COMMISSIONE V

BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE

3.

SEDUTA DI MARTEDÌ 21 NOVEMBRE 1989

(Ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE FRANCESCO DE LORENZO, AI FINI DELL'ESAME PRELIMINARE DEL BILANCIO A LEGISLAZIONE VIGENTE

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIO D'ACQUISTO**

INDICE

PAG.

Audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente:

D'Acquisto Mario, *Presidente* 3, 4, 5, 10, 20
Calderisi Giuseppe 18
D'Aimmo Florindo 4, 13, 16
De Lorenzo Francesco, *Ministro della sanità* 5, 12, 15, 16, 17, 18, 19
Gunnella Aristide 11, 19
Macciotta Giorgio 17
Mattioli Gianni Francesco 10
Nerli Francesco 15, 18
Noci Maurizio 14
Nonne Giovanni 12
Pellicanò Gerolamo, *Relatore per l'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente* 3, 16, 17
Tagliabue Gianfranco 10
Valensise Raffaele 5

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 18,30.

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

Audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento della Camera.

Ringrazio il ministro De Lorenzo per avere aderito all'invito della Commissione e cedo la parola all'onorevole Pellicanò che, in qualità di relatore del disegno di legge di bilancio, può inquadrare il significato dell'audizione collegandola al lavoro svolto in sede di esame del bilancio a legislazione vigente; ciò consentirà al ministro di inserirsi in maniera più proficua nell'ambito dei nostri lavori.

GEROLAMO PELLICANÒ, *Relatore per l'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.* Desidero informare il signor ministro che quest'anno per la prima volta, nella piena applicazione della legge n. 362 del 1988, la Camera esamina il bilancio a legislazione vigente preliminarmente alla discussione dei documenti finanziari nell'ambito della sessione a ciò predisposta. Nell'occasione la Commissione bilancio ha inteso, attraverso una procedura sperimentale e naturalmente da perfezionare, non soffermarsi su un esame semplicemente formale, direi quasi rituale, del bilancio a legislazione vigente, ma cogliere l'opportunità di approfondire i diversi aspetti del bilancio, con particolare riferimento a quella parte di esso che non è inserita in provvedimenti legislativi specifici o nella stessa legge finanziaria.

Si tratta, cioè, di approfondire la parte del bilancio che in un certo senso il Parlamento si vede presentare ad opera della pubblica amministrazione e sulla quale è opinione diffusa che esista un certo margine per ulteriori provvedimenti volti a ridurre le spese.

Nell'àmbito di questa attività, abbiamo interessato preliminarmente la Corte dei conti, che ha mostrato una grande disponibilità (per la quale siamo grati); l'organo di controllo ha analizzato i criteri con cui il bilancio viene approntato verificando quali fossero le principali anomalie. Inoltre, anche su nostra indicazione, la Corte dei conti ha compiuto un lavoro particolare sul settore delle spese per il personale, soffermandosi soprattutto sulla questione degli straordinari.

Successivamente a tale fase, ho svolto la mia relazione. Infine la Commissione ha ascoltato il ragioniere generale dello Stato, il quale ha espresso valutazioni sia in rapporto alle osservazioni già avanzate dalla Corte dei conti e dal relatore, sia su ogni altro argomento in ordine al quale ritenesse opportuno esprimere il proprio punto di vista.

Oggi desidereremmo dal ministro della sanità un approfondimento circa i maggiori nodi del bilancio del suo dicastero. In proposito, vorrei avvertire che in questa sede non ci troviamo nell'ambito dell'esame della manovra finanziaria, poiché la sessione di bilancio comincerà domani. La Commissione è molto interessata a conoscere i termini del fabbisogno sanitario (anche in assenza di provvedimenti correttivi) e le previsioni formulate; abbiamo appreso dagli organi di informazione che esiste una divergenza tra il ministro e le

regioni relativamente alla stima del fabbisogno.

In sostanza, vorremmo conoscere i criteri di redazione del bilancio per quanto concerne il comparto della sanità, le principali voci di spesa che ne costituiscono il fabbisogno e quali, a giudizio del ministro, potrebbero essere i risparmi attuabili in assenza di provvedimenti legislativi; quindi, i margini di intervento di natura amministrativa in grado di consentire una diminuzione di spesa.

PRESIDENTE. Vorrei pregare anche l'onorevole D'Aimmo di soffermarsi sul problema dei provvedimenti collegati, il cui esame è parallelo a quello dei documenti finanziari. In tal senso, sarebbe opportuno che il ministro ci fornisse lumi sull'andamento tendenziale della spesa, in quanto la manovra di quest'anno nel comparto sanitario sarà delineata nei provvedimenti collegati in misura maggiore che nei disegni di legge finanziaria e di bilancio. Pertanto, l'esame del bilancio a legislazione vigente e la discussione sui provvedimenti collegati presentano un nesso di fondo, la cui logica complessiva pone un vincolo molto serrato all'interno di entrambe le valutazioni.

FLORINDO D'AIMMO. Abbiamo molto apprezzato – io stesso mi sono espresso in questi termini – i contenuti del provvedimento di riordino del servizio sanitario nazionale collegato ai disegni di legge finanziaria e di bilancio. Sembra infatti consolidata la convinzione che mai i provvedimenti congiunturali potrebbero portare ad una riduzione del disavanzo e, quindi, al risanamento della spesa sanitaria; l'andamento consueto è quello di disavanzi a cui si cerca di far fronte con interventi di ripiano. Pertanto, si è ritenuta quanto mai fondata la necessità di ristrutturazione, al fine di responsabilizzare maggiormente le regioni, le unità sanitarie locali, le strutture ed i presìdi sanitari ospedalieri ed universitari (mi riferisco anche all'autonomia finanziaria ed alla costituzione di un fondo interregionale con piena responsabilità delle regioni).

Purtuttavia, per quanto riguarda gli aspetti delle previsioni finanziarie collegate, devo dire che il consuntivo del 1989 ha riflessi immediati sulla previsione di spesa per il fabbisogno del 1990, anche se ciò è il risultato di una valutazione prudenziale che comunque consente di avere un'idea del fabbisogno. Anche il consuntivo del 1989 è stato ricavato sulla base dei risultati del 1988, ed ha costituito a sua volta la base per l'elaborazione del disegno di legge finanziaria per il 1990. In effetti, il Servizio bilancio dello Stato della Camera dei deputati ha valutato in 2.700 miliardi di lire la differenza rispetto al preconsuntivo, creando incertezza anche nella valutazione degli effetti del provvedimento collegato.

Inoltre, il disegno di legge n. 4227 incide in maniera sostanziale nella struttura e nel funzionamento del servizio sanitario nazionale (e continuerà ad incidervi nei prossimi anni), in quanto prevede nuovi organi e nuove funzioni per porre rimedio anche alle difficoltà di funzionamento del sistema. In alcuni casi l'erogazione dei servizi denota livelli qualitativi molto modesti, causati probabilmente da disimpegno, disinteresse da parte del personale addetto e ingerenze dei partiti.

L'innovazione, sia negli organi, sia nel funzionamento della struttura del sistema, comporta – secondo un'approfondita analisi che è stata svolta – dei costi ancora non calcolati, con un'approssimazione accettabile.

A tale punto, è sorta la preoccupazione che, pur andando verso una soluzione di riforma, di ammodernamento, di adeguamento – consigliata dall'esperienza di questi ultimi anni – e, quindi, verso una proposta politicamente accettabile, le previsioni finanziarie, per quanto riguarda sia il fabbisogno del 1989, sia i costi di funzionamento del nuovo sistema, non siano attendibili, o quanto meno non siano verificabili e riscontrabili. Per tale ragione, la Commissione si è trovata d'accordo nel chiedere al Governo una relazione tecnica, sì da poter acquisire ulteriori elementi di giudizio ed esprimere

quindi una valutazione ed un voto di sostegno all'iniziativa, con maggiore aderenza alle previsioni di spesa.

RAFFAELE VALENSISE. Desidero porre un solo quesito, in appoggio alla domanda già rivolta dall'onorevole Pellicanò, a proposito della possibilità e dell'opportunità che siano effettuati interventi anche di carattere amministrativo sul versante della spesa, per quanto riguarda le unità sanitarie locali. Come il ministro De Lorenzo certamente sa, la relativa spesa costituisce il bubbone più maleodorante, in quanto è già di per sé squalificata a causa della disattenzione con cui, in tutte le parti d'Italia (ma con speciale accentuazione nel Mezzogiorno), vengono invitati i fornitori.

Esperienze vissute da amministratori corretti (le cui testimonianze potrei citare, in via privata, al ministro della sanità facendo nomi e cognomi), ci hanno dimostrato che, una volta realizzata una sorta di restringimento della platea dei fornitori, si sono ottenute economie di spesa sui prezzi praticati, dell'ordine dei centinaia di milioni, o di qualche miliardo, per una sola unità sanitaria locale (tanto è vero che, moltiplicando tali economie per qualche centinaio di tali unità si arriva a cifre molto vicine a mille miliardi).

Tale iniziativa – che raccomanderei al ministro della sanità – è realizzabile anche in via amministrativa, con disposizioni che possono essere date per quello che riguarda l'esercizio del diritto-dovere di spendere e di acquistare da parte delle unità sanitarie locali, ora espletato nella maniera meno qualificata – per non dire più squalificata – come si ricava da alcune esperienze relativamente alle quali segnalerò anche al ministro De Lorenzo il nome di qualcuno che potrà fargli conoscere, per le vie brevi, delle notizie assolutamente sconcertanti.

PRESIDENTE. Do la parola al ministro della sanità per l'esposizione.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Sono lieto che la Commissione bilancio della Camera mi abbia dato l'opportunità di fornire qualche elemento di valutazione, prima che essa esprima il parere sul disegno di legge n. 4227, perché ritengo che non si possa neanche tentare di ridurre la spesa senza essere intervenuti con modifiche gestionali del sistema. Per questa ragione, non solo il Governo, ma anche – ed ancora prima di esso – il Parlamento hanno chiesto, con apposita mozione, di presentare il disegno di legge collegato in materia di riordinamento del Servizio sanitario nazionale e per misure di contenimento della spesa sanitaria.

Ho portato con me i testi di due relazioni, copie delle quali lascerò a disposizione di codesta Commissione perché possa compiere un'approfondita analisi delle cifre in esse contenute.

La prima di tali relazioni concerne quegli aspetti della spesa sanitaria che si ritiene di dover affrontare con le norme di modifica della legge n. 833 del 1978. Essa vale anche come relazione tecnica, per capire meglio quale tipo di spesa derivi dalle riforme proposte.

Sostanzialmente, non vi sono spese aggiuntive, ma si provvede a compensare le spese, per quanto riguarda sia gli organi di gestione, sia (a parere del Governo) il contratto di lavoro, su cui sono in corso valutazioni di carattere tecnico aggiuntive rispetto a quelle note al Governo prima della stesura dello schema del disegno di legge. È stata istituita, infatti, una commissione di esperti in diritto del lavoro ed amministrativo, con il compito di cercare di eliminare alcune incoerenze, delle quali noi stessi ci siamo resi conto, nell'ambito dell'articolo 9.

La relazione – nel cui dettaglio non desidero entrare – contiene alcune valutazioni circa gli aspetti riferiti alle conseguenze finanziarie dirette alla modifica rapportate agli effetti di medio periodo del provvedimento nel suo complesso ed implicanti anche valutazioni di carattere indiretto circa il risparmio nella spesa.

L'articolo 1 istituendo il Fondo sanitario interregionale, ovviamente non comporta spesa, ma prevede l'obbligo da parte del Governo e del Parlamento di fare chiarezza sul reale fabbisogno sanitario prima di procedere alla costituzione del Fondo stesso. Sino ad ora, infatti, si è proceduto seguendo la logica del ripiano della spesa negli anni successivi; ciò ha comportato una serie di disagi agli assistiti in quanto, in alcune regioni, per carenza di disponibilità finanziaria, si è passati all'assistenza indiretta.

Con il disegno di legge n. 4227 si prevede il ripiano da parte delle regioni sulla base del principio dell'autonomia impositiva. In questo senso il Governo è fortemente impegnato a procedere al trasferimento dal Fondo sanitario nazionale a quello interregionale, nel momento in cui verrà fatta completa chiarezza, del reale costo del settore sanitario, in modo da non trasferire alle regioni responsabilità di controllo e di ripiano della spesa senza conoscerne l'entità effettiva.

Per quanto riguarda i problemi della riduzione della spesa, devo dire che essi derivano da meccanismi legislativi, in relazione alle norme gestionali, ai meccanismi di controllo e all'istituzione dell'osservatorio delle tecnologie, al fine di rendere realmente produttiva l'utilizzazione delle strutture pubbliche e per verificare successivamente l'opportunità o meno di procedere all'acquisizione di nuove attrezzature. Si prevede, inoltre, l'albo unico dei fornitori; vi sono, infatti, troppe disparità di costi tra le varie regioni.

Il Governo è convinto che non si possa procedere ad una riduzione della spesa soltanto con provvedimenti amministrativi; non è possibile, infatti, raggiungere l'obiettivo del contenimento della spesa – come è avvenuto in passato – con l'aggravio della compartecipazione dei cittadini; non si considerano opportune manovre finanziarie che riprongano la vecchia logica dei *ticket* o l'aumento della contribuzione, se non dopo una revisione generale del sistema che garantisca preventivamente un miglioramento della qualità del servizio.

Il disegno di legge in materia di riordinamento del servizio sanitario nazionale prevede anche norme innovative per ciò che attiene alla gestione del patrimonio immobiliare: mentre la legge n. 883 provvisoriamente la affidava ai comuni, essa dovrebbe tornare nell'àmbito del servizio sanitario nazionale, affidandone l'amministrazione ad un organismo regionale. In questo senso la Commissione affari sociali della Camera sta procedendo all'approvazione di alcune modifiche della normativa in materia. La gestione del patrimonio immobiliare attualmente rende ai comuni interessati pochi miliardi di lire; è prevedibile che, attraverso nuove procedure di gestione, ai sensi di altri provvedimenti di accompagnamento all'esame del Parlamento, si possa giungere ad una migliore utilizzazione delle potenziali disponibilità di nuove entrate.

Per un possibile incremento del Fondo sanitario, si auspica una maggiore produttività delle strutture pubbliche. A questo proposito, il nuovo contratto di lavoro prevede l'unicità del rapporto con il servizio sanitario nazionale. Se ad esso si accompagnasse il meccanismo delle incompatibilità con retribuzioni maggiorate, e se la spesa complessiva venisse ricondotta nell'àmbito di un'unicità amministrativa, a nostro parere si potrebbe raggiungere l'obiettivo di una riduzione del *deficit* della spesa sanitaria. Inoltre, nelle strutture ospedaliere, si prevede l'obbligo del tempo pieno con la possibilità dell'utilizzazione non soltanto delle strutture pubbliche per attività a pagamento della parte ambulatoriale (che in alcuni ospedali italiani già si realizza), ma anche, sia pure limitatamente, di camere a pagamento all'interno delle stesse strutture pubbliche, in modo da rendere il servizio sanitario nazionale (in particolare il comparto ospedaliero), competitivo con quello privato.

Il Governo ritiene che tale soluzione, con un lieve miglioramento del conforto ospedaliero, consentirà una più immediata applicazione della normativa. In questo senso le risorse sono già state ripartite: entro il 21 gennaio le regioni do-

vranno presentare al Ministero della sanità i progetti relativi all'utilizzazione dei primi 10 mila miliardi; il Ministero ha anche emanato una circolare che stabilisce le priorità per le regioni nell'utilizzazione di tali risorse che, partendo dal completamento delle strutture, consentiranno il potenziamento delle attrezzature e il miglioramento delle condizioni di vivibilità all'interno delle strutture stesse; in altre parole, una più immediata applicazione della nuova normativa.

Prevediamo che l'esigenza di consentire lo svolgimento dell'attività professionale privata all'interno delle strutture pubbliche comporterà una loro migliore utilizzazione e quindi un maggiore introito da parte del servizio sanitario nazionale.

Un'altra norma prevista nel disegno di legge riteniamo contribuirà all'obiettivo della riduzione della spesa attraverso il potenziamento delle strutture pubbliche; si tratta della riduzione obbligatoria del ricorso al convenzionamento esterno. In buona parte dell'Italia meridionale, infatti – per non dire in generale nel Mezzogiorno – il ricorso al convenzionamento esterno rappresenta circa l'80 per cento delle prestazioni. Molto spesso ciò avviene anche per carenze delle strutture pubbliche e prima di tutto perché non vi è stato, in seguito alla legge n. 833, l'auspicato riequilibrio tra nord e sud e perché, purtroppo, dobbiamo rilevare (secondo i dati del Ministero), che molte regioni hanno accumulato consistenti residui passivi per i capitoli destinati all'acquisto di attrezzature (a volte, per centinaia di miliardi di lire); tale situazione non ha consententito il miglioramento delle strutture pubbliche e la possibilità per gli assistiti di usufruire di un servizio alternativo a quello convenzionato. Comunque, per rendere obbligatorio il potenziamento delle strutture pubbliche, il disegno di legge reca una norma che impone il ricorso all'erogazione dell'assistenza per alcuni tipi di prestazione (soprattutto di carattere diagnostico) all'interno delle strutture pubbliche; tale norma prevede, inoltre, l'obbligo per le regioni di non procedere al convenzionamento esterno per una quota superiore al 50 per cento (rispetto al vigente 80 per cento) delle erogazioni complessive. Tale norma, quindi, dovrebbe comportare un consistente recupero di risorse. È prevista, inoltre, l'attivazione di controlli per la verifica dei risparmi.

Per quanto riguarda la quantificazione degli oneri conseguenti alle norme di cui al disegno di legge, consegno alla presidenza un documento che li analizza nel dettaglio, al fine di consentire alla Commissione di esprimere anche un parere nel merito.

Venendo alla questione del Fondo sanitario, devo dire che ci troviamo in notevoli difficoltà per stabilire quale sia il reale fabbisogno della spesa. Ritengo che oggi sia pressoché impossibile fissarlo con certezza o, comunque, in maniera credibile. Desidero dare brevemente qualche indicazione che può rappresentare una base valida per la valutazione del costo della spesa sanitaria.

L'onorevole Pellicanò ha fatto riferimento ad una dissonanza esistente fra le valutazioni del Ministero e quelle degli amministratori regionali. Credo che possiamo ragionare con certezza su un dato sicuro, al di fuori di ogni possibilità di contenzioso: esso è rappresentato dalla spesa consolidata per il 1988, sulla quale tutti sono d'accordo, che, pertanto, costituisce una grandezza credibile. Dal momento che su tale valutazione concordano sia il Ministero della sanità e quello del tesoro, sia le regioni, su di esso si è basato il Governo nel prevedere la spesa relativa al 1990.

Nel 1988 il fabbisogno complessivo è stato di 60.600 miliardi, a fronte di una previsione del Fondo sanitario nazionale di 52.650 miliardi, con un disavanzo, quindi, di 7.950 miliardi. Questo è un dato certo, sul quale tutti convengono, per cui, considerando anche le entrate proprie delle unità sanitarie locali (750 miliardi), si può affermare che il totale del fabbisogno della spesa per il 1988 è stato di 61.350 miliardi, e costituisce la spesa accertata.

Nel 1988 la valutazione della spesa per il 1989 fu approntata quando i dati dell'anno in corso non erano ancora disponibili; è per questo, ovviamente, che nella legge finanziaria 1989 ci si trova di fronte ad una previsione largamente inferiore al fabbisogno reale, dal momento che, in presenza di un fabbisogno per il 1988 di 60.600 miliardi (escluse le entrate proprie delle unità sanitarie locali), era impossibile che per il 1989 fossero sufficienti circa 61 mila miliardi (in questo momento ometto, di cercare le cifre fra i dati che ho a disposizione nella relazione).

Già il mio predecessore, onorevole Donat-Cattin, nel maggio scorso fece presente al ministro del tesoro l'esigenza di disporre di 2 mila miliardi in aggiunta, rispetto al fabbisogno per il 1988, che all'inizio sembrava sufficiente.

Premetto che non è possibile ottenere dati precisi entro i termini previsti per l'esame della legge finanziaria dell'anno in corso, poiché si è in presenza di un ritardo che rientra nell'ordine delle cose: siamo di fronte a un numero molto elevato di fonti di spesa (oltre 650 unità sanitarie locali, istituti a carattere scientifico, eccetera); quindi, non ci troviamo nelle condizioni di fissare una previsione basata sull'andamento della spesa del primo o secondo trimestre.

Per quanto riguarda il 1989, una previsione credibile può essere basata sulla spesa consolidata del 1988, più il tasso programmato di inflazione. Tuttavia, prima di adottare un calcolo basato esclusivamente su parametri, il Ministero della sanità ha chiesto agli amministratori regionali nei mesi di giugno e di luglio di riunirsi con i rappresentanti del Ministero del tesoro per esporre e raccogliere i dati delle regioni. Il confronto non ha portato informazioni utili e definitive, in quanto i tabulati presentati dalle regioni, ad una verifica dei Ministeri della sanità e del tesoro, non sono risultati rispondenti alla spesa reale. Infatti, per errore o per incomprensione, sono state inserite nell'ambito delle spese per il 1989, per esempio, voci che non erano pertinenti o voci che dovevano essere considerate ripianate dagli stanziamenti di 7.500 miliardi nel 1988; pertanto, sono state constatate differenze nella valutazione che non rendevano credibili neanche i dati delle regioni. Se volessimo seguire le indicazioni fornite dalle regioni nei mesi di luglio-settembre, in altre parole, ci troveremmo in presenza di un disavanzo di 7.667 miliardi. A tale proposito è necessario segnalare il fatto che alcuni amministratori regionali hanno già scritto formalmente al Ministero per modificare i dati che avevano presentato in quell'occasione.

In rapporto alla programmazione, parte delle cifre fornite risultano per noi incomprensibili, poiché per alcune regioni i dati della programmazione si sovrappongono esattamente rispetto alla spesa, per altre, e per particolari voci, vi sono differenze tanto consistenti da far nascere seri dubbi, soprattutto nei casi in cui si registrano differenze dal 20 al 40 per cento, per voci che non giustificano queste oscillazioni. Per esempio, le spese per il personale in alcune regioni aumentano del 18-20 per cento, quando nel 1989 si è soltanto dovuto far fronte ad un andamento normale di spesa, con il blocco delle assunzioni e senza il rinnovo del contratto e delle convenzioni. Negli stessi termini è l'incremento di spesa per beni e consumi che giunge fino al 40 per cento. Preferisco non soffermarmi singolarmente sulla situazione di determinate regioni, perché altrimenti si correrebbe il rischio di fare citazioni errate e, quindi, esempi non pertinenti; le varie grandezze nel documento sono suddivise per regione e per voci.

Credo che oggi nessun soggetto istituzionale sia in grado di accertare la spesa reale del comparto sanitario del 1989. Tuttavia, abbiamo incontrato gli assessori regionali con i quali siamo d'accordo di procedere ad un'ulteriore verifica. Abbiamo anche tenuto conto dell'esigenza (prospettata da parte delle regioni) di evitare che alcune di esse, in questa fase terminale dell'anno, andassero incontro a serie difficoltà di carattere finanziario, a

causa della sottostima del Fondo sanitario per il 1989 sulla base della conoscenza del costo del servizio nel 1988. Gli onorevoli deputati sanno che alcune regioni avevano già previsto il passaggio all'assistenza indiretta, soprattutto per la spesa farmaceutica.

Quest'ultima ci preoccupa molto, sia perché per alcune regioni l'aumento è molto elevato, sia per il fatto stesso che l'andamento è variabile. Infatti, pur in presenza di un supposto contenimento della spesa in seguito all'aumento dei *ticket,* ci troviamo nell'impossibilità di operare calcoli realistici a causa del fenomeno del numero crescente delle esenzioni; ci troviamo, in media, ad avere un consumo complessivo, sugli esenti, di circa l'80 per cento rispetto al numero di esenti la cui percentuale dovrebbe variare non si sa ancora di quanto, ma comunque dal 20 al 25 per cento. Pertanto, nel decreto-legge recentemente varato dal Governo, quindi approvato dalla Camera ed ora in discussione al Senato, sono previsti dei controlli sulle autocertificazioni; ma si tratta di una variabile che impedisce di compiere una valutazione precisa dei costi, giacché ci sono regioni nelle quali l'aumento della spesa farmaceutica è di livello non compatibile con una seria programmazione. Ci sono regioni, per esempio, nelle quali, considerato pari a 100 il fatturato dell'industria, il servizio sanitario nazionale paga 120 o 130. Ci sono, insomma, delle aree di sprechi, o comunque delle forme di spesa oggi non prevedibili, che vanno accertate ai vari livelli. Per tale motivo riteniamo che, in un tale contesto, non sia possibile una programmazione seria.

Naturalmente, rimane il problema – di cui ho parlato con i sindacati ed a cui ho fatto riferimento nel corso di un incontro con il Presidente del Consiglio dei ministri – di rivedere il decreto-legge sulle esenzioni, perché si sono determinate delle aree di ingiustizia che finiscono per incidere negativamente sulle fasce più deboli della popolazione.

In conclusione, ritengo che – sulla base dei dati contenuti nella relazione che ho già presentato alla Commissione igiene e sanità del Senato in occasione dell'esame del disegno di legge finanziaria per il 1990 e trasmessa anche alla Commissione affari sociali della Camera, per il dibattito sui *ticket* – sarà possibile approfondire l'esame delle indicazioni fornite dalle regioni.

In tale relazione sono contenute le motivazioni che, a nostro avviso, rendono impossibile una valutazione puntuale della spesa per il 1989. Purtuttavia, d'intesa con gli assessori regionali alla sanità, abbiamo ritenuto di consentire un'anticipazione di spesa, relativamente alle previsioni del Fondo sanitario nazionale, di 3.100 miliardi in più e, d'accordo con il Ministero del tesoro, abbiamo in questi giorni autorizzato le regioni a far sì che le unità sanitarie locali procedessero alla spesa tenendo conto di tale ulteriore disponibilità, che corrisponde al fabbisogno accertato e cioè alla spesa consolidata per il 1988 più il tasso d'inflazione programmata. Dunque, da questo punto di vista, le regioni hanno avuto la possibilità di assicurare alle USL quelle risorse necessarie per andare avanti, senza interrompere l'erogazione delle prestazioni stesse.

Inoltre – come sapete – abbiamo proceduto, ai sensi del decreto-legge, ad un ripiano, che non è quello necessario sulla base del *deficit* previsto, ma che rappresenta già un primo avvio per consentire alle unità sanitarie locali nel 1989 e, con un emendamento successivamente approvato dal Parlamento, mediante un automatismo, anche per il 1990, di disporre di ulteriori risorse.

Mi riservo di intervenire nel merito, sia stasera, sia in seguito all'approfondimento del tema da parte di codesta Commissione, perché ritengo che debba essere dispiegato da tutti noi uno sforzo per arrivare a quella chiarezza necessaria per effettuare il passaggio dall'attuale regime gestionale al nuovo. Se, infatti, non avremo avuto la certezza della spesa,

sarà difficile passare alla ripartizione di essa sulla base del Fondo sanitario interregionale senza creare gravi problemi finanziari alle regioni.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro De Lorenzo per i dati forniti.

Passiamo alle domande.

GIANNI FRANCESCO MATTIOLI. Nell'articolo 6 del disegno di legge n. 4227 (« Riordinamento del servizio sanitario nazionale e sulle misure di contenimento della spesa sanitaria ») è prevista sostanzialmente l'eliminazione dalle unità sanitarie locali dei servizi territoriali di prevenzione per gli ambienti di vita e di lavoro.

Senza voler entrare nel merito di tale articolo, giacché non è questa la sede idonea, domando in quale modo esso sia compatibile con gli articoli 20, 21 e 22 della legge n. 833 del 1978 e se – stanti le conclusioni alle quali sono pervenute la Commissione affari sociali della Camera e quella d'inchiesta sulle condizioni di lavoro delle aziende, istituita presso il Senato – il ministro De Lorenzo non noti un vistoso contrasto tra le due normative più sopra citate.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Ritengo che possa essere utile per la Commissione bilancio – tenuto presente che il ministro De Lorenzo ha svolto delle considerazioni in merito al disegno di legge n. 4227, su cui la Commissione stessa sarà chiamata ad esprimere il parere – acquisire la documentazione, raccolta dalla Commissione affari sociali, relativa alle audizioni dei rappresentanti dell'ANCI, delle regioni e dei sindacati confederali dei medici, riferite appunto al contenuto di quel disegno di legge. Da tali audizioni, infatti, emergono i pareri di soggetti istituzionali diversi su tutti gli articoli del citato provvedimento, anche in relazione agli obiettivi in esso indicati, che dovrebbero essere quelli dell'efficienza e della qualità nel funzionamento dei servizi.

Raccomando, pertanto, alla Commissione bilancio l'acquisizione dei suddetti atti che potrebbero utilmente contribuire all'approfondimento della conoscenza di questa materia da parte della nostra Commissione, in vista dell'espressione del parere.

Inoltre, penso che il ministro della sanità sia in grado di fornire alla Commissione bilancio – affinché essa possa disporre di utili elementi di valutazione – la composizione della spesa sanitaria. Se, infatti, non avremo fatto chiarezza sulla sua composizione in percentuale, non saremo in condizioni di fornire risposte adeguate alle domande che ci vengono poste, all'esterno del Parlamento, sull'entità complessiva della stessa.

Chiedo dunque al ministro De Lorenzo se sia in grado di fornire alla Commissione bilancio – oggi, o nel prosieguo dell'approfondimento che da essa sarà svolto – dati relativi alla quantità della spesa sanitaria soggetta ai provvedimenti a carattere nazionale, che nulla hanno a che vedere con le responsabilità delle unità sanitarie locali. Mi riferisco agli aspetti riguardanti il costo del personale, alle convenzioni, alla spesa ospedaliera e ai beni e servizi.

Oggi, si sa con certezza che l'80 per cento della spesa sanitaria nel nostro paese è determinato da provvedimenti a carattere nazionale che nulla hanno a che vedere con le responsabilità delle unità sanitarie locali, perché queste ultime possono intervenire soltanto sul restante 20 per cento: pertanto, dovremmo concentrare la nostra attenzione proprio su quest'ultimo dato, per vedere se in esso si annidino sprechi da parte delle stesse unità, o comunque aspetti negativi risalenti alla responsabilità di esse. Sarebbe interessante sapere dal ministro se ciò che ho riferito corrisponde o meno al vero; ritengo importante questo punto affinché la Commissione possa far chiarezza sulle responsabilità ai diversi livelli.

L'onorevole ministro ha sostenuto che non è ancora possibile conoscere la spesa del 1989. Dai dati forniti dall'ufficio informativo del servizio sanitario nazionale – quindi, fonte non sospetta – diffusi su *Il Sole-24 Ore* di qualche settimana fa, si

può rilevare che per il 1989 il consuntivo sarà di circa 70 mila miliardi di lire.

L'onorevole ministro questa sera ci ha confermato che nel 1988 non è stato possibile determinare con correttezza l'ammontare del Fondo sanitario nazionale, perché non si conosceva l'andamento della spesa sanitaria. Vorrei ricordare all'onorevole ministro (allora deputato), che, in Commissione sanità della Camera, facemmo rilevare invece che l'andamento reale, a consuntivo riferito al 1987, era noto. Poiché, però, mancava il dato ufficiale riferito al 1987, non siamo stati in grado di quantificare quello relativo al 1988.

Lo stesso problema si è riproposto per la determinazione del Fondo sanitario nazionale per il 1989. Se si fosse tenuto conto dell'andamento della spesa sanitaria del 1988 (che allora già si conosceva !) al 31 dicembre 1989 saremmo stati in grado di quantificare la spesa per l'anno corrente.

Se vogliamo evitare che anche per il 1990 si ripeta l'esperienza del 1989, e se desideriamo veramente che l'articolo 1 del disegno di legge di accompagnamento, che determina il Fondo sanitario interregionole, diventi efficace, dobbiamo rispondere alle regioni che hanno sollevato obiezioni al riguardo. Il signor ministro sa che le regioni hanno chiesto un azzeramento al 31 dicembre 1989, sanando in questo modo la situazione dovuta alla sottostima degli stanziamenti degli ultimi anni del Fondo sanitario nazionale. In secondo luogo, le regioni chiedono che si determini l'andamento della spesa per il 1990 individuando il meccanismo più idoneo, ad esempio l'agganciamento al PIL. Se ciò non avverrà, le regioni non si assumeranno la responsabilità in materia di governo della spesa sanitaria e di ripiano di eventuali disavanzi.

Il disegno di legge di accompagnamento prevede, per il 1990, lo stanziamento del Fondo sanitario nazionale in 61.238 miliardi di lire. Mi domando come sia possibile pensare di determinare con legge finanziaria un tetto di spesa per il solo 1990 di 61.238 miliardi, quando è noto che la spesa a consuntivo per il 1988 è stata pari a 64 mila miliardi ! Un momento fa l'onorevole ministro ha sostenuto che il consolidato del 1988 è pari a 60.600 miliardi, ai quali si aggiungono i 3.100 miliardi relativi all'incremento (già concordato con le regioni) del tasso d'inflazione. Come è possibile pensare di limitare il Fondo sanitario per il 1990 in 61.238 miliardi, quando il consolidato del 1988 (non la spesa per il 1989) è pari quasi a 64 mila miliardi ?

Da questo punto di vista, l'onorevole ministro dovrebbe essere in grado di fornire alla Commissione bilancio dati certi perché, altrimenti, si corre il rischio di ripetere, anche per il 1990, un'esperienza negativa.

In conclusione, auspico che il signor ministro fornisca alla Commissione i dati che l'ufficio informativo del servizio sanitario nazionale ha già rilevato qualche settimana fa. Ripeto che *Il Sole-24 Ore* ha pubblicato i dati in base ai quali al 31 dicembre 1989 nel nostro paese la spesa sanitaria sarà pari a circa 70 mila miliardi. Vi sono due possibilità: o ha sbagliato l'ufficio informativo del Ministero della sanità, oppure, se i dati sono certi, dovremmo essere in grado di elaborare un indicativo di spesa per il 1990 diverso da quello del disegno di legge finanziaria per il 1990.

ARISTIDE GUNNELLA. Signor presidente, quanto sostenuto dall'onorevole Tagliabue è estremamente interessante. Vorrei comunque rivolgere al ministro della sanità una precisa domanda: egli ha affermato che l'eventuale *deficit* tra gli stanziamenti di bilancio e la spesa di ciascuna regione per il servizio sanitario nazionale dovrebbe essere colmato dalle entrate erariali delle regioni stesse. In questo senso vorrei fare una brevissima digressione.

Come al solito, adottando tale procedura, verrebbero penalizzate le regioni del Mezzogiorno. Vorrei conoscere meglio questo meccanismo perché se il *deficit* complessivo aumenterà, maggiore sarà

quello delle regioni meridionali, con ciò determinando, quindi, la necessità di un'imposizione fiscale maggiore per sopperire soltanto a queste esigenze; così tra l'altro, alle regioni mancheranno i necessari mezzi di intervento senza compensazione.

In secondo luogo, signor ministro, vorrei sapere se sono state svolte indagini per conoscere le cause che aggravano la spesa del Mezzogiorno rispetto a quella delle altre regioni del paese. In particolare, mi riferisco al problema delle convenzioni cui ella accennava poc'anzi. Non crede che in linea di principio e di fatto nel Mezzogiorno, come altrove, si abbia diritto di godere dello stesso livello qualitativo dell'assistenza sanitaria ? Esso può essere determinato e mantenuto non soltanto dagli strumenti finanziari, ma anche dalla qualità del servizio.

A causa della rigidità dei costi del lavoro (assistenza, convenzioni) e dei prezzi dei medicinali, un'altissima percentuale del costo della gestione sanitaria è quasi completamenta anelastica. Vorremmo sapere se in alcune regioni meridionali il minor reddito non comporterà un aggravio di costi con un ulteriore accumulo di *deficit* per una maggiore richiesta di prestazioni in convenzione.

Vorremmo sapere, inoltre, come il Governo intende affrontare il problema del livello qualitativo e quantitativo che porta sempre più spesso a disservizi di cui la stampa suole parlare nel momento in cui vengono avviate le inchieste.

In Sicilia il rapporto tra strutture pubbliche e strutture private convenzionate è molto basso. In alcune zone esso è quasi pari ad uno, mentre al nord tale rapporto è più alto. Vorrei sapere quale politica di investimenti aggiuntivi è prevista per livellare tali differenze.

Vi sarebbero altre questioni che non affronto: mi limito soltanto al problema della spesa farmaceutica, che ritengo di difficile programmabilità. Essa infatti è strettamente correlata allo sviluppo della medicina preventiva e alla creazione di fasce differenziate di assistiti. Quali direttive il Governo intende dare alle regioni, per raggiungere l'obiettivo della riduzione dell'erogazione di prestazioni in convenzione ? Intende il Ministero svolgere un'inchiesta zona per zona, per verificare i flussi dei ricoveri di assistenza ambulatoriale, in modo da poter determinare un controllo centralizzato e computerizzato di questi flussi (sapendo dosare poi la spesa, per evitare quegli scompensi che portano gravissimi danni all'industria farmaceutica, alla distribuzione ed ai farmacisti) ? Mi riferisco, in particolare, al rinvio dei pagamenti. In che modo il ministro intende affrontare questo aspetto specifico ?

GIOVANNI NONNE. Già il collega Tagliabue ha affrontato il problema della composizione della spesa. In questo senso, vorrei che il ministro ci fornisse la documentazione ...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Sono dati presenti nel materiale che ho già consegnato alla Commissione.

GIOVANNI NONNE. Mi riferivo, in particolar modo, a quel valore del 20 per cento di spesa non rigida, quindi maggiormente manovrabile. Se volessimo esprimerci nel linguaggio tipico della Commissione bilancio, da quello che ho compreso potremmo dire che una quota di spesa è in un certo senso diventata corrente e tende ad irrigidirsi, mentre quella per investimenti è maggiormente manovrabile.

Mi è parso di capire che le tabelle all'interno della relazione del ministro, delle quali non ho preso visione, contengono suddivisioni per tipo di assistenza (come nel caso di quella indiretta) che procedono per serie storiche, in un rapporto con l'anno precedente che consente di constatare le percentuali di incremento.

Premesso che tutti desideriamo nel nostro paese un'assistenza medica e sanitaria maggiormente produttiva ed una qualità di servizio che si avvicini ai livelli europei, e considerato, inoltre (come ab-

biamo sempre sostenuto) che la spesa sanitaria in Italia non è maggiore che negli altri paesi europei (la differenza è costituita dalla qualità dell'assistenza) vorrei domandare al ministro qual è la composizione delle tabelle non più secondo la serie storica (sulla base della quale la spesa cosolidata si ottiene di anno in anno sovrapponendo le grandezze già individuate nei periodi precedenti), ma suddivise, nell'ambito di ogni regione, per abitante. Mi rendo conto che in alcune regioni l'esistenza dei presìdi attrae flussi di persone, modificando le grandezze di spesa; tuttavia, in quei casi sarà agevole affermare che la spesa sanitaria per abitante è più alta per l'esistenza, per esempio, di una scuola di specializzazione che crea un bacino di utenza riguardante tutto il paese o, comunque, un'area più vasta della regione.

L'onorevole Pellicanò ha chiesto al ministro chiarimenti circa la possibilità di realizzare risparmi nella gestione corrente della spesa sanitaria tramite l'adozione di provvedimenti amministrativi. Vorrei sapere se, per quanto concerne la categoria degli acquisti di beni e servizi, risulti al ministro – il quale ha gli strumenti per accertarsi di simili fenomeni – che alcune attrezzature o supporti materiali abbiano costi diversi fra una USL e l'altra, con elementi di grande oscillazione e variabilità. In proposito, bisognerebbe accertarsi se è vero che si registrano differenze nell'acquisto di beni da parte di strutture pubbliche o di strutture private. Ritengo che questo potrebbe costituire un campo di indagine nell'ambito del quale si potrebbero ottenere risparmi, per esempio, intervendo sul sistema di acquisizione dei beni e di organizzazione delle forniture. Del resto, il ministro comprenderà che si possono citare numerosi esempi simili a quello cui mi riferisco. In sostanza, vorrei verificare in modo più penetrante se i provvedimenti amministrativi e di controllo siano assolutamente impotenti rispetto all'ipotesi di risparmiare nell'ambito di una spesa sanitaria sempre più rigida.

FLORINDO D'AIMMO. Signor ministro, la questione che desidero sollevare fu già esposta a suo tempo da parte mia al suo predecessore, l'onorevole Donat-Cattin, in occasione dell'esame del recente provvedimento con il quale sono stati praticati tagli al numero dei posti letto, in relazione ad un grado di utilizzazione inferiore al 75 per cento e ad un processo di razionalizzazione di tutta la struttura sanitaria. Mi riferisco a quell'episodio perché, al di là dei disegni di legge finanziaria e di bilancio, la Commissione si troverà ad esaminare un provvedimento collegato con il quale si intende ristrutturare il servizio, rilanciare gli investimenti e definire ai fini della spesa corrente un fondo interregionale, da ripartirsi sulla base di direttive e provvedimenti della Presidenza del Consiglio, che sicuramente dovranno tener conto di elementi di fatto come le spese storiche consolidatesi nel tempo.

In occasione della recente discussione del provvedimento che ho indicato (con cui, fra l'altro, si intendeva anche attuare la riconversione dei posti letto non adeguatamente utilizzati), su 36 mila posti letto soppressi circa 19 mila hanno interessato le regioni meridionali. Lo studio è stato condotto dall'ISIS, e presentato nel corso di un convegno. Ciò è accaduto nonostante che il divario di numero di posti letto (il cui parametro programmatico è del 6,5 per mille) nel Mezzogiorno fosse largamente inferiore rispetto alla media nazionale.

Da parte mia, ho espresso una forte preoccupazione, perché la verifica del grado di efficienza delle strutture realizzate da poco nel Mezzogiorno aveva fatto constatare un livello nettamente inferiore. Ricordo che il divario strutturale fra nord e sud era stato in precedenza più ampio rispetto all'attuale – oggi siamo ad una media di 4,5-4,6 posti letto ogni mille abitanti – proprio per un'opera di investimento nel settore ospedaliero e nel campo delle attrezzature che avevano in qualche modo ridotto il citato scompenso. In sostanza, la verifica dei livelli di utilizzazione ha portato ad una dra-

stica riduzione di posti letto appena realizzati. Personalmente, ho messo in evidenza che si stava procedendo nella logica dell'immediato dopoguerra, quando si scavavano fossi per i lavori a regime e poi si provvedeva a ricoprirli: si cancellava un'opera incompiuta, perché, per garantire livelli di qualità di servizio adeguati e, quindi, un certo grado di utilizzazione delle strutture realizzate – non era sufficiente predisporre solo attrezzature. Nel Mezzogiorno mancavano gli investimenti per la ricerca scientifica, per l'alta formazione professionale e per la creazione di centri di alta specializzazione biomedica, in maniera tale da potere dare risposte adeguate, anche in quelle regioni, ai livelli di consumo ed alle esigenze degli utenti.

La fuga dagli ospedali – fenomeno consistente e largamente documentato – non è legata tanto alle convenzioni tra settore pubblico e settore privato, quanto, soprattutto nel Mezzogiorno, al basso livello di qualità dei servizi.

Il pericolo di fronte al quale ci troviamo è che, per quanto riguarda i fondi di gestione di spesa corrente, sicuramente non si potrà non tenere conto dei dati consuntivi, della spesa storica, penalizzando in questo modo le regioni meno capaci di spesa perché meno dotate di attrezzature e di strutture – compresi i posti letto – per rispondere alla domanda degli utenti.

Esiste, poi, il problema degli investimenti, del piano triennale di 30 mila miliardi, un'ottima occasione per realizzare quel riequilibrio finora rimasto incompleto; nell'ambito di una verifica del grado di efficienza, tale incompletezza ha cancellato quello che da poco tempo era stato realizzato, o quanto meno ha riconvertito gran parte degli edifici, delle strutture fisiche e delle attrezzature già esistenti, difficilmente alienabili.

Questa può essere dunque, signor ministro, un'occasione importante.

L'articolo 5 del disegno di legge n. 4227, prevede il riordino, entro il 30 giugno 1990, come aziende pubbliche di servizio a carattere interregionale, degli istituti a carattere scientifico di diritto pubblico e degli istituti zooprofilattici sperimentali; è previsto altresì che gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato rivedano i propri ordinamenti riformandoli alle norme riguardanti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico.

Si tratta di uno degli strumenti della manovra proposta. Ma ritengo che il Ministero della sanità debba farsi carico, insieme alle regioni (questa è un'occasione che difficilmente potrà ripetersi nel tempo che deve essere utilizzata per non restare ancora per decenni in una situazione di squilibrio), di una riorganizzazione in termini strutturali del Servizio sanitario nazionale, che dia maggiori responsabilità di gestione e, quindi, anche maggiori responsabilità finanziarie alle istituzioni periferiche, così com'è sempre stato auspicato dal Parlamento.

Il disegno di legge n. 4227 rappresenta, a mio parere, in questa fase, un'occasione unica per realizzare tale riequilibrio; altrimenti, continuerà a persistere un divario notevole tra le strutture sanitarie del nord e del sud del nostro paese.

MAURIZIO NOCI. Desidero esprimere qualche considerazione,che ritengo abbia poca pertinenza con l'esposizione fatta dal ministro De Lorenzo e con i puntuali interventi svolti finora.

Innanzitutto, ritengo che dovremmo capire – come giustamente ha sostenuto l'onorevole Gunnella – qual è il senso della capacità impositiva che si vorrebbe attribuire alle regioni, al fine di incrementare le entrate delle unità sanitarie locali. C'è, infatti, anche un problema di etica, di immagine, di serietà di tali nostre unità e dei nostri ospedali.

L'applicazione forsennata della normativa recata dalla legge n. 833 del 1978 ha,invece, determinato una criminalizzazione della nostra sanità, con il risultato che la realizzazione di moltissimi ospedali italiani è stata resa possibile dai co-

spicui lasciti di privati e quella di moltissimi altri ospedali è avvenuta senza l'apporto di denaro dello Stato.

Presumo che, nell'ambito delle leggi di accompagnamento, siano previsti incentivi al raggiungimento di una maggiore professionalità nei nostri ospedali e nelle nostre unità sanitarie locali. Vi sono, infatti, difficoltà di rapporti tra il personale paramedico ed i ricoverati negli ospedali. Si tratta di rapporti difficili, che devono essere basati sulla professionalità e sulla serietà; pertanto, le assunzioni non devono avvenire secondo criteri superficiali, perché riguardano personale che dovrà vivere costantemente con gente che attraversa un periodo di malattia.

Se, poi, si bada al modo in cui avvengono i reclutamenti nei reparti di lunga degenza e nelle case-albergo (nelle quali l'aspetto paramedico è sempre molto importante), se ne deduce che le assunzioni avvengono sempre o sulla base del bisogno o su quella dell'anzianità nella permanenza in graduatoria, senza tenere conto del fatto che tra personale paramedico e malato lungo-degente deve instaurarsi un rapporto la cui durata potrà protrarsi anche per diversi mesi.

Questo è, dunque, uno dei settori per i quali la nostra sanità è stata criminalizzata ed accusata di impreparazione e di mancanza di professionalità, non per colpa di coloro i quali vengono assunti, ma per responsabilità di coloro i quali devono assumere convinti di essere gestori di un « carrozzone » da trainare, anziché di un luogo in cui si svolge un rapporto importantissimo tra personale ed utenti lungo-degenti.

Non sarebbero opportuni incentivi per umanizzare di più i nostri ospedali, per renderne più professionale il personale e per ricreare condizioni di credibilità che inducano il cittadino a diventare potenziale contribuente del sistema sanitario nazionale ?

Finora, abbiamo disincentivato tale tendenza ed abbiamo vanificato, criminalizzando la sanità, tale giusto modo di porsi nei confronti della società.

Qualche cosa, dunque, va fatto.

Queste mie considerazioni – che forse nulla hanno a spartire con alcune delle argomentazioni tecniche qui addotte – meriterebbero di essere poste in un minimo di evidenza.

FRANCESCO NERLI. L'onorevole Tagliabue ha già rappresentato la sostanza delle osservazioni che intendevo esporre. Non mi resta, pertanto, che porre al ministro De Lorenzo tre brevi domande.

Innanzitutto, desidero sapere se il ministro della sanità abbia idea di quanto possa costare l'avvio della nuova normativa per quanto riguarda certe forme assicurative, giacché sembra che da un lato si recuperino poche centinaia di miliardi relativamente alla RCA e, dall'altro, s'incentiva a dismisura il rapporto con le assicurazioni.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. In quale parte del disegno di legge è scritto ? Vorrei saperlo; altrimenti, non potrei rispondere a domande che non attengono al contenuto proprio del disegno di legge n. 4227.

FRANCESCO NERLI. Veramente, stavamo parlando, al di là del disegno di legge n. 4227, di ciò che potrebbe derivare da procedure...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Ma non è argomento da trattare in questo momento !

FRANCESCO NERLI. Non si inquieti: poi, magari, mi dirà che la mia era una domanda superflua. Non me ne avrò a male !

La questione della sottostima ne richama un'altra, relativa al Fondo interregionale. Le regioni, tramite questa pasticciata autonomia impositiva, dovranno ripianare gli eventuali disavanzi, quando è noto che tale fabbisogno è una necessità storicamente determinata. Contestualmente ai comuni viene attribuita nuovamente la gestione dei problemi sociali, ma senza prevedere fondi.

Signor ministro, non crede che tale situazione creerà nuovi disavanzi sommersi ?

GEROLAMO PELLICANÒ, *Relatore per l'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.* Signor presidente, relativamente alla questione del personale e dei costi per beni e servizi, vorrei ricordare al ministro – che ovviamente non lo può sapere – che nel corso della relazione che ho svolto sul disegno di legge di bilancio, avevo sottolineato l'esigenza di un rafforzamento del controllo di merito della gestione dei servizi pubblici, in particolare di quelli relativi alla sanità. Il problema del migliore impiego delle risorse non si esaurisce nella spesa di minori risorse, ma implica anche una migliore utilizzazione di tali minori risorse disponibili. A questo proposito, avevo avanzato una proposta – già oggetto di indagini di Commissioni parlamentari negli anni scorsi e in qualche modo ripresa dal collega Nonne – di standardizzazione dei costi, ovunque possibile.

Signor ministro, nel settore della sanità è possibile individuare delle *check list* dei costi dei servizi sanitari erogati anche dalle amministrazioni decentrate, verificando eventuali ingiustificate difformità di costi unitari tra amministrazioni producenti servizi simili ed ubicate diversamente sul territorio dello Stato ? È possibile verificare se aumenti della spesa siano dovuti ad un maggiore volume di attività delle amministrazioni o ad un'ingiustificata lievitazione dei costi unitari ?

Non credo vi sia una ragione per cui alcune apparecchiature sanitarie debbano costare di più in alcune regioni rispetto ad altre.

Ritengo che se si riuscisse ad avviare qualche utile studio in questa materia, si fornirebbe un importante servizio al paese.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro delle sanità.* Signor presidente, vorrei innanzitutto tranquillizzare l'onorevole Mattioli, perché non è prevista l'abolizione di alcun servizio di prevenzione. L'articolo 6, comma 1, del disegno di legge, infatti, prevede che: « Entro il termine perentorio, indicato dall'articolo 3, comma 1, le regioni e le province autonome riorganizzano i servizi e i presidi multizonali di igiene e prevenzione ».

Oggi, sul territorio, tali servizi sono ripartiti in modo da non garantire un efficiente funzionamento; quindi si è ritenuto di intervenire. Onorevole Mattioli, non ha motivo di preoccuparsi: la prevenzione e la sicurezza sono punti essenziali del disegno di legge n. 4227.

FLORINDO D'AIMMO. Ciò anche in conseguenza della ristrutturazione della unità sanitaria locale.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità.* Naturalmente, perché è necessario verificare a chi far riferimento.

Per quanto riguarda il problema posto dall'onorevole Tagliabue, non mi risulta che vi sia stata una comunicazione formale dell'ufficio informativo del Ministero. Verificherò e comunicherò alla Commissione se i 70 mila miliardi sono stati effettivamente calcolati da tale ufficio.

All'onorevole Gunnella voglio dire che il problema da lui posto non andrebbe affrontato in questa sede, in quanto non si tratta dell'esame di merito del provvedimento di accompagnamento.

Il problema alla base della proposta di riforma sanitaria è quello di prevedere un controllo sugli enti responsabili della spese, per utilizzare correttamente le risorse. In questo senso, l'autonomia impositiva soprattutto per le regioni meridionali – argomento che preoccupa molti parlamentari, ma preoccupa anche me – è prevista in termini tali da modificare i criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Al fine di garantire alle regioni meridionali una ripartizione in grado di compensare gli squilibri, tra i vari parametri è stato adottato anche quello del reddito medio regionale, che dovrebbe soddisfare le esigenze di un efficace riequilibrio.

Il problema dell'autonomia impositiva non si basa sul fatto che le regioni devono spendere per la sanità più di quanto

oggi dispongano. È necessario che il Fondo venga ripartito in modo da soddisfare le esigenze di tutte le regioni. L'autonomia impositiva, infatti, serve proprio a ripianare le spese aggiuntive rispetto a quelle programmate, per fa sì che vi sia un unico centro di controllo che rimanga affidato alla regione; quest'ultima, nel momento in cui procede al ripiano dei debiti, potrà intervenire per il controllo degli enti di spesa. Il disegno di legge prevede, infatti, il commissariamento delle unità sanitarie locali, la nomina di un amministratore unico delle regioni ed altri provvedimenti. Quindi, l'autonomia impositiva risulta essere soltanto un meccanismo compensativo della spesa aggiuntiva, con un controllo affidato non più al CORECO, ma alla regione, in modo tale che quest'ultima utilizzi tutti gli strumenti di controllo per far sì che non si proceda ad un ripiano per spese non effettivamente necessarie. D'altro canto, nella filosofia complessiva della legge finanziaria non esiste più il concetto di Fondo sanitario unitario ed indistinto; si passa ad una spesa sanitaria che può essere integrata da altre risorse regionali o all'interno della quale, al limite, si possono ricavare ulteriori risorse da destinare ad altri comparti. Tutto ciò rientra in una visione diversa dei meccanismi di spesa e di controllo.

Per quanto riguarda le indagini sulle motivazioni che possono giustificare l'aggravio dei costi della sanità, disponiamo di tutti i dati – in tal senso rispondo anche all'onorevole Pellicanò – che ci indicano i costi per singole voci regione per regione; per esempio, sappiamo che un pasto in un ospedale del Friuli costa 5 mila lire, mentre in Campania 16 mila lire. Non possiamo, però, individuare le ragioni di una simile differenza, poiché esse dipendono dal meccanismo organizzativo, dalle modalità d'acquisto e di pagamento; vi sono USL che pagano dopo 78 giorni, come la n. 59 di Salerno, mentre altre pagano dopo 982 giorni. Il Ministero della sanità, non ha la possibilità di intervenire, di commissariare o di ispezionare; soltanto recentemente è stato istituito il nucleo dei SAR, ispettori con mansioni anche di aiuto e sostegno all'organizzazione delle USL, ma il Ministero non ha la possibilità di intervenire commissariando e prescrivendo un meccanismo diverso di spesa. Questa capacità non compete né al Ministero della sanità, né alle regioni. Ecco perché viene programmato un meccanismo diverso di gestione: proprio per avere il controllo della spesa.

GEROLAMO PELLICANÒ, *Relatore per l'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.* Forse, però, si potrebbe trasferire alle regioni minori risorse economiche per determinate voci, per esempio quelle poc'anzi citate.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità.* Questo si può fare a seconda del tipo di sistema che si vuol scegliere.

GIORGIO MACCIOTTA. Bisogna scoprire quali sono le USL, per esempio, della Campania o della Calabria, che erogano spese per farmaci cinque volte superiori a quella delle regioni ...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità.* Ma tutto ciò lo sappiamo!

GIORGIO MACCIOTTA. Allora, bisogna identificare anche le farmacie.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità.* Sappiamo anche questo: non a caso stiamo mandando i NAS – cioè l'unico organismo di controllo di cui disponiamo – proprio in quelle USL e in quelle farmacie. In proposito, abbiamo scoperto ricette in bianco, farmaci defustellati ed altro. Quindi, tutto ciò lo stiamo facendo ...

GEROLAMO PELLICANÒ, *Relatore per l'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.* Spero che fioccheranno le denunce all'autorità giudiziaria.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità.* ... non abbiamo altre forme di intervento se non questo. Il problema è che la magistratura non dà seguito alle denunce inoltrate; evidentemente, è impegnata in altri problemi.

GIUSEPPE CALDERISI. Questo è un eufemismo!

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. No, si tratta del fatto che la magistratura deve affrontare problemi più gravi; infatti, purtroppo, dai NAS vengo a sapere che i provvedimenti di sequestri e altre iniziative assunte difficilmente hanno avuto il seguito che avrebbero dovuto avere da parte della magistratura. Questa è una constatazione che purtroppo dobbiamo fare.

Per quanto riguarda la questione dei controlli, onorevole Gunnella, ciò di cui parlo ci viene detto da alcuni amministratori regionali. L'assessore alla sanità della regione Calabria ha riferito che in diversi comuni si arriva fino al 90 per cento di esenzioni.

FRANCESCO NERLI. Ma in altre regioni le esenzioni non superano il 15 per cento!

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. So benissimo che le cose stanno così, ma sto solo rispondendo all'onorevole Gunnella che aveva fatto riferimento ad una serie di costi aggiuntivi. So bene, per esempio, che in alcuni comuni, come Firenze, è stato intrapresa un verifica sull'autocertificazione; al di là di ogni possibile conflittualità, senza questo genere di azioni, è impossibile controllare la spesa.

A fronte delle questioni del convenzionamento esterno nel Mezzogiorno, purtroppo, bisogna dire che buona parte delle regioni meridionali non spendono le risorse loro assegnate per le attrezzature. Non voglio dire quali, ma vi sono regioni con centinaia di miliardi non spesi. Il Parlamento è al corrente che risorse, destinate alle spese correnti, sono invece state vincolate per altri interventi. È chiaro che se le risorse non vengono utilizzate per l'acquisto di attrezzature, si depotenzia la struttura pubblica, e, nel contempo, si incrementa il convenzionamento esterno. Ecco perché nel disegno di legge è previsto l'obbligo per le strutture pubbliche di non superare la quota del 50 per cento della spesa globale, per il convenzionamento esterno, proprio per stimolare gli investimenti nel settore pubblico.

Passando all'argomento della spesa farmaceutica, cosa volete che vi dica? Vi riferirò soltanto un dato: a fronte del blocco dei prezzi e della revisione del prontuario, era programmata una spesa che non doveva superare lo 0,96 per cento. Moltissime regioni sono rimaste all'interno di tale valore, mentre altre hanno speso di più: l'Umbria e la Calabria l'11 per cento, la Campania il 20 per cento, la Sardegna il 22 per cento, il Molise il 22 per cento, le Marche il 23 per cento. Per quanto concerne il convenzionamento esterno, si prevedeva un aumento delle spese, in rapporto ad una serie di calcoli, dell'1,06 per cento: molte regioni sono rimaste all'interno di questo limite (per esempio, la Basilicata e l'Umbria), il che dimostra che la programmazione funziona; per molte altre, invece, gli aumenti della spesa ospedaliera sono del 16, 17, 18, 23 per cento, fino al 49 per cento della Sicilia. I dati sono contenuti nella relazione consegnata alla presidenza. Purtroppo il Ministero non può fare assolutamente nulla con l'attuale sistema di gestione della sanità. Vi è solo la possibilità di intervenire avvalendosi dei NAS o del nucleo di ispettori che stiamo cercando di selezionare al fine di compiere azioni conoscitive di un dato che, comunque, non è assolutamente modificabile.

Per quanto riguarda l'80 per cento riferito alla pesa rigida, onorevole Tagliabue, mi domando se si possa definire o meno rigido l'incremento di spesa per il personale di una regione i cui dipendenti vengono tutti portati dal II al VII livello (cosa non prevista). Comunque, dato che nella relazione la spesa è disaggregata per regione e per voce, non vi saranno problemi per distinguere i costi rigidi degli altri. Nel caso della spesa del personale, come sia possibile considerarla rigida, quando è assunta sulla base di decisioni a livello centrale con incrementi di spesa di 20 o 30 volte?

In materia di costo delle apparecchiature, molto dipende anche dai tempi di

pagamento. La USL n. 37 di Napoli, per esempio, paga dopo 982 giorni, mentre in altri casi il periodo varia dai 600 agli 800 giorni. Tutto ciò fa lievitare il costo dell'acquisto, poiché chi vende intende cautelarsi almeno in parte dal ritardo dei pagamenti. Se, poi, in altre USL i pagamenti avvengono dopo 78-80 giorni, ciò dipende dagli uomini preposti a quelle strutture.

Su tutto questo il Ministero della sanità non può fare niente. Si tratta di una situazione ingovernabile! Questa è la ragione per la quale non è praticabile alcun risparmio tramite provvedimento amministrativo: non abbiamo la possibilità di imporre forme diverse; neppure la regione può fare alcunché, poiché non può commissariare una USL. I parlamentari sanno cosa è accaduto per commissariare una USL: si è ricorsi al decreto del Presidente della Repubblica, con il risultato, poi, che l'atto è stato annullato dal Consiglio di Stato per difetto di motivazione. I provvedimenti di accompagnamento prevedono, invece, procedure nuove: la regione potrà intervenire immediatamente adottando l'istituto del commissariamento ogni qual volta si verifica un *deficit* di bilancio; inoltre, l'amministratore unico può essere licenziato sulla base di un contratto di diritto privato. In sostanza, inseriamo meccanismi con i quali si modifica il sistema di gestione, consentendo il controllo della spesa.

ARISTIDE GUNNELLA. Ciò accadrà solo quando l'amministratore andrà « in rosso » per propria responsabilità.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Questo si vedrà.

Desidero tranquillizzare l'onorevole D'Aimmo rispondendogli che il taglio al numero dei posti letto non è un problema soltanto nell'Italia settentrionale. Certo, nel Nord si è costretti, perché il numero è veramente eccessivo ma quasi tutte quelle regioni hanno accettato l'intervento.

L'onorevole D'Aimmo si è mostrato preoccupato per l'eventualità che ciò avvenga anche nell'Italia meridionale. Non c'è dubbio che questo dev'essere fatto anche nel Sud, ma non seguendo il criterio secondo cui, mancando colà posti letto, non sarà necessario eliminarne di esistenti. Vi sono, infatti, più di 250 ospedali, il cui numero di posti letto varia da 10 ad 80; alcuni di tali ospedali, pur avendo solo 10 posti letto, hanno ben tre divisioni, mentre in altri il numero è molto limitato e il relativo indice di utilizzo è molto basso. Ciò nonostante lo straordinario è senz'altro eccessivo rispetto alle necessità. Pertanto, è necessario chiudere gli ospedali nei quali il numero dei posti letto è inferiore a 120, se si vuole razionalizzare la spesa, rendere il servizio qualitativamente più idoneo alle esigenze delle attrezzature e, quindi, procedere alla costruzione di un sistema ospedaliero nazionale che si basi su forme gestionali adeguate.

ARISTIDE GUNNELLA. Non bisogna essere troppo rigidi a tale riguardo, perché, a questo punto, se la struttura centrale funziona, si potrebbe prevedere un'integrazione di investimento.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Sono previste delle eccezioni. Comunque, il decreto non è operante perché è stato dichiarato incostituzionale. Tuttavia, nel disegno di legge n. 4227 è previsto – a seguito della pronuncia della Corte costituzionale – una norma che consente di attribuire valore di atto di indirizzo e di coordinamento alla norma che prevede la riduzione dei posti letto. Comunque il numero dei posti letto non è stato ridotto. Vi sono alcune regioni – come l'Emilia-Romagna – che vi hanno già provveduto, mentre altre non hanno neppure elaborato il programma di riduzione. Ciò mi preoccupa, perché può creare dei ritardi rispetto ai piani di investimento.

All'onorevole Gunnella desidero rispondere che, fortunatamente, ci accingiamo a varare una legge di accompagnamento in una fase in cui sono disponibili risorse consistenti. Infatti, i 10 mila miliardi del piano triennale sono già stati ripartiti. Le regioni, entro il 21 gennaio prossimo, do-

vranno comunicarci l'entità delle loro rispettive risorse. Con il decreto ministeriale sono state previste delle priorità nella spesa, che vanno dal completamento degli ospedali al potenziamento delle attrezzature, al miglioramento della qualità dell'assistenza negli ospedali e, quindi, alla costruzione di nuovi ospedali, in maniera tale da dare una risposta immediata nella direzione del migliormaento della qualità del servizio. Da tale punto di vista, anche le regioni meridionali – se avranno saputo utilizzare bene le proprie risorse – potranno vedere dei miglioramenti consistenti.

L'onorevole Noci ha fatto riferimento ai lasciti di privati. La mia risposta è che si potrebbe ottenere qualche risultato positivo anche attraverso norme di facilitazione delle donazioni; ma esse non potranno essere che conseguenze del miglioramento del servizio.

Non è che io non voglia parlare dell'assistenza indiretta e delle assicurazioni, ma nel disegno di legge n. 4227 non se ne parla, giacché non vi è riferimento a forme assicurative; si prevede soltanto un riferimento a una forma di pagamento attraverso assistenza indiretta, che prevede la parte relativa alla TAC a risonanza magnetica. Se il Parlamento lo ritiene, assumendo la responsabilità, potrà sopprimere la norma, ma si lascerà che i monopoli privati si consolidino quando noi li vogliamo abolire. A mio avviso, infatti, è assai scorretto che un paziente che non si può sottoporre ad una TAC a risonanza magnetica nella struttura pubblica, deve ricorrere alla struttura convenzionata ed aspettare 30 o 40 giorni perché ce ne sono soltanto una o due per regione.

Se, dunque, il Parlamento intende sopprimere tale norma, è padrone di farlo! Così facendo, però, vi assumete la responsabilità di mantenere monopoli che il settore pubblico costituisce a favore di quello privato.

Per quanto riguarda le assicurazioni, posso dire che esse, indipendentemente dalle norme previste, sono in aumento perché la gente va verso le assicurazioni private. Oggi, le compagnie hanno un *budget* di circa 800 miliardi di lire, rispetto agli 82 miliardi del periodo 1982-1983. La spesa per la medicina privata è – secondo il dato emerso da un'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione affari sociali – di 20 mila miliardi, che si aggiungono ai 65 mila di cui si è parlato. Dunque, c'è un senso di sfiducia generalizzato tra la gente verso il Servizio sanitario nazionale, che comporta un tale tipo di spesa. È noto che 80 cittadini su 100 vanno dal medico; ma è altresì noto che, di questi 80 cittadini, 30 vanno dal medico privato. Si sono create situazioni, evidenziate anche dal Parlamento, che dovrebbero essere esaminate proprio nel corso della discussione del disegno di legge di riforma.

All'onorevole Pellicanò desidero rispondere che stiamo cercando di rafforzare i controlli mediante gli ispettori, il cui organico stiamo cercando di selezionare. Essi aiuteranno le unità sanitarie locali ad organizzarsi meglio; ma difficilmente potranno fare di più, se il sistema non sarà modificato.

Potremo arrivare alla standardizzazione dei costi soltanto attraverso l'imposizione per legge dell'osservatorio delle tecnologie e dell'albo unico dei fornitori; quest'ultimo non è stato accettato né dalle regioni, né dalle unità sanitarie locali; dunque, se lo si considera come un meccanismo di risparmio e di standardizzazione della spesa dev'essere imposto per legge. La direzione generale della programmazione della spesa conosce i costi di ogni attrezzatura di ciascuna unità sanitaria locale, ma non ha la possibilità di intervenire per modificarli.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro De Lorenzo.

La seduta termina alle 20,30.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
DOTT. GIANLUIGI MAROZZA

Licenziato per la composizione e la stampa dal Servizio Stenografia delle Commissioni e degli Organi Collegiali l'11 gennaio 1990.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO