

## COMMISSIONE XII

## AFFARI SOCIALI

(n. 1)

## SEDUTA DI MARTEDÌ 24 OTTOBRE 1995

*(Ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento della Camera)*AUDIZIONI DI RAPPRESENTANTI DELLA CORTE DEI CONTI E DEL MINISTERO DELLA SANITÀ  
AI FINI DELL'ESAME PRELIMINARE DEL BILANCIO A LEGISLAZIONE VIGENTEPRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

## INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Audizione di rappresentanti della Corte dei conti:</b>		Castellaneta Sergio (gruppo misto) .....	15
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i> .....	3, 9	Devetag Flavio (gruppo FLD) .....	14
Carabba Manin, <i>Presidente di sezione della Corte dei conti</i> .....	3	Falcitelli Nicola, <i>Direttore generale del servizio della programmazione sanitaria del Ministero della sanità</i> .....	10, 15 16, 18
Chiappinelli Carlo, <i>Consigliere dell'ufficio relazioni al Parlamento della Corte dei conti</i> .....	4	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo) .....	15
Turina Franco, <i>Consigliere delegato per il Ministero della sanità della Corte dei conti</i> .....	7	Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti) .....	16
<b>Audizione di rappresentanti del Ministero della sanità:</b>		Polenta Paolo (gruppo PPI) .....	12
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i> .....	10, 18	Rinaldi Alfonsina (gruppo progressisti-federativo) .....	13
		Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) .....	13, 18
		Scoca Maretta (gruppo CCD) .....	13

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 14,35.**

**Audizione di rappresentanti della Corte dei conti ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.**

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

Sono presenti i consiglieri della Corte dei conti, professor Manin Carabba, presidente di sezione, ed i dottori Carlo Chiappinelli, Franco Turina e Giovanni Palazzi.

L'audizione è stata richiesta dalla Commissione per cercare di comprendere meglio la valenza di alcuni problemi, tra i quali la formazione di residui passivi nei capitoli del bilancio del Ministero della sanità.

Do subito la parola al professor Carabba.

MANIN CARABBA, *Presidente di sezione della Corte dei conti*. Desidero esprimere, anche a nome dei colleghi, in termini non rituali, gratitudine al presidente ed alla Commissione per averci invitato a questo incontro. La nostra attività referente acquista rilievo nella misura in cui viene seguita con attenzione dal Parlamento, che è il nostro punto di riferimento.

Mi limiterò, consapevole dei limiti di tempo a nostra disposizione, a sottolineare che la base della nostra esposizione è costituita dalla relazione annuale della Corte dei conti sul rendiconto generale dello Stato, approvata nel mese di giugno di quest'anno. In essa vengono distinte due

parti e nella mia esposizione mi atterrò alla stessa distinzione. Da un lato viene esaminato lo stato di previsione del Ministero della sanità, dall'altro esso deve essere valutato in stretta connessione con altri stati di previsione riguardanti la sanità. È essenziale, infatti, il collegamento con gli stati di previsione del Ministero del tesoro, per il fondo sanitario nazionale di parte corrente, e con quelli del Ministero del bilancio per il fondo sanitario in conto capitale. Tale esame si concretizza in un apposito capitolo dedicato al Ministero della sanità nell'ambito della relazione annuale in cui vengono seguite le tecniche di controllo previste per il rendiconto. È in questa sede che si analizza il fenomeno dei residui passivi, sui quali il collega Turina esporrà sinteticamente le valutazioni della Corte dei conti.

Mi sembra che da molti anni – almeno cinque – la Corte inserisca nella relazione un'analisi speciale sulla spesa sanitaria per cercare di misurarsi con alcuni problemi fondamentali e prioritari, come è stato sottolineato nella lettera che ci ha trasmesso il presidente. Il tentativo è quello di analizzare i fenomeni che sono alla base del permanere di un andamento della spesa sanitaria non coerente con le esigenze di contenimento del deficit pubblico, che spesso, a consuntivo, risulta in contraddizione con le previsioni.

L'analisi speciale sulla sanità di quest'anno, relativa al consuntivo del 1994, pone in evidenza un fenomeno che si è registrato anche negli esercizi precedenti; infatti, nonostante l'entrata a regime del nuovo modello di finanziamento previsto dai decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, è stato accertato un sensibile

scostamento dalle previsioni programmatiche. Secondo le stime in possesso dell'amministrazione, la spesa di parte corrente sostenuta dalle USL ammonterebbe provvisoriamente a 94.400 miliardi, somma che appare sostanzialmente coincidente con quella dell'esercizio precedente, in cui si era registrata una contrazione rispetto al 1992. Sostanzialmente ci troviamo di fronte al permanere di un divario tra previsioni programmatiche e andamenti reali.

Un altro fenomeno cui è tradizionalmente rivolta l'attenzione della Corte è quello relativo all'intervento del legislatore per il ripianamento dei debiti pregressi che di per sé rappresentano la prova del formarsi dei disavanzi occulti che poi finiscono per gravare sulla finanza statale.

Il permanere di tali fenomeni spiega la ragione per la quale la Corte non considera esaustivo l'esame dello stato di previsione del ministero ma ritiene far parte dei propri doveri di organo referente al Parlamento inserire un'analisi complessiva della spesa sanitaria. Aggiungo soltanto che per quanto attiene alle funzioni di controllo assegnate alla Corte dei conti, una evoluzione, ancora allo stato nascente, ma che dovrebbe dare i primi risultati entro la fine dell'anno, è quella che prevede un controllo-referto sulle gestioni regionali.

L'articolo 3, comma 5, della legge n. 20 del 1994, con una norma che ha superato il vaglio della Corte costituzionale, che in presenza di numerosi ricorsi delle regioni si è pronunciata con sentenza n. 29 del 1995, ha assegnato alla Corte un controllo con esito di referto sulle gestioni regionali.

Per la prima volta ci stiamo confrontando con un compito di questo genere; lo schema già approvato dalle sezioni riunite del referto sulle gestioni regionali avrà come capitolo forse di maggiore importanza quello sulla spesa sanitaria. In questo modo il complesso delle funzioni di controllo e referenti della Corte in materia sanitaria si completa con la competenza ad esaminare il rendiconto generale dello Stato; la competenza sulle regioni, secondo l'interpretazione data dalla Corte, porta

con sé la possibilità di esaminare i risultati della gestione delle aziende sanitarie che, come previsto dal decreto legislativo n. 517, sono sostanzialmente enti regionali. Pertanto, riteniamo che la forma di controllo-referto sulla sanità rappresenti per noi una frontiera importante, considerando che la funzione referente, sancita dalla legge nei confronti non solo del Parlamento nazionale ma anche dei consigli regionali, ci sembra il modo più rispettoso verso le autonomie di esercitare un controllo-collaborazione e non un controllo repressivo-autoritativo. D'altro canto, la vastità del fenomeno e l'importanza delle norme costituzionali sul coordinamento della finanza pubblica (articolo 119 della Costituzione) rendono il nostro lavoro in materia sanitaria di particolare rilievo. In questo senso speriamo di offrire un contributo utile ai lavori del Parlamento e in particolare di questa Commissione.

Il consigliere Chiappinelli svolgerà ora una esposizione sui profili generali della spesa sanitaria, mentre il consigliere Turina si soffermerà sullo stato di previsione del Ministero della sanità.

**CARLO CHIAPPINELLI**, *Consigliere dell'ufficio relazioni al Parlamento della Corte dei conti*. Signor presidente, in primo luogo mi associo al ringraziamento espresso dal presidente Carabba per l'attenzione rivolta al nostro lavoro attraverso questa audizione. Abbiamo operato una sintesi sia pure rapidissima dei principali spunti critici contenuti nelle recenti relazioni della Corte dei conti in materia sanitaria che possono rivestire un interesse per la Commissione.

Vorrei partire da una premessa che ritengo utile per lo svolgimento delle successive considerazioni ed anche per la migliore comprensione del ruolo svolto dalla Corte dei conti nel settore che il presidente Carabba ha ora ricordato. Con riguardo specifico al settore della spesa sanitaria penso sia necessario ricordare che nei dati del rendiconto generale dello Stato, parificati annualmente dalla Corte e trasmessi al Parlamento per la successiva approvazione, vi è, in riferimento alla

spesa sanitaria corrente, il capitolo 5941, allocato — come è noto — nello stato di previsione del Ministero del tesoro.

Tale capitolo, pure di importo molto cospicuo, isolatamente considerato riveste tuttavia limitata significatività sia in sede programmatica, di allocazione complessiva di risorse pubbliche destinate al settore della sanità, sia al fine correlato e conseguente di verificare a consuntivo l'andamento della spesa. Così come riferito anche dal presidente della Corte nella recente audizione in Parlamento sul bilancio a legislazione vigente, in base alla riforma contenuta nel decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, il fondo sanitario nazionale viene a rappresentare — come è noto — una sostanziale integrazione da parte dello Stato alle entrate attribuite direttamente alle regioni; contributi sanitari che prima affluivano al capitolo 3342 dell'entrata.

In tale nuova configurazione, ai fini di una effettiva conoscibilità e definizione delle risorse complessivamente individuate in sede programmatica e di manovra, appare pertanto utile che nei relativi documenti venga ora espressamente indicata la stima prevista per detti contributi; stima che viene a condizionare l'importo stesso delle assegnazioni del fondo sanitario di parte corrente in base all'articolo 12 del decreto legislativo n. 502. Tale esigenza viene confermata anche alla luce dell'articolo 11, comma 19, del testo ora citato, novellato dal decreto legislativo n. 517, in base a cui è prevista una specifica integrazione del fondo sanitario nazionale da quantificarsi in sede di legge finanziaria in ordine all'eventuale differenza del gettito effettivo dei contributi rispetto alla stima prevista.

Nella nuova configurazione del fondo sanitario nazionale appare quindi particolarmente utile che nei documenti programmatici e nelle relazioni tecniche dei documenti di bilancio vengano ora espressamente indicati sia la stima dei contributi previsti per l'anno successivo che l'effettivo gettito registrato a consuntivo, per cui in base alla norma citata lo Stato è tenuto a corrispondere alle regioni la relativa diffe-

renza da quantificarsi in sede di legge finanziaria.

Verrebbe in tal modo ad assumere migliore conoscibilità e visibilità per il settore la decisione di bilancio in una considerazione complessiva delle risorse pubbliche destinate al settore, facilitando anche una ricognizione unitaria del fenomeno; peraltro, i contributi sanitari figurano nelle delibere del CIPE e di riparto del fondo sanitario nazionale, ma sembra utile che per le ragioni descritte il Parlamento ne sia ufficialmente edotto in sede di manovra.

Analoghe considerazioni di effettiva conoscibilità dell'andamento della spesa sanitaria si verificano a consuntivo. Come sopra accennato la Corte in sede di verifica del rendiconto generale dello Stato verifica la situazione della posta contabile, capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro che ha tuttavia ridotta significatività. Ad esso risultano ovviamente estranei gli andamenti effettivi registrati in sede di spesa sostenuti dagli organi decentrati (USL), che peraltro affluiscono al sistema informativo della programmazione sanitaria.

Ai fini della identificazione dell'effettivo fabbisogno di settore, vanno poi considerati gli importi delle entrate proprie delle USL e della partecipazione delle regioni a statuto speciale.

Delineato in estrema sintesi il quadro di riferimento, va altresì precisato che sul citato capitolo 5941 del Ministero del tesoro incidono anche voci diverse rispetto al grosso dei trasferimenti alle regioni, quali, ad esempio, le assegnazioni dirette alla croce rossa o ad altri enti. In una ricomposizione complessiva di grande attualità, della struttura del bilancio dello Stato in ordine a cui le sezioni riunite hanno recentemente deliberato e trasmesso uno specifico referto alle Camere, andrebbe, quindi, ulteriormente precisata la configurazione contabile di tale capitolo.

Non può peraltro non registrarsi con soddisfazione il processo già avviato di maggiore trasparenza. La Corte aveva, ad esempio, rilevato la incongruità della allo-

cazione su detto capitolo degli oneri per il ripiano della maggiore spesa registrata nel 1990 (per il 1994 si tratta di oltre 4.000 miliardi), mentre nel disegno di legge relativo al bilancio 1996 appare opportunamente istituito un nuovo capitolo (5859), liberando il capitolo generale 5941 da altri oneri impropri.

Da questa rapida premessa appare evidente la difficoltà per la Corte di riferire al Parlamento a consuntivo sulla base dei soli dati di rendiconto l'effettivo andamento della spesa sanitaria nonché di contribuire maggiormente in sede programmatica di allocazione delle risorse.

Il costante reiterarsi, peraltro, di rilevanti scostamenti dalle previsioni programmatiche, con la formazione di oneri latenti e del conseguente continuo reiterarsi di provvedimenti di ripiano, sovente adottati in via di urgenza e difficoltosamente convertiti in legge, ha avuto un impatto fortemente negativo sugli equilibri di bilancio, determinando un inevitabile irrigidirsi delle manovre successive a causa del peso per gli oneri relativi ai ripiani stessi. Nell'analisi speciale citata dal presidente Carabba è contenuta l'indicazione dei capitoli dello stato di previsione del tesoro dove affluiscono distintamente gli oneri per i ripiani degli esercizi precedenti.

Tale fenomeno, che è stato reiteratamente e con preoccupazione segnalato dalla Corte in sede di analisi sulla spesa sanitaria, contenuta nella relazione al rendiconto generale dello Stato, ha sollecitato altresì, in sede di audizione sul bilancio a legislazione vigente, a sottolineare l'esigenza di una quantificazione più realistica delle risorse del fondo sanitario nazionale, proprio per evitare successivi interventi di ripiano, particolarmente gravosi, come si è detto, per il peso dei connessi oneri per interessi e per la complessiva manovrabilità di bilancio.

Il reiterarsi del fenomeno, oltre all'indicato peso sulla finanza statale, ha altresì avuto inevitabilmente un impatto negativo anche sugli equilibri finanziari delle regioni e sui relativi margini di manovrabilità. Al riguardo è imminente la presenta-

zione di un referto delle sezioni riunite della Corte in base alle recenti disposizioni di cui all'articolo 3, commi 4, 5 e 6 della legge n. 20 del 1994, relativo alle gestioni regionali, in cui sarà contenuta una specifica trattazione in ordine all'andamento della spesa sanitaria.

Nella citata analisi contenuta nella relazione sul rendiconto generale per il 1994 la Corte ha comunque già evidenziato il permanere di taluni punti critici che, nell'avvio peraltro non agevole del nuovo modello del Servizio sanitario nazionale, possono rivestire un negativo impatto sugli equilibri finanziari complessivi. Si tratta in primo luogo della programmazione, da lungo tempo sollecitata dalla Corte, che ha trovato, come è noto, una prima forma di attuazione nel piano sanitario nazionale approvato, a circa 15 anni dalla riforma del 1978, con decreto del Presidente della Repubblica del 1° marzo 1994.

Non desidero soffermarmi sulle vicende pregresse, ampiamente riferite nelle relazioni della Corte, quanto piuttosto evidenziare che, pur nel superamento dei profili di stretta legittimità che hanno portato la sezione del controllo ad ammettere il provvedimento alla registrazione, in considerazione del fatto che la fase procedimentale del piano era avvenuta in vigenza delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992 (successivamente modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993), la stessa sezione del controllo ha rilevato positivamente che si trattasse del primo atto di indirizzo a carattere nazionale ma anche esplicitamente affermato che di taluni aspetti problematici dovrà certamente tenersi conto negli aggiustamenti di piano relativi agli anni successivi al 1994, incidendo essi sulla misura della spesa. Si tratta della delibera n. 127 del 1994.

Nel complesso, a parte il superamento dei profili di legittimità, è quindi da considerare, insieme al positivo apprezzamento dell'adozione di un fondamentale atto programmatico, dopo lunghi anni di inattuazione e quindi di precedenti con cui confrontare i nuovi orientamenti, il permanere di talune zone d'ombra, con partico-

lare riguardo alle ulteriori specifiche prescrizioni introdotte nel decreto legislativo n. 517 del 1993 ed alla insoddisfacente soluzione di alcuni specifici aspetti finanziari.

Anche in relazione a tali nodi, bisogna registrare la preoccupazione per una dinamica della spesa corrente superiore alle previsioni del bilancio che si è registrata, come ha ricordato il presidente Carabba, anche negli ultimi esercizi.

Strettamente correlato al tema di una migliore programmazione appare quello di una corretta definizione del sistema di contabilizzazione della gestione delle nuove aziende, demandata alla legislazione regionale nell'ambito di principi ed indirizzi fissati dall'articolo 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni.

Al riguardo è intervenuto il decreto interministeriale del 15 ottobre 1994 (pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 25 maggio 1995), approvativo di uno schema di bilancio economico delle aziende sanitarie ospedaliere e che conserva in via provvisoria, così come indicato dalla normativa citata, anche la vigente contabilità finanziaria, tenuto conto anche dell'esigenza del consolidamento dei conti pubblici e dell'informatizzazione da finalizzare agli adempimenti previsti dall'articolo 30 della legge n. 468 del 1978.

Pur nella riconosciuta autonomia, pare quindi da salvaguardare l'esigenza espressa anche in sede di controllo di un coordinamento degli indicatori di equilibrio finanziario con quelli di equilibrio economico.

Si tratta in definitiva ancora di una fase di transizione e di primo avvio del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, così come delineati dalla riforma. Particolarmente significativa appare al riguardo la cesura, evidenziata anche a livello finanziario, della contabilizzazione differenziata delle cosiddette gestioni-stralcio relative agli esercizi pregressi (articolo 6 della legge n. 724 del 1994), in base alla quale alle nuove aziende non possono essere accollati né direttamente né indirettamente i

debiti ed i crediti facenti capo alle gestioni pregresse delle unità sanitarie locali.

Appare quindi opportuno definire il pregresso alla luce dei principi recentemente ribaditi anche dalla Corte costituzionale sia nella sentenza n. 355 dell'agosto del 1993 sia nella più recente sentenza n. 416 del luglio del corrente anno. In tale ottica, un crescente rilievo è stato riconosciuto dalla Corte dei conti alla sede della conferenza Stato-regioni come stanza di compensazione delle istanze centrali e di quelle periferiche, con particolare riguardo, oltre che alla distribuzione territoriale del fondo sanitario nazionale, anche alla verifica dell'effettiva entità dei disavanzi pregressi.

FRANCO TURINA, *Consigliere delegato per il Ministero della sanità della Corte dei conti*. Comincio con una precisazione di tipo metodologico. La presenza di un elevato ammontare di residui passivi nel bilancio del Ministero della sanità si pone come un fenomeno dipendente dagli andamenti riguardanti la gestione della spesa sanitaria e in genere di assistenza, come definita dal tema propostoci, ed è connessa quindi con le attività del solo Ministero della sanità, estraneo in forma diretta a tale gestione.

Il fenomeno dei residui va invece considerato alla luce delle regole contabili proprie di tutti gli altri apparati amministrativi facenti capo ai diversi ministeri.

Ciò premesso è tuttavia innegabile, per quanto riguarda la gestione del solo apparato ministeriale, che un ingente carico di residui si palesa quale sintomo di una non ottimale utilizzazione delle risorse disponibili e di rallentamenti od inerzie non consoni ai compiti di propulsione e di governo affidati dal legislatore all'amministrazione sanitaria statale.

Per rappresentare sinteticamente i più aggiornati dati disponibili a consuntivo, va rilevato che, a partire dal 1991, fino alla conclusione del 1994, l'ammontare dei residui è aumentato (in maniera non certo uniforme) in assoluto da 941 a 1.181 miliardi nei primi due anni, per poi passare a 977 miliardi nel 1993 ed arrivare infine

ai 1.016 miliardi registrati in chiusura del 1994.

Al fine di realizzare una necessaria omogeneità di dati, va altresì avvertito, almeno relativamente ai due bilanci 1993 e 1994, che, a fronte di un aumento graduale degli stanziamenti disponibili, è dato rilevare un corrispondente incremento di formazione dei residui passivi, evidenziato anche dalla circostanza che i risultati della gestione ministeriale non espongono più, a partire dal 1994, le risultanze della spesa delle due rubriche Istituto superiore di sanità e Istituto superiore della prevenzione e sicurezza del lavoro, con la conseguenza che i residui maturati presso i detti organismi, pur permanendo talvolta come importante posta dei conti delle singole amministrazioni, non rendono evidente, nei propri termini effettivi, il progressivo andamento della spesa dell'intero comparto delle amministrazioni sanitarie statali.

Mi spiego meglio, perché forse si tratta di un passaggio poco comprensibile. In passato tutta la spesa del Ministero della sanità era compresa nello stato di previsione: ora invece lo stanziamento relativo all'Istituto superiore di sanità e all'Istituto superiore della prevenzione e sicurezza del lavoro viene trasferito ai bilanci particolari dei due organismi, che rendono un loro conto dal quale risultano i residui. Un raffronto corretto dei dati richiede pertanto piccole operazioni di rettifica.

Per scendere a più concreti riferimenti, raffrontando i dati relativi al 1993 con quelli del 1994, può constatarsi che nel primo dei suddetti esercizi, a fronte di stanziamenti complessivi per 1.657 miliardi, il carico dei residui di competenza è stato di 519 miliardi, con un'incidenza di circa il 31 per cento, mentre nel 1994, a fronte di 1.753 miliardi di stanziamenti, si sono registrati in chiusura di esercizio 492 miliardi di residui, sempre di competenza, con un'incidenza sul totale della spesa ministeriale del 28 per cento.

Come premesso, però, mentre è da rilevare che gli stanziamenti del ministero continuano ad includere nella annuale previsione di spesa le somme necessarie a finanziare i due istituti, i residui relativi ai

suddetti nel bilancio ministeriale riguardano soltanto somme non ancora ad essi devolute dal ministero (25 miliardi nel 1994). Le somme non ancora spese o utilizzate ma già disponibili da parte dei due organismi figurano invece soltanto nel conto autonomamente reso dagli stessi.

Poiché nel 1994 dal consuntivo dell'Istituto superiore di sanità e dell'ISPEL risulta una formazione di residui, pari rispettivamente a 40,5 e 14,4 miliardi, per pervenire ad una esposizione omogenea a quella resa nel precedente anno occorre sommare dette somme a quelle del ministero, che portando il totale delle somme impegnate, o non ancora utilizzate, al livello di circa 547 miliardi, determinano una incidenza di tali poste sulla competenza nel valore di oltre il 31 per cento, una quota pressoché pari a quella del precedente anno.

Volendo poi tenere presenti anche i residui provenienti dagli esercizi precedenti al 1994, si rileva che, mentre nel 1993 questi sono risultati pari a 977 miliardi, comprendendovi le somme ancora da pagare dell'Istituto superiore di sanità e dell'ISPEL, ai 1.016 miliardi di residui del ministero per il 1994 vanno aggiunti 86 e 24 miliardi dei due istituti; ciò porta, su base omogenea, il carico effettivo dei residui complessivamente a 1.126 miliardi.

Per quanto riguarda lo smaltimento dei residui — questo è il dato più recente di cui dispone la Corte dei conti — fino alla data del 30 settembre 1995, relativamente al ministero, si sono registrati pagamenti per 87 miliardi su 1.016 miliardi iniziali, mentre per l'Istituto superiore di sanità e l'ISPEL gli stessi pagamenti sono stati pari rispettivamente a 31 e 11 miliardi su 165 miliardi complessivi.

Non emergono pertanto al momento segni di un accentuato dinamismo nei ritmi di smaltimento di dette disponibilità.

Accennerò ora alle ragioni di un altro cospicuo fenomeno, determinate in particolare da motivi specificamente riconducibili alle varie tipologie di spesa, sulle quali — se necessario — riferirà il consigliere Palazzi; occorre distinguere, su un piano ge-

nerale, tra cause imputabili alla normale difficoltà di esaurire nell'arco di singoli esercizi procedimenti di complessità tale da non potersi concludere nel tempo di un anno (un certo ammontare di residui è infatti fisiologico al sistema), da evenienze riconducibili prevalentemente alle difficoltà organizzative presenti nel ministero in una complessa fase di ristrutturazione in corso.

Questo secondo aspetto, emergente da una difficile applicazione, nell'ambito del Ministero della sanità, delle norme della legge n. 421 del 1992, in materia di revisione delle discipline in campo sanitario, ha comportato che sia il successivo decreto legislativo n. 502 del 1993 sia il decreto legislativo n. 266 del 1993, riguardante la riorganizzazione delle strutture del Ministero della sanità, abbiano ricevuto una tardiva ed in gran parte ancora non compiuta attuazione.

A tali cause va aggiunta altresì la ben nota mancata osservanza da parte del ministero delle disposizioni riguardanti la ripartizione delle competenze tra autorità politica ed amministrativa, previste dal decreto legislativo n. 29 del 1993, con una confusione e sovrapposizione di ruoli che rende del tutto confusa, tortuosa e contraddittoria quella individuazione di posizioni che, se intervenuta, avrebbe agevolato, anche in sede di controllo, l'esercizio di compiti in linea puramente concettuale ben delineati dalla legge.

Un solo esempio è sufficiente a dar conto dello stato di difficoltà in cui versa l'amministrazione. Ricordo che l'articolo 2, comma 6, del citato decreto legislativo n. 266 del 1993, ha prescritto che a tre anni dalla sua emanazione, e successivamente con pari cadenza, intervenga una verifica sulla compatibilità della organizzazione del ministero con le esigenze proprie dello stesso, con obbligo per il ministro di riferire alle competenti Commissioni parlamentari.

A tutt'oggi questo adempimento non si è ancora realizzato, non per un possibile ritardo intervenuto, ma perché non è stata nemmeno data attuazione alla riorganiz-

zazione del ministero secondo i principi introdotti dalle normative cui ho fatto cenno.

Sussiste quindi una permanente divaricazione tra disegno normativo previsto, tra l'altro puntualizzato da una intervenuta regolamentazione con il decreto del Presidente della Repubblica del 2 febbraio 1994, n. 196, ed il concreto, operante assetto organizzativo, rilevata più volte non solo dalla Corte, ma altresì dalla Ragioneria centrale per quanto riguarda la coerenza nell'impostazione del bilancio a quelle che dovrebbero essere le definitive strutture, nel frattempo previste in dipartimenti, ancora non funzionalmente operativi. Il Ministero della sanità peraltro continua ad operare con rubriche che corrispondono alle vecchie direzioni generali.

Ciò si è riflesso, come rilevato, nell'esercizio delle competenze di controllo già in sede preventiva (dovendo, come ha detto il presidente Carabba, ancora esaurirsi la fase di primo avvio del controllo sulla gestione introdotto dalla legge n. 20 del 1994), in una frequente cattiva connessione tra centri di responsabilità amministrativa e centri di imputazione della spesa.

Questa difficoltà, offuscando le linearità procedurali, determina l'accumularsi di ritardi nei singoli adempimenti e spesso il rinvio di utilizzazione di somme che l'annualità delle singole previsioni intenderebbe evitare e che invece si presenta quale negativo permanente dato strutturale della organizzazione ministeriale.

Sulle singole esemplificazioni riguardanti gli aspetti di più rilevante interesse, anche sotto il profilo quantitativo, siamo disponibili ad offrire gli elementi in nostro possesso e i nostri interventi potrebbero essere completati da quello del dottor Palazzi.

Ritengo opportuno esaurire qui la mia esposizione, sottolineando che un certo tecnicismo fa parte del nostro lavoro.

**PRESIDENTE.** I consiglieri della Corte dei conti hanno illustrato in modo ampio ed esauriente le problematiche relative al bilancio del Ministero della sanità. Con-

stato infatti che non vi sono richieste di chiarimento da parte dei colleghi.

Ringrazio pertanto i nostri ospiti per il contributo fornitoci e sospendo brevemente la seduta.

**La seduta, sospesa alle 15,10, è ripresa alle 15,45.**

**Audizione di rappresentanti del Ministero della sanità ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.**

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

Ringrazio il dottor Falcitelli, direttore generale del servizio della programmazione sanitaria del Ministero della sanità, e la dottoressa Salatino per la loro presenza. La Commissione è interessata ad acquisire una serie di chiarimenti sui conti della sanità, anche al fine di individuare i correttivi che si rendessero necessari.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale del servizio della programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. Ringrazio la Commissione per l'invito rivoltomi, che rappresenta per me l'occasione per chiarire alcuni aspetti della situazione debitoria del servizio sanitario. Consegno un appunto in ordine alla materia, che potrà risultare utile alla Commissione nel prosieguo dei suoi lavori.

La situazione di disavanzo delle unità sanitarie locali risale al 1991. Fino al 1990, infatti, il servizio sanitario aveva sì presentato dei disavanzi, ma essi erano stati ripianati. Dal 1991, invece, il disavanzo è stato ripianato in parte dallo Stato e in parte dalle regioni (dei 5.700 miliardi di disavanzo accumulati nel corso di tale anno due terzi sono stati coperti dallo Stato ed un terzo dalle regioni).

Il periodo che oggi prendiamo in considerazione è quindi quello corrispondente agli anni 1992, 1993 e 1994 ed in parte al 1995. Nel 1992 il disavanzo ammontava a

3.030 miliardi, anche se bisogna considerare che esso era superiore ma vi fu un rifinanziamento del fondo sanitario di 6 mila miliardi che ne ridusse a tale cifra l'entità.

L'amministrazione centrale ritenne di non dover ripianare la somma di 3.030 miliardi, trattandosi di fondi relativi a spese che essa per legge non doveva più sostenere (1.700 miliardi concernevano infatti beni e servizi e 1.320 miliardi il personale). Il Governo sostenne in sede di Conferenza Stato-regioni che quel disavanzo non poteva essere ripianato, ma aggiunse, su sollecitazione delle regioni, che il ripiano della cifra avrebbe potuto essere preso in considerazione sempre che esse si fossero impegnate a recuperarla negli anni successivi. Questa circostanza non si è però verificata ed i 3.030 miliardi sono rimasti quali disavanzo.

Nel 1993 è stato registrato un disavanzo di 7.110 miliardi, mentre per il 1994 il disavanzo è stato di 6.791 miliardi. Tali cifre risultano dai rendiconti delle unità sanitarie locali. Voi sapete infatti che le USL devono trasmettere ogni trimestre un rendiconto all'amministrazione centrale. Personalmente ritengo che le cifre indicate siano sovradimensionate; per il 1993, infatti, la spesa di 7.110 miliardi è diminuita di circa mille miliardi e quindi è scesa a 6.180 miliardi.

Come è noto, quando è stato presentato il decreto-legge che ha parzialmente risanato debiti per oltre 3 mila miliardi, si era pretesa una dichiarazione da parte delle regioni indicante in maniera esatta il proprio disavanzo per il 1993. Ebbene, da tali dichiarazioni risultano mille miliardi in meno rispetto ai 7.110 miliardi previsti nella rendicontazione. Anche per quanto riguarda il 1994, la spesa è attualmente stimata in 6.791 miliardi, perché non tutte le regioni hanno trasmesso la rendicontazione, mentre in passato la stima era di 7.110 miliardi. Oggi, dopo l'acquisizione di ulteriori rendiconti da parte delle regioni, la spesa è diminuita a 6.180 miliardi. Se per il 1994 si dovesse verificare quello che è accaduto per il 1993, la spesa si ridurrebbe ulteriormente. Comunque, le cifre

complete del disavanzo relativo al 1992, 1993 e 1994 sono rispettivamente 3.030, 6.180 e 6.791 miliardi per un totale di oltre 16 mila miliardi di disavanzo delle USL.

Ci si chiede come far fronte a tale situazione, che comprende anche il 1992, mai preso prima d'ora in considerazione dall'amministrazione centrale. Si ritiene di provvedere da una parte con 3.480 miliardi, già previsti in un apposito decreto-legge, dall'altra parte con 700 miliardi, individuati nella prossima legge finanziaria, come quote interessi da pagare da parte dello Stato. Ciò significa che il Governo si impegna a ripianare debiti per 9.500 miliardi; se dai 16 mila miliardi sottraiamo i 9.500 miliardi, supponendo che queste cifre non diminuiscano — al riguardo ho molti dubbi — resterebbe ancora un debito di 6.500 miliardi. Voglio precisare che il disavanzo è costituito, dal nostro punto di vista, non tanto e non più da una sottostima del fondo sanitario nazionale, come si è verificato fino agli anni 1990-1991, ma dalla impossibilità da parte delle regioni di attivare meccanismi di risparmio — non voglio dire di eliminazione di sprechi — sulle attività proprie.

Relativamente al 1995, come sapete, le regioni prevedono 5 mila miliardi di disavanzo, di cui mille miliardi per la spesa farmaceutica e 4 mila miliardi per la fornitura di beni e servizi. Le regioni, infatti, sostengono che la spesa farmaceutica nel 1995 sarà superiore di mille miliardi rispetto ai 2 mila previsti per la prestazione di beni e servizi. Poiché le regioni non possono avere, o ritengono di non poter ridurre, determinati beni e servizi, per quel famoso 18 per cento in meno previsto nella legge finanziaria, hanno previsto lo scorso anno una spesa superiore di 4 mila miliardi. Pertanto, il disavanzo delle regioni ammonta a 5 mila miliardi.

Riteniamo che i bisogni farmaceutici subiranno un incremento dal punto di vista della spesa per il 1995 rispetto ai 9 mila miliardi previsti; anche se non si tratterà di mille miliardi, la maggiore spesa sarà sostenuta dall'amministrazione centrale.

Per quanto riguarda la spesa relativa a beni e servizi, non riteniamo che possa essere presa in considerazione, perché la legge finanziaria dell'anno scorso aveva previsto una loro riduzione del 18 per cento; peraltro, l'ammontare del finanziamento concesso alle regioni è stato lo stesso del 1994, maggiorato del tasso di inflazione. Anche non prendendo in considerazione la diminuzione del 18 per cento, che pure le regioni dovevano rispettare, perché prevista in una legge, voglio ribadire che sono stati attribuiti specifici finanziamenti per le spese effettuate nel 1994, maggiorate del tasso di inflazione. Senza nessuna iniziativa, né a favore né contro la prestazione di beni e servizi, il dato finale doveva essere in pareggio e invece la spesa ammonta a 4 mila miliardi.

Come ho già detto, non si può più parlare di sottostima del fondo sanitario nazionale, perché dal 1992-1993 ad oggi le regioni sono state finanziate per quota capitolaria, corrispondente ai livelli dei fondi di assistenza. Pur con tutte le manovre finanziarie varate negli ultimi due anni, la quota capitolaria, fissata nel piano sanitario nazionale triennale 1994-1996, è stata sempre rispettata dall'amministrazione centrale. Ricordo che la quota capitolaria è stata individuata dalle regioni d'intesa con le amministrazioni centrali; non si è trattato di un'imposizione, poiché — come è noto — lo stesso piano sanitario è approvato d'intesa con le parti interessate. Se tale intesa è stata raggiunta significa che quelle quote sono state ritenute sufficienti; significa anche che in sede di conferenza Stato-regioni quest'ultime hanno ritenuto la ripartizione del fondo per il 1995 congrua. Non è un caso che il disavanzo relativo al 1995 non riguardi spese di attività, ma aspetti legati da una parte alla spesa farmaceutica, per la quale le regioni sono responsabili peraltro non totalmente, dall'altra parte alla prestazione di beni e servizi. Le regioni si giustificano appellandosi al fatto che la norma non sarebbe attuabile, ma non hanno avanzato obiezioni sul finanziamento ottenuto.

La quota capitolaria individuata nel piano non tiene conto della media delle at-

tività assistenziali svolte nell'ambito delle regioni; nell'intesa, infatti, sono state individuate le diverse spese assistenziali e sanitarie delle varie regioni. È stato tra l'altro assunto come parametro, di comune intesa, la spesa sanitaria della Lombardia, perché si è ritenuto che tale regione presti un'attività assistenziale soddisfacente e presenti una situazione organizzativa tali da consentire un certo tipo di confronto.

Il piano sanitario prevedeva l'espletamento di una verifica della quota capitaria per singoli livelli di assistenza o nel complesso di tali livelli, tant'è che è stato costituito, nell'ambito della conferenza Stato-regioni, un gruppo di lavoro per individuare il tipo di informazione che le regioni devono trasmettere per consentire un monitoraggio della spesa e dei livelli di assistenza.

Siamo alla fine del 1995 e tale gruppo (amministrazione centrale-regioni, Ministeri del tesoro e della sanità, conferenza Stato-regioni) non è stato in grado di arrivare ad una conclusione, perché non tutte le regioni hanno trasmesso le informazioni che si erano impegnate ad indicare. Oggi infatti possiamo sostenere che non esiste una verifica completa della situazione; tuttavia, sulla base delle indicazioni pervenuteci dalle regioni che hanno trasmesso le informazioni relative al 1993-1994, abbiamo effettuato un raffronto tra la spesa effettivamente sostenuta dalle regioni e la quota capitaria stabilita dal fondo sanitario nazionale.

Sono poche le regioni che si discostano, e per motivi giustificabili, dalle indicazioni di spesa. Quelle che si discostano sono quelle che hanno fruito fino a quest'anno delle quote integrativa riservata agli enti locali con una organizzazione assistenziale più costosa di quella presa a modello per l'individuazione della quota capitaria.

Tutto ciò è avvenuto in assenza di qualsiasi provvedimento che tutti saremmo stati tenuti ad assumere in ottemperanza alle disposizioni di legge. Mi riferisco agli interventi indicati dalle leggi finanziarie degli ultimi due anni, volti ad evitare ulteriori disavanzi delle regioni e delle unità sanitarie locali e non a prevedere una ri-

duzione della spesa sanitaria. Mi riferisco alla chiusura degli ospedali con un numero di letti inferiore al limite previsto o ad altre misure di razionalizzazione della spesa.

Riteniamo che l'attuale situazione possa e debba essere migliorata, essendo mutate le condizioni rispetto al passato. Nelle regioni siamo in presenza di governi di legislatura e non più di giunte dalla vita limitata e che difficilmente riuscivano ad assumere certe decisioni. Inoltre la Corte costituzionale, con sentenza n. 416 del 1995, relativa a ricorsi di alcune regioni, ha sostenuto con chiarezza che l'amministrazione centrale è tenuta a ripianare i disavanzi discendenti da propri provvedimenti; quelli derivanti da azioni o da mancate azioni delle regioni ricadono invece sotto la responsabilità di queste ultime. Questa situazione di chiarezza dovrebbe portare, a mio parere, ad una condizione di equilibrio la spesa sanitaria.

PAOLO POLENTA. La ringrazio, dottor Falcitelli, per la sua esauriente illustrazione, in ordine alla quale desidero due chiarimenti.

Lei ha affermato che il disavanzo degli ultimi anni non deve più essere imputato ad una sottostima del fondo sanitario, in quanto l'identificazione della quota capitaria è avvenuta di intesa con le regioni. Ebbene, non potrebbe essere che tale intesa abbia alla base valutazioni erranee? Il fatto che vi sia stato un'intesa tra Governo centrale e regioni nella definizione del finanziamento non è sufficiente a dimostrare che esso sia adeguato. Vanno quindi scavate le motivazioni che hanno in realtà portato ad un disavanzo. Una è certamente da ricercarsi, come lei ha opportunamente rilevato, nella mancata adozione degli interventi di razionalizzazione del sistema indicati da alcune leggi finanziarie.

La seconda puntualizzazione che le chiedo è relativa al disavanzo prevedibile per il 1995 in relazione alla quota riguardante beni e servizi (4.000 miliardi). Vorrei sapere se l'aumento dei fondi rapportato al tasso di inflazione abbia tenuto conto del tasso reale o di quello presunto

e se esistano valutazioni del ministero circa le ragioni che hanno portato a questo notevole incremento della spesa per beni e servizi.

MARETTA SCOCA. Ricollegandomi a quanto testé chiesto dal collega Polenta, vorrei sapere quale sia la situazione della prevista razionalizzazione dei servizi sanitari e che cosa si ipotizzi di fare a breve e medio termine per la soluzione di questo problema.

ANTONIO SAIA. Sembra che l'Italia sia statisticamente agli ultimi posti tra i paesi europei per la spesa sanitaria. Domando pertanto: quando si parla nel nostro paese di spesa sanitaria e si compiono questi raffronti, ci si riferisce (prendiamo ad esempio l'anno 1995 per il quale sono previsti 5.000 miliardi di disavanzo) alla spesa stabilita per il fondo sanitario dalla conferenza Stato-regioni o a quella effettivamente sostenuta dal complesso delle regioni e delle unità sanitarie locali italiane?

Nella prima ipotesi, quella della spesa stimata in bilancio, il disavanzo di 5.000 miliardi avrebbe una sua spiegazione nella sottostima dei bisogni esistenti. Sarebbe però grave che, nonostante i 5.000 miliardi di disavanzo, fossimo ancora agli ultimi posti in Europa. Ed a questo giudizio si dovrebbe aggiungere l'aggravante delle distorsioni presenti nella spesa sanitaria.

ALFONSINA RINALDI. Vorrei riproporre in questi termini la domanda testé posta dal collega Saia: negli ultimi cinque anni la spesa sanitaria italiana è diminuita rispetto al PIL?

Mi interessa registrare questo dato, perché, pur essendo vero che la volontà del legislatore è stata quella di mettere progressivamente sotto controllo la spesa, è opportuno conoscerne l'andamento rispetto al prodotto interno lordo ed in rapporto alla situazione esistente in altri paesi in cui il deficit pubblico non è analogo al nostro.

Questa Commissione ha unanimemente condiviso l'opportunità che le regioni certificassero le proprie spese in relazione ai

debiti pregressi, ritenendo che un riscontro fosse necessario per la trasparenza della spesa pubblica. Vorrei però tornare sull'aspetto della sottostima del fabbisogno, che lei ha indicato, dottor Falcitelli, come un elemento che avrebbe progressivamente perso peso nel corso degli anni. A questa sua affermazione, ed al quesito che le ha rivolto l'onorevole Polenta, vorrei aggiungere due riflessioni. Lei ha fatto riferimento all'ultima sentenza della Corte costituzionale, ma vorrei sottolineare che la stessa Corte in una sua precedente pronuncia ha affermato — secondo me correttamente — che alla giusta responsabilizzazione delle regioni devono corrispondere adeguati strumenti e la possibilità di utilizzarli per conseguire il pareggio di bilancio previsto dalla nuova normativa. Rispetto alle indicazioni della Corte, alcune regioni, sulla base di prove documentali, hanno sollevato il problema della spesa sanitaria relativa al 1995, con riferimento a quanto la legge finanziaria di tale anno abbia realmente messo le regioni in condizione di conseguire il pareggio. Al riguardo vorrei rilevare che la sentenza della Corte non afferma soltanto l'obbligo della responsabilità delle regioni, ma anche il dovere di fornire agli enti locali i mezzi per conseguire il pareggio.

Al pronunciamento della Corte costituzionale è seguito quello della Corte dei conti che nella sua relazione triennale 1992-1994, ed anche in quella per il 1995, si è interrogata sulla possibilità di raggiungere il pareggio per l'anno in corso. La Corte costituzionale, le regioni ed anche la Corte dei conti mettono in dubbio, proprio in ordine alla prestazione di beni e servizi, la possibilità di raggiungere il pareggio, perché gli enti locali non hanno gli strumenti per conseguire gli obiettivi fissati nella legge finanziaria per il 1995.

Queste sono le ragioni che ci hanno indotto oggi ad approvare all'unanimità in Assemblea un ordine del giorno con il quale chiediamo al Governo di farsi carico, sulla base di idonea documentazione, dell'eventuale deficit del 1995.

Mi preme sottolineare che non esiste soltanto la versione del ministero, che pe-

raltro giustamente lei è tenuto a sostenere; per approfondire il problema, infatti, abbiamo previsto di incontrare (non è stato ancora possibile) anche i rappresentanti delle regioni. Sul problema tuttavia si sono già pronunciate la Corte costituzionale e la Corte dei conti.

Personalmente ritengo che l'obiettivo del contenimento della spesa relativa a beni e servizi — su quella sanitaria mi sembra che il dibattito si stia avviando verso una soluzione positiva — sia difficilmente conseguibile, non solo perché la legge finanziaria fa riferimento al tasso di inflazione programmato e non a quello reale, ma perché le spese hanno superato anche il tasso di inflazione reale, raggiungendo i costi fissi il 10-11 per cento. Questa è una delle ragioni del possibile « sflationamento » della spesa, ma un'altra ragione è insita nella stessa legge finanziaria del 1995. Al riguardo voglio citare l'esempio dell'Emilia-Romagna, la regione dalla quale provengo, che ha tentato, con l'approvazione di piani sanitari, di porre sotto controllo la spesa di beni e servizi. Attraverso una serie di misure innovative, infatti, essa ha realizzato un piccolo risparmio del 5 per cento per il 1994, ma successivamente la legge finanziaria del 1995, introducendo il vincolo generale del 18 per cento, l'ha penalizzata, in quanto ora il risparmio chiesto all'Emilia-Romagna non è più del 18 per cento, ma del 23 per cento. Questo dimostra la difficoltà di conseguire determinati obiettivi, soprattutto quando la percentuale di minor spesa da rispettare è del 16 per cento e sarà del 17 per cento nel prossimo anno.

Ritengo pertanto che la soluzione di questi problemi debba essere coerente con quanto sottolineato dalla Corte dei conti.

Un'altra iniziativa per rendere più trasparente ed equa la distribuzione dei fondi pubblici, che non può essere valutata soltanto sul fronte delle entrate, è quella di considerare la quota cosiddetta quota pesata senza più riferirsi soltanto alla quota capitaria.

Sappiamo che i lavori del comitato tecnico, costituito presso la conferenza Stato-

regioni, sono ancora in fase istruttoria; capisco peraltro le difficoltà di giungere ad una proposta, anche sperimentale e parziale, per avviare un processo di maggiore trasparenza ed equità nella distribuzione dei fondi.

Vorrei sapere se il ministro ed il Governo hanno intenzione di promuovere un'azione che vada nel senso da me auspicato, unificando punti di partenza diversi, che effettivamente esistono nel paese, per ricondurli, almeno in via sperimentale e parziale, alla quota pesata, maggiormente trasparente e più rispondente ai servizi realmente prestati.

FLAVIO DEVETAG. La mia prima considerazione riguarda il *trend* del debito della sanità pubblica italiana, il quale rimane abbastanza costante, visto che dal 1992 al 1994 il disavanzo è stato di 16 mila miliardi, cioè di circa 5 mila miliardi annui. Non so peraltro se tali cifre corrispondano esattamente alle esigenze della nostra sanità, se cioè questo settore abbia bisogno effettivamente di 5 mila miliardi in più per funzionare in modo decoroso.

Se non ho capito male, lei ha detto che il deficit relativo alla prestazione di beni e servizi dipende dal fatto che alcune regioni rendono prestazioni superiori e che necessitano di maggiori fondi rispetto a quelli assegnati; se così fosse, vorrei sapere quali sono queste regioni.

Vorrei altresì sapere se la soppressione di ospedali con meno di 120 posti letto, una volta portato il limite posti a 5,5 ogni mille abitanti, sia una misura capace di restituire efficienza ed efficacia alla sanità su tutto il territorio nazionale, comprese le zone montane, quelle svantaggiate e le isole.

Se lo Stato non si prefigge di ripianare i debiti delle USL, il disavanzo darà luogo ad interessi passivi che peseranno ulteriormente sul bilancio delle regioni e questo creerà una spirale perversa perché alcune regioni, pur ricevendo lo stesso finanziamento per il settore sanitario, consumeranno gran parte dei loro proventi per pagare, come ha sottolineato in un'altra occasione l'onorevole Castellaneta, i

fornitori che da molto tempo attendono di essere liquidati.

SERGIO CASTELLANETA. Vorrei conoscere la sorte dei fondi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 finanziaria per il 1988, visto che non sono state realizzate opere infrastrutturali. Le regioni continuano infatti ad avere debiti che condizionano l'azione degli assessori e costituiscono un alibi; la razionalizzazione delle strutture ospedaliere (il limite dei 120 posti letto) ad esempio non è stata attuata nella regione Liguria (una realtà che conosco bene).

Non credo che la spesa possa diminuire grazie a risparmi di questo tipo. Chiedo pertanto quanta parte dei 30 mila miliardi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 sia stata spesa. Infatti non sono state realizzate opere ed oggi vi è più necessità di chiudere strutture che di edificarne nuove. Si potrebbero usare quelle esistenti: non so se questo sia possibile da un punto di vista tecnico.

VALERIO MIGNONE. Vorrei sapere dal dottor Falcitelli se esista presso il Ministero della sanità un osservatorio con il compito di monitorare la spesa sanitaria di ogni singola regione e la qualità delle prestazioni sanitarie. Se tale organismo non esistesse, chiedo al dottor Falcitelli se non ritenga opportuno che una struttura di tal genere venga attivata.

Vorrei inoltre sapere quali siano le regioni che non hanno inoltrato il rendiconto della spesa del 1994.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale del servizio della programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. Desidero innanzi tutto chiarire che la mia esposizione non ha voluto essere contraria alle regioni. I rappresentanti regionali possono confermare che noi lavoriamo giorno dopo giorno di intesa con esse.

Vorrei anche fare, se mi è consentito, una considerazione personale: sono un regionalista convinto, ma asserisco che la famosa riduzione del 16 per cento relativa alla spesa per beni e servizi - pur essendo certo che, come ha ben chiarito la Corte

costituzionale, si tratta di una misura che Parlamento e Governo erano nel pieno potere di assumere - è stata un incidente di percorso. Sostengo questa opinione perché, avendo conferito i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 responsabilità massima alle regioni in materia di organizzazione dei servizi, esse hanno facoltà di organizzarsi in modo diversificato.

Ammettiamo che il Servizio sanitario nazionale offra prestazioni a tre o a quattro stelle: ebbene, la regione che voglia un servizio con una o due stelle in più dovrebbe essere lasciata libera di provvedervi purché non pretenda che sia la collettività nazionale a pagarlo.

Fatto questo chiarimento, desidero rilevare che può effettivamente esservi stata una valutazione erronea alla base dell'intesa che ha fissato le quote capitarie per i livelli di assistenza, ma che proprio per questo era stata prevista l'effettuazione di una verifica. Ebbene, a verifica effettuata (anche se non completamente) questa valutazione erronea non è dimostrata: infatti, a fronte di una previsione di spesa pro-capite di 1 milione 525 mila lire per il 1993, le regioni (quelle che hanno fornito i dati) hanno indicato una spesa realmente sostenuta pari ad 1 milione 604 mila lire. La differenza quindi non raggiunge le 100 lire. Inoltre, le regioni che hanno speso di più sono quelle che hanno beneficiato del fondo di riequilibrio, perché già si sapeva che la loro spesa sarebbe stata superiore. Analogo discorso vale per il 1994.

Il finanziamento era dunque adeguato. Occorre però che l'intero impianto del nuovo ordinamento della sanità cammini. Non è possibile che un pezzo di esso vada avanti ed altri pezzi restino indietro, pena il non completo conseguimento del risultato voluto.

Le regioni hanno incontrato concrete difficoltà nell'attivazione di tutti gli interventi previsti dai decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993. Registriamo pertanto un anno e mezzo di ritardo nell'attuazione del nuovo ordinamento, che avrebbe dovuto entrare in vigore dall'inizio del 1993.

Quali sono le previsioni per il 1995? Il disavanzo che le regioni dichiarano di dover affrontare per tale anno è di 5.000 miliardi e riguarda due voci, la spesa farmaceutica e quella per beni e servizi.

Come ho detto prima, per la spesa farmaceutica si prevede effettivamente un disavanzo. Essa è tenuta sotto monitoraggio costante e l'amministrazione centrale provvederà al necessario ripiano.

Temiamo invece che il disavanzo di 4.000 miliardi indicato per i beni ed i servizi esista invece oggi solo sulla carta. Infatti, la riduzione dei finanziamenti relativi a tale voce in realtà non vi è stata, anche se bisogna rilevare che l'aumento della previsione di spesa è stato rapportato al tasso di inflazione programmato e non a quello reale.

Le riduzioni del 18 e del 16 per cento si riferivano peraltro alla spesa per il 1993 e non a quella per il 1994, anno in cui le regioni avrebbero dovuto diminuire dell'11 per cento l'impegno economico concernente i beni ed i servizi. Se teniamo conto del complesso di questi dati, quindi, il finanziamento relativo ai beni ed ai servizi per il 1995 dovrebbe risultare a nostro parere sufficiente. Non disponiamo tuttavia di dati che ci consentano di affermare in maniera categorica che ciò sia vero, ma desumiamo la nostra convinzione dalle indicazioni che ci pervengono da alcune aziende ospedaliere e da alcune unità sanitarie locali.

MARIA CELESTE NARDINI. Vi è stata però anche una riduzione delle prestazioni e della qualità dei servizi.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale del servizio della programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. Può darsi, bisogna vedere di quali prestazioni si parla.

Certo, dobbiamo considerare che le regioni si trascinano il disavanzo degli anni 1992, 1993 e 1994 e che quindi, in mancanza di interventi, ma solo per effetto di tale trascinamento, potrà esservi un disavanzo per il 1995.

In ordine alla razionalizzazione dei servizi sanitari, pensiamo che si possa recuperare il tempo perduto (circa due anni) al fine di completare il ragionamento avviato con l'approvazione dei decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993. Riteniamo che a metà del 1996 il nuovo Servizio sanitario nazionale possa essere pienamente applicato.

Quanto al rapporto tra fondo sanitario e PIL, ritengo che ci si debba più propriamente riferire al rapporto tra prodotto interno lordo e spesa effettiva per la sanità. Debbo dire che la spesa sanitaria in quest'ultimo periodo è stata quasi costante nei confronti del PIL (5,5-6 per cento).

È vero che la Corte costituzionale ha emanato anche una sentenza nella quale afferma che le regioni devono essere poste nelle condizioni di operare. Attualmente, gli strumenti di intervento sono quelli offerti dalla legislazione nazionale e cioè i decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993. Gli strumenti offerti dalle leggi finanziarie, compresa quella per il 1996, non prevedono riduzioni di spesa per le regioni, ma indicano modalità di contenimento della spesa stessa per evitare la formazione di un ulteriore disavanzo; tali strumenti — voglio ribadirlo — non sono quindi finalizzati a limitare di per sé la spesa sanitaria. Altri strumenti devono essere recuperati nell'ambito della potestà delle regioni che possono legiferare in materia sanitaria.

Per quanto riguarda la spesa relativa a beni e servizi e la difficoltà di ottenere le percentuali di riduzione previste dalla legge finanziaria dell'anno scorso, devo far presente che quelle riduzioni sono valide a livello regionale, nel senso che in ciascun ambito regionale deve essere operata la riduzione indicata, ma internamente a tale ambito possono esistere differenziazioni tra azienda USL e azienda ospedaliera. Con un piano regionale si può benissimo — gli ultimi provvedimenti legislativi adottati dal Governo ne sono una dimostrazione — prevedere che ad una USL o ad un'azienda venga chiesta una riduzione anche superiore al 18 per cento e ad un'altra struttura non venga chiesto nulla, purché nel-

l'ambito della regione la riduzione sia pari al 18 per cento.

Per quanto concerne la distribuzione del fondo sanitario, in particolare per quanto riguarda la cosiddetta quota pesata, mi piace ricordare in questa sede che fino al 1993 la ripartizione del fondo si basava proprio sulla quota pesata. Attraverso l'iniziativa parlamentare che ha portato ai decreti legislativi nn. 502 e 517, che hanno stabilito i criteri di riparto del fondo, essa è stata abolita ed è stata introdotta la quota individuale.

Il Ministero della sanità è sempre stato favorevole alla quota pesata, perché presenta elementi sufficienti a far sì che la spesa sanitaria sia diversa a seconda, quanto meno, dell'età dei soggetti (le persone anziane « pesano » certamente di più di un adulto di età media). Il ministero si è adoperato per modificare la quota sanitaria, tant'è che proprio oggi, contemporaneamente a questa audizione, gli assessori regionali alla sanità stanno discutendo questo aspetto del problema per verificare se sia possibile individuare, come è stato suggerito, già a partire dal 1996, una quota del fondo sanitario determinata in ragione della popolazione.

È stato affermato che il settore della sanità ha bisogno di 5 mila miliardi in più ogni anno: può darsi che ciò sia vero; in effetti però tutti gli anni il fondo sanitario è aumentato, tant'è che lo stanziamento per il 1996 è superiore a quello dell'anno precedente. Quando infatti il Parlamento esaminerà la nuova legge finanziaria constaterà che sono stati previsti circa 4 mila miliardi in più rispetto all'anno passato, comprensivi anche della quota relativa al tasso di inflazione. Questo significa che non vi sarà una riduzione delle prestazioni assistenziali e che l'intendimento del ministero è quello di mantenerne gli attuali livelli. Mi è stato chiesto se l'aumento della spesa per beni e servizi discenda da prestazioni superiori o da una migliore organizzazione sanitaria. Ritengo che una diversa organizzazione — non voglio dire migliore o peggiore — possa comportare una diminuzione della spesa.

È stato posto il problema della razionalizzazione dell'assistenza sanitaria e se questa misura possa avere la stessa efficacia su tutto il territorio nazionale. Poc'anzi ho fatto riferimento alla responsabilità piena delle regioni, perché abbiamo la necessità di garantire a tutti i cittadini — questo aspetto deve essere verificato anche dalla amministrazione centrale — buoni livelli di assistenza. Dev'essere verificata quindi non soltanto la prestazione, ma anche la sua qualità, mentre, fino ad oggi, non è stato effettuato un monitoraggio sulla qualità del servizio in rapporto alla spesa.

I decreti legislativi nn. 502 e 517 avevano previsto la individuazione di indicatori di qualità; è stata raggiunta un'intesa fra lo Stato e le regioni ed essi sono stati fissati, ma le procedure attuative purtroppo comportano ritardi. Il provvedimento comunque è stato già registrato dalla Corte dei conti e nei prossimi giorni verrà pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale*; attraverso tali indicatori avremo effettivamente la possibilità di verificare la qualità di ogni singola prestazione assistenziale rispetto alla spesa.

È stato chiesto l'impegno dello Stato a ripianare i debiti pregressi; certamente essi devono essere risanati con urgenza, altrimenti daranno vita ad ulteriori interessi che non graveranno sul servizio sanitario ma sulla collettività in genere, perché gli interessi sulle situazioni debitorie — come sapete — sono considerati a parte e non incidono sulla spesa sanitaria nel suo complesso.

Sono stati chiesti chiarimenti sui fondi previsti dall'articolo 20 della legge n.67 del 1988, che prevedeva 30 mila miliardi di investimenti nel settore sanitaria sulla base di un programma pluriennale che stanziava per il primo triennio 10 mila miliardi. Tale articolo tuttavia prevede anche che il secondo piano triennale non possa essere attivato fino a quando non si sia concluso il precedente. Ebbene, oggi i fondi disponibili ammontano a più di 6 mila miliardi, ma sono stati spesi o impegnati per attività in corso soltanto 3.500 miliardi.

Occorrerebbe molto tempo per spiegare i motivi di tale ritardo; posso tuttavia affermare che l'amministrazione centrale per un certo periodo di tempo si è occupata della verifica dei progetti, ma la situazione non si è cambiata. Questo significa che esistono difficoltà oggettive di cui potremo discutere in un'altra occasione.

Vorrei ora rivolgere una preghiera alla Commissione. Per cercare di esercitare una certa pressione per la soluzione di questi problemi, l'amministrazione centrale ha proposto un decreto-legge per limitare lo spazio di tempo disponibile per il compimento degli atti. In questo primo triennio alcune regioni hanno infatti speso l'intero stanziamento, ma non possono attingere al successivo se non si conclude il procedimento relativo al primo triennio. Per questo è necessario un decreto-legge che preveda la conclusione della procedura da parte delle regioni ancora inadempienti, entro un determinato periodo di tempo. Abbiamo suggerito un termine di 240 giorni...

ANTONIO SAIA. Questa mattina l'Assemblea della Camera ha approvato il decreto-legge n. 409, contenente tale disposizione.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale del servizio della programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. Tra l'altro il termine di 240 giorni era previsto in un decreto-legge precedente e la data di scadenza era il 5 ottobre 1995. Il termine è stato mantenuto in sede di reiterazione del decreto, ma ovviamente posticipato, se non sbaglio, al marzo 1996. Mi auguro che

tale data non venga più modificata, altrimenti non riusciremo ad attivare il secondo triennio e soprattutto a completare le attività già iniziate che resterebbero incompiute; in tal caso incorreremmo in un'altra commissione d'inchiesta.

PRESIDENTE. Voglio esprimere una considerazione molto generica e poco tecnica sull'entità dei finanziamenti. L'Italia spende poco rispetto ad altri paesi: sono gli altri che sprecano o siamo noi che sottostimiamo il fabbisogno?

NICOLA FALCITELLI, *Direttore generale del servizio della programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. L'Italia spende poco rispetto ad altri paesi perché vi è una considerevole partecipazione dei cittadini alla spesa concernente alcune prestazioni specialistiche ed alle prestazioni farmaceutiche. Se si dovesse quindi aggiungere alla spesa pubblica l'esborso proveniente dalla partecipazione dei cittadini, si raggiungerebbero cifre pari a quelle impiegate da altri paesi.

PRESIDENTE. La ringrazio anche per la sua chiarezza, dottor Falcitelli.

**La seduta termina alle 16,45.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO  
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

---

*Licenziato per la composizione e la stampa  
dal Servizio Stenografia il 25 ottobre 1995.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO