285.577.500
ABRUZZO	62.300.000.000	60.746.437.500	1.553.562.500	0	60.746.437.500
VALLE D'AOSTA	503.000.000.000	425.682.127.500	77.317.872.500	0	425.682.127.500
VALLE D'AOSTA	1.508.000.000.000	1.136.387.662.500	223.612.337.500	0	1.136.387.662.500
VALLE D'AOSTA	269.600.000.000	229.495.145.000	36.104.855.000	0	229.495.145.000
TOTALE REG.	14.653.481.889.441	12.785.581.009.561	2.367.908.799.860	0	12.785.581.009.561
				4.821.249.637.627	7.464.331.371.954

Il D. M. di Scari dell'art. 3, terzo comma, della Legge 18 marzo 1994, n. 67, i mutui debbono essere contratti dalle Regioni entro il 31 dicembre 1995; qualora il termine non venisse osservato, gli interessi sulle anticipazioni straordinarie in atto restano a carico delle Regioni.

RIPIANO DISAVANZI IRI S.S. LL.		ANNO 1993		ULTERIORE		DISAVANZO	
REGIONI	IMPORTO DISAVANZO PRESUNTIVO	DISAVANZO PRO-CAPITE	QUOTA PARTE A TOTALE CARICO DELLO STATO (mutui da contrarre con Istituti di credito)	RIPIANON.	DIFFERENZA	QUOTA A CARICO DELLO STATO (2/3)	AUTORIZZAZIONI CON ESSE (mutui accorsi con la CC.DD. E.P.P.)
							QUOTA A CARICO DELLE REGIONI (1/3)
PIEMONTE	694.800.000.000	159.496	449.310.000.000	754.490.000.000	169.649.000.000	84.830.000.000	
VALLE D'AOSTA	37.000.000.000	318.977	2.658.000.000	28.350.000.000	18.900.000.000	9.450.000.000	
LOMBARDIA	931.000.000.000	184.145	880.038.000.000 (1)	58.970.000.000	33.988.000.000	16.998.000.000	
EMILIA-ROMAGNA	73.775.000.000	167.036	34.150.000.000	39.625.000.000	26.416.666.667	13.208.333.333	
TRENTINO	37.401.000.000	194.332	36.800.000.000	50.521.000.000	33.688.666.667	16.840.333.333	
VENETO	947.446.000.000	215.421	438.590.000.000 (1)	508.856.000.000	339.237.333.333	169.618.666.667	
FRIULI-V.G.	122.920.000.000	182.346	122.920.000.000	0	0	0	
LIGURIA	346.700.000.000	201.663	196.260.000.000 (1)	150.440.000.000	180.293.333.333	58.146.666.667	
EMILIA-ROMAGNA	1.309.000.000.000	333.185	428.350.000.000 (1)	880.650.000.000	587.100.000.000	293.550.000.000	
TOSCANA	1.013.000.000.000	284.573	373.170.000.000 (1)	640.630.000.000	427.086.666.667	213.542.333.333	
UMBRIA	196.100.000.000	238.343	86.470.000.000 (1)	109.630.000.000	73.086.666.667	36.543.333.333	
MARCHE	644.000.000.000	448.949	144.490.000.000	500.010.000.000	333.340.000.000	166.670.000.000	
LAZIO	1.000.000.000.000	208.833	539.200.000.000	540.720.000.000	360.480.000.000	180.240.000.000	
ABRUZZO	274.700.000.000	215.072	123.450.000.000	151.250.000.000	100.833.333.333	50.416.666.667	
MOLISE	33.570.000.000	99.775	33.570.000.000 (1)	0	0	0	
CAMPANIA	1.322.000.000.000	225.969	523.930.000.000	798.870.000.000	532.580.000.000	266.290.000.000	
PUGLIA	816.300.000.000	199.998	371.470.000.000 (1)	444.830.000.000	296.553.333.333	148.276.666.667	
BASILICATA	79.200.000.000	126.818	54.610.000.000	24.590.000.000	16.393.333.333	8.196.666.667	
CALABRIA	457.600.000.000	212.476	189.430.000.000 (1)	268.170.000.000	178.780.000.000	89.390.000.000	
SICILIA	930.100.000.000	178.975	429.140.000.000	500.960.000.000	333.973.333.333	166.986.666.667	
SARDEGNA	290.000.000.000	174.241	144.850.000.000 (1)	145.150.000.000	96.766.666.667	48.383.333.333	
TOTALE NAZ.	11.688.712.000.000	282.415	6.600.000.000.000	6.080.712.000.000	4.009.141.333.333	2.077.570.666.667	316.900.000.000

(1): Mutui che risultano già attivati

(2): Il mutuo viene autorizzato nella misura dell'85% in attesa del visto di regolarità contabile di legittimità da parte della Corte dei Conti (art. 2, primo comma, lettera b) della legge 12/3/93, n. 67).



XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 13 OTTOBRE 1993

TAVOLA B

RIPIANO DISAVANZI UD. SS. LL.					
ANNO 1997					
REGIONI	POPOLAZIONE RESIDENTE AL 28.10.91 (1)	IMPORTO DISAVANZO RICONOSCIUTO (2)	DISAVANZO PRO-CAPITE (3)-(2:1)	EROGATI. NEL 1993 (302 CC. DD. PP.) (4)	DA EROGARE NEL 1994 (702 CC. DD. PP.) (5)
PIEMONTE	4.298.412	462.427.000.000	107.781	138.728.100.000	323.698.900.000
VALLE D'AOSTA	115.397	8.200.000.000	71.059	2.460.000.000	5.740.000.000
LOMBARDIA	8.831.264	971.984.000.000	110.862	291.595.200.000	610.308.800.000
BOLOGNA	439.358	33.463.000.000	76.163	10.838.900.000	23.424.100.000
TRENTO	447.556	36.432.000.000	81.402	10.929.600.000	29.502.400.000
VENETO	4.363.157	487.659.000.000	111.767	146.297.700.000	341.361.300.000
FRIULI-V.G.	1.193.520	119.418.000.000	100.055	35.825.400.000	83.592.600.000
LIGURIA	1.668.078	206.418.000.000	123.746	61.925.400.000	144.492.600.000
EMILIA-ROMAGNA	3.899.170	471.941.000.000	121.011	141.552.300.000	330.388.700.000
TOSCANA	3.510.114	400.070.000.000	113.276	120.021.000.000	280.049.000.000
UMBRIA	204.054	92.271.000.000	114.757	27.681.300.000	64.589.700.000
MARCHE	1.427.666	166.786.000.000	116.768	50.011.000.000	116.674.200.000
LAZIO	5.031.230	588.520.000.000	116.973	176.556.000.000	411.964.000.000
ABRUZZO	1.243.690	132.371.000.000	106.434	39.711.300.000	92.659.700.000
MOLISE	327.093	34.830.000.000	106.248	10.451.400.000	24.378.600.000
CAMPANIA	5.589.507	683.984.000.000	102.055	181.195.200.000	422.788.800.000
PUGLIA	3.906.430	427.723.000.000	107.295	120.316.900.000	299.406.100.000
BASILICATA	605.940	59.456.000.000	98.122	17.836.800.000	41.619.200.000
CALABRIA	2.037.606	210.281.000.000	103.196	63.004.300.000	147.196.700.000
SICILIA	4.961.303	455.442.000.000	91.797	136.632.600.000	318.809.400.000
SARDEGNA	1.637.705	168.496.000.000	98.001	48.148.000.000	112.347.200.000
TOTALE NAZ.	56.411.290	6.130.000.000.000	100.666	1.839.000.000.000	4.291.000.000.000

---

 XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 13 OTTOBRE 1993
 

---

 EVOLUZIONE TEMPORALE DEL RAPPORTO SPESA SANITARIA PUBBLICA  
 SUL P.I.L. (Valori in percentuale)\*.

P A E S I	1988	1989	1990	1991
BELGIO	5,76	6,44	6,67	-
DANIMARCA	5,96	6,91	5,58	-
FRANCIA	6,76	6,96	6,56	-
GERMANIA	7,67	7,26	5,88	-
ITALIA	5,21	5,21	5,85	5,88
GRECIA	-	-	4,18	-
REGNO UNITO	4,68	4,56	5,22	-
IRLANDA	5,73	5,88	5,95	-
LUSSEMBURGO	6,18	6,69	7,11	-
OLANDA	7,37	6,27	6,28	-
PORTOGALLO	4,74	5,36	4,38	-
SPAGNA	4,08	4,26	5,44	-

\* I valori presi a riferimento sono espressi in unita' di moneta nazionale

FONTE: ANNI 1988 - 1989 Elaborazione su dati OCSE "Main Economic Indicators"  
 Mesi Febbraio 1989-1990-1991 e CER  
 ANNO 1990 Elaborazione su dati ECO SANTE' OCDE PARIS e " Main  
 Economic Indicators" Febbraio 1991-1992  
 ANNO 1991 Elaborazione su dati Relazione Generale Situazione  
 Economica del Paese 1991 e Rendiconti USL

(IN MILIARDI)

ANNI	F.S.N. + IMPORTI DISAVANZI CON ONERI DI AMMORTAMENTO A CARICO STATO		PIL		F.S.N./PIL IN %
	Valori assoluti	indici	Valori assoluti	indici	
1989	67.477	100	1.193.462	100	5.7
1990	77.001	114.1	1.312.066	109.9	5.9
1991	88.499	131.1	1.426.580	119.6	6.2
1992	89.000 (*)	131.9	1.507.190	126.3	5.9

(\*) L'importo non comprende il disavanzo comunicato dalle regioni, risultante dal rendiconto del IV° trimestre, in quanto non ancora verificato a livello centrale