

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 2)

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 NOVEMBRE 1995

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

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE VASCO GIANNOTTI

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato:		La Cerra Pasquale (gruppo progressisti-federativo)	35, 36
Giannotti Vasco, <i>Presidente</i>	21, 22, 23 24, 29, 30, 32, 34, 38	Lumia Giuseppe (gruppo progressisti-federativo)	23, 28
Blanco Angelo (gruppo alleanza nazionale)	33	Massida Piergiorgio (gruppo forza Italia) ..	31 32, 33
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	31	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	25, 26, 37
Carabotta Emanuele, <i>Primo dirigente della Ragioneria generale dello Stato</i>	29, 30, 33	Monorchio Andrea, <i>Ragioniere generale dello Stato</i>	21, 22, 23, 24, 26, 32, 35, 37, 38
De Leo Bruno, <i>Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato</i>	26, 29, 30 31, 33, 34, 37, 38	Perinei Fabio (gruppo progressisti-federativo)	24, 35, 38
		ALLEGATO	39

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 18,5.

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

Audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato 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 Ragioneria generale dello Stato ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.

In data 17 ottobre 1995 la nostra Commissione deliberò, ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento, un programma di audizioni ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente.

Nell'ambito di tale programma la Commissione ha già avuto modo di audire i rappresentanti della Corte dei conti e del Ministero della sanità.

Questa sera abbiamo l'opportunità di ascoltare il dottor Andrea Monorchio, ragioniere generale dello Stato; il dottor Bruno De Leo, ispettore generale capo e il dottor Emanuele Carabotta, primo dirigente, in rappresentanza della Ragioneria generale dello Stato.

Nel ringraziare i nostri ospiti, do la parola al dottor Monorchio per la relazione introduttiva, cui seguiranno eventuali domande da parte dei membri della Commissione.

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. La ringrazio molto, presidente, anche perché è sempre un onore

essere chiamati in Parlamento ad esprimere la nostra opinione.

Ci troviamo qui soprattutto per parlare della spesa sanitaria e della sua evoluzione nel tempo nel nostro paese. Il riferimento è, in particolare, alla spesa del Fondo sanitario nazionale. In questi anni abbiamo avuto una modificazione abbastanza consistente di tale spesa rispetto a quella registrata negli anni 1992, 1993 e anche in quelli precedenti. A partire dal 1994 il Fondo sanitario nazionale è diventato regionale, per cui le entrate contributive che prima venivano acquisite dallo Stato ora lo sono dalle regioni; nel bilancio dello Stato permane la posta differenziale rispetto a quella che è l'esigenza di finanziamento delle regioni.

Vi sono regioni per le quali non vi è necessità di conferire alcun trasferimento, mentre ve ne sono altre per le quali tale trasferimento diventa molto consistente. L'evoluzione della spesa sanitaria pubblica ha seguito un andamento pressoché crescente, tenuto conto che i principali fattori di aumento della spesa sanitaria sono legati soprattutto alla più generale evoluzione tecnologica, demografica e sociale. Una delle cause principali che, a nostro avviso, ha maggiormente influito sulla dinamica di crescita della spesa è senz'altro individuabile nell'espansione della copertura assistenziale sia in termini di numero di persone assicurate che di servizi offerti; ulteriori cause possono essere ricercate nell'invecchiamento della popolazione, nell'aumento dei costi per unità di servizio ed, infine, nel progresso medico e tecnologico.

Nell'ultimo quinquennio il nostro paese ha registrato una costante crescita della spesa sanitaria pubblica sia in termini as-

soluti che relativi. In termini assoluti ha registrato un aumento di circa il 50 per cento rispetto al 1988.

PRESIDENTE. E dal 1988 al 1995 ?

ANDREA MONORCHIO, Ragioniere generale dello Stato. Il 50 per cento in più. Una accusa che viene sovente mossa è quella relativa alla sottostima del Fondo sanitario nazionale, ma per quanto mi consta non c'è una volontà di sottostima.

Con riferimento al Fondo sanitario nazionale si cerca di prevedere i comportamenti di spesa, che spesso non dipendono dalle unità sanitarie locali ma dall'utente del servizio, ovvero dal cittadino. Si nota, per esempio, che la spesa deborda nei periodi di grande morbilità, in occasione di grandi freddi infatti si ha un numero rilevante di ricoveri ospedalieri per bronchiti e polmoniti. Ne consegue un debordo della spesa rispetto al suo *trend* normale. Da qui la difficoltà di fare previsioni di spesa, la quale, peraltro, talvolta è anche influenzata da comportamenti illegittimi.

Per tramite dell'Ispettorato generale di finanza della Ragioneria generale dello Stato sono state compiute numerose ispezioni nelle unità sanitarie locali del nostro paese, ed ovunque sono state riscontrate delle illegittimità di varia natura (cito, per esempio, quella relativa alle promozioni del personale). Su esse gli ispettori hanno redatto delle relazioni, le quali sono state inviate agli organi competenti per le ulteriori determinazioni. La sanatoria, più volte tentata per le promozioni relative al personale, è stato uno dei molti aspetti che abbiamo posto in evidenza. La vicenda relativa all'affitto delle macchine da parte delle società costruttrici è stata evidenziata dai nostri ispettori fin dal 1987. Numerose sono state le pagine di relazioni in cui sono stati sottolineati comportamenti non certo in linea con la normativa in vigore.

Poiché quella per il personale è la spesa più cospicua nel bilancio di una unità sanitaria locale, ben si comprende che quando si verificano certe illegittimità con personale che cambia qualifica e

grado, si registra un aumento delle retribuzioni, dei compensi e degli straordinari. Da qui il debordo della spesa.

Con lo scopo di porre un argine alla lievitazione incontrollata della spesa sanitaria sono stati definiti con il piano sanitario nazionale 1994-1996 i livelli uniformi di assistenza sanitaria, intesi come l'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che debbono essere erogate dal Servizio sanitario nazionale e rapportati al volume delle risorse disponibili. Con essi si è inteso definire in maniera esaustiva quali attività sono finanziabili a carico del Fondo sanitario nazionale nel rispetto delle compatibilità economiche, nonché garantire alle regioni certezza di finanziamento, responsabilizzandole per spese compiute in eccesso al suddetto finanziamento. Gli scostamenti fra le entrate e le spese cui ho fatto cenno non sono tutti consuntivati. I disavanzi relativi agli anni 1993-1994, pari rispettivamente a 7.118 miliardi e 7.356 miliardi, risultano a tutt'oggi finanziati per 3.480 miliardi con oneri a carico dello Stato.

In queste cifre non si fa riferimento al residuo disavanzo del 1992, che è di circa 3.035 miliardi, come invece fanno costantemente le regioni, in quanto l'eccedenza di spesa non può essere imputata automaticamente ad una sottostima del fabbisogno, ma è piuttosto da riferire alla mancata attivazione degli strumenti di contenimento e di razionalizzazione della spesa messi a disposizione delle regioni dalla legislazione. Da parte governativa, il disavanzo per l'anno 1992 era già stato fronteggiato, in corso d'anno, attraverso specifiche erogazioni per 6.130 miliardi, per cui restava a carico delle regioni l'eventuale ulteriore disavanzo: si consolidava così il principio di corresponsabilizzazione delle regioni nel ripiano dei disavanzi, affermatosi a partire dal 1990.

Le voglio ricordare, presidente, che proprio nel 1990 fu sancito il principio secondo cui i disavanzi che via via le USL registravano non potessero essere imputati interamente allo Stato, ma che le regioni dovessero concorrere. Questo perché nelle varie leggi finanziarie approvate venivano

sempre previsti dei correttivi che le regioni avrebbero potuto utilizzare in corso d'anno qualora avessero verificato debordi di spesa. Questi correttivi non sono stati utilizzati. È nota la vicenda relativa alla chiusura degli ospedali con meno di 120 posti letto; per motivi anche locali, contingenti, politici, legati anche alla situazione di alcune zone del nostro paese, le regioni non riescono a chiudere questi ospedali e, conseguentemente, non riescono a realizzare le economie che vengono stimate in sede di legge finanziaria. Ecco una delle cause del debordo della spesa sanitaria.

Oggi crediamo che sia necessario monitorare la spesa sanitaria attraverso indicatori e parametri di riferimento fissati per ciascun livello di assistenza. Questa procedura di acclaramento dei disavanzi risponde, tra l'altro, ad un principio più volte affermato dalla Corte costituzionale, in base al quale lo Stato non può essere obbligato ad addossarsi i disavanzi delle regioni originati da spese non espressamente previste da leggi nazionali, atteso che alla formazione dei deficit delle USL concorrono anche decisioni delle regioni. Le risultanze degli accertamenti devono costituire la base di riferimento per l'individuazione delle modalità e dei criteri di finanziamento pro-quota dei disavanzi.

La conflittualità fra Stato ed autonomie locali in merito alle responsabilità dei disavanzi potrà peraltro essere attenuata o superata qualora gli amministratori locali, nell'ambito dei compiti loro assegnati dalle leggi di riforma, si attivino per la riduzione di tutti i fattori di spreco. In assenza di questi comportamenti tesi a razionalizzare la spesa, le regioni non potranno non essere chiamate a rispondere in proprio della formazione dei disavanzi.

Significativo al riguardo è il caso dell'adeguamento degli standard regionali (5,5 posti letto per mille abitanti, chiusura dei piccoli ospedali con meno di 120 posti letto, eccetera) richiesto dalla legislazione sin dal 1991 e che a tutt'oggi risulta praticamente inattuato e motivo di contenzioso con le amministrazioni centrali, in occasione della valutazione degli effetti finan-

ziari conseguenti alle manovre annuali, effetti che vengono disconosciuti dalle regioni ritenendo le suddette misure efficaci solo nel medio periodo, nonostante gli anni a tal fine inutilmente trascorsi.

In proposito, signor presidente, abbiamo predisposto delle tabelle che poi lascerò alla Commissione.

Quello che intendo sottolineare è che non possiamo accettare supinamente la dichiarazione di disavanzo delle regioni. Noi proporremo di istituire una sorta di ufficio di ispezione, per potersi recare sul posto ad esaminare i bilanci delle USL e per poter così accertare l'effettivo ammontare del disavanzo.

PRESIDENTE. Attualmente non esiste questo istituto?

ANDREA MONORCHIO, Ragioniere generale dello Stato. No. Noi procediamo ad ispezioni saltuarie presso le USL con ispettori di finanza. A tutt'oggi, come risulta da una delle tabelle che abbiamo predisposto, a fronte di 12 mila miliardi autorizzati sono stati accesi mutui per soli 6 mila miliardi. Non si capisce quale sia la difficoltà di accedere a questi mutui, che sono pagati dallo Stato. Perché le regioni non li utilizzano? Molto probabilmente perché non hanno la documentazione.

GIUSEPPE LUMIA. Esiste una tabella disaggregata per ogni regione?

ANDREA MONORCHIO, Ragioniere generale dello Stato. Non conosco nei dettagli tutta la vicenda relativa alla spesa sanitaria: essendo il ragioniere generale dello Stato, mi occupo di molte cose, ma i dettagli li conoscono i miei collaboratori, il dottor De Leo, ispettore generale capo dell'Ispettorato per il settore pubblico allargato, ed il dottor Carabotta, dirigente di una divisione della Ragioneria e dell'Ispettorato per il settore pubblico allargato, che si occupa in particolare della spesa sanitaria. Pertanto credo che i miei collaboratori potranno rispondere in maniera dettagliata alle domande che i commissari ed il presidente intenderanno porre.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Monorchio. Naturalmente non ci lasceremo sfuggire questa occasione ghiotta di interloquire su una materia così scottante, che peraltro, come i miei colleghi sanno, è oggetto di continue discussioni in Commissione affari sociali.

Vorrei capire meglio quella parte della sua esposizione in cui lei ha parlato di comportamenti illegittimi. Ovviamente questo è un punto molto delicato. Desidero sapere con maggiore precisione quali tipi di comportamento i vostri ispettori abbiano evidenziato e quale sia l'iter che si attiva dopo l'individuazione di tali comportamenti.

FABIO PERINEI. Dottor Monorchio, la ringrazio molto per le sue considerazioni, su alcune delle quali, tra l'altro, non concordo; tenterò di spiegare le ragioni del mio dissenso. Tuttavia riconosco che quello che lei ha detto è per noi motivo di grande stimolo, di grande riflessione, di grande responsabilità.

Lei afferma che il debordo - uso la sua espressione - della spesa sanitaria è dovuto esclusivamente o essenzialmente (non ho capito bene) a comportamenti illegittimi da parte di soggetti preposti al governo delle USL. Ebbene, espongo ora mie considerazioni, che lei potrà smentire o meno ed io prenderò atto del suo parere. Ritengo che quanto rilevato non sia tutto vero, anche se riconosco che vi sono elementi di verità; dobbiamo considerare, tra l'altro, che negli anni passati la determinazione del fondo sanitario nazionale non comprendeva il tasso di inflazione corrente. Ricordo che la filosofia più diffusa nei corridoi e nelle aule parlamentari (che negli anni è andata sempre più accreditandosi) era quella della sottostima del fondo sanitario nazionale.

Vorrei sapere dai nostri ospiti se la spesa sanitaria italiana, rispetto al prodotto interno lordo, è più elevata di quella degli altri paesi europei. Vorrei altresì sapere, oggi che i famigerati comitati di gestione sono stati sostituiti per l'avvento di una nuova normativa, se l'andamento della spesa sanitaria abbia subito una con-

trazione. Ritengo che la risposta sia positiva per la spesa farmaceutica, ma vorrei avere dati aggiornati sulla situazione attuale.

Vorrei ricordare che circa un mese fa abbiamo affrontato il problema della rideeterminazione del bilancio, con particolare riferimento al tema sanitario e più in generale a quello degli affari sociali. In quell'occasione abbiamo riscoperto, per l'ennesima volta, che esistono fondi stanziati e non spesi: mi riferisco alla famosa presenza di residui passivi. In effetti scoprire l'esistenza di certe dotazioni di bilancio risulta quasi doloroso, perché per esempio per quanto riguarda il Ministero dell'interno, lo stanziamento a favore degli invalidi civili ammonta a 1.040 miliardi, quello per la lotta contro la tossicodipendenza ammonta a circa 90 miliardi e quello per i sordomuti a circa 316 miliardi. È evidente che l'esistenza di tale situazione, soprattutto per questa Commissione che spesso si occupa dei temi del disagio sociale, dell'emarginazione, del dolore e della marginalità di tanti soggetti, lascia molto perplessi. Per questo chiedo, se è possibile, di conoscere più dettagliatamente i meccanismi da cui originano i residui passivi e di individuare le eventuali responsabilità. So che la loro formazione - avendo talvolta ricoperto l'incarico di amministratore locale - è fisiologica nella formazione di un bilancio, ma quando i residui sono di tale entità è probabile che vi siano responsabilità dell'amministrazione pubblica.

ANDREA MONORCHIO, Ragioniere generale dello Stato. La loro formazione dipende da meccanismi contabili. La regolamentazione di alcune operazioni, infatti, travalica il termine del 31 dicembre e le somme che il Ministero dell'interno dovrebbe pagare vengono riportate tra i residui passivi. Di fatto nessun invalido civile non ha percepito la pensione o l'indennità di accompagnamento; l'ufficio cassa delle Poste provvede, infatti, al loro pagamento. Siamo quindi in presenza di una mera evidenza contabile, che viene regolata, attraverso apposite operazioni, appena le Poste provvedono a far pervenire al Ministero

dell'interno il rendiconto. Ripeto pertanto che in taluni casi il residuo è una mera evidenza contabile.

Anch'io, come ha rilevato l'onorevole Perinei, sarei preoccupato se non conoscessi questi meccanismi e mi chiederei per quale motivo uno stanziamento così rilevante a favore degli invalidi non venga impegnato. Il problema sollevato dall'onorevole Perinei non riguarda il mancato pagamento della pensione agli invalidi, perché le Poste provvedono alla sua corresponsione. Il Ministero dell'interno successivamente regola, attraverso il rendiconto, questo tipo di operazioni; peraltro il rendiconto sulle pensioni pagate negli ultimi 3-4 mesi dell'anno viene presentato nei mesi di gennaio-febbraio e quindi soltanto in quel momento viene regolata la partita dei residui. Per tale motivo i suddetti residui figurano nel rendiconto generale dello Stato al 31 dicembre, data in cui si chiudono i conti. La formazione di tanti altri residui, invece, è dovuta alla mancata operatività dell'amministrazione, in qualche caso impedita da un rilievo di legittimità. È successo per gli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale previsti a favore degli istituti di ricerca, ricovero e cura. Ricordo che la Corte dei conti ha registrato il relativo decreto, su cui l'amministrazione aveva presentato una serie di controdeduzioni, soltanto dopo la scadenza dell'esercizio. In questo caso è evidente che la somma figurerà tra i residui e dovrà quindi essere impegnata in conto residui.

Tale fenomeno, come ha giustamente osservato l'onorevole Perinei, è fisiologico per un bilancio di competenza, ma nel nostro sistema è patologico, perché - l'Italia probabilmente è l'unico paese al mondo a versare in queste condizioni - abbiamo un reticolo di normative primarie, secondarie e regolamentari che impediscono l'esplicitarsi dell'attività amministrativa in termini pieni. Peraltro le vicende giudiziarie di questi ultimi anni hanno ulteriormente aggravato la situazione.

Voglio sottolineare che nel disegno di legge di assestamento provvediamo regolarmente a pubblicare una tabella che evidenzia la consistenza dei residui in rap-

porto agli impegni assunti; per esempio negli anni che vanno dal 1980 fino ad oggi abbiamo sempre riscontrato una loro diminuzione. Nonostante ciò, i residui rimangono consistenti, perché nel rendiconto generale dello Stato del 1994 ammontano ad oltre 125 mila miliardi.

Vorrei peraltro precisare che il debordamento non dipende da comportamenti illegittimi, ma da una serie di cause. Certamente i comportamenti illegittimi aggravano queste forme di debordamento. In generale posso però dire che tali comportamenti non si sono configurati come reati sotto il profilo penale, perché in tal caso i nostri ispettori avrebbero avuto l'obbligo di denunciare i fatti alla procura della Repubblica. I comportamenti illegittimi hanno riguardato violazioni della disciplina amministrativa e sono quindi censurabili sotto questo aspetto; mi riferisco, per esempio, alle promozioni che non potevano essere concesse, all'attribuzione di scatti economici, alla concessione di lavori straordinari e così via. Ciò detto, mi guarderei bene dall'affermare che il debordamento dipende solo da comportamenti illegittimi.

VALERIO MIGNONE. Ho ascoltato con una certa preoccupazione le dichiarazioni del dottor Monorchio sul comodato; egli ha detto che dal 1987 gli ispettori hanno posto in evidenza tale vicenda e la sua illegittimità. Ebbene, al di là del problema di ordine economico, sappiamo che per la vicenda del comodato quasi in tutta l'Italia i nostri ospedali sono sottoposti ad inchieste della magistratura penale. Vorrei chiederle, dottor Monorchio, in cosa sia consistita questa ispezione. La comunicazione della illegittimità è stata fatta ai rappresentanti legali dei vari enti? Quali sono state le ulteriori determinazioni? Come mai non si è intravisto l'aspetto penale nella procedura del comodato che si è protratta fino a pochi mesi fa?

A proposito del controllo ispettivo che lei pensa di dover far attuare presso le unità sanitarie locali al fine di acclarare le cause del disavanzo, ritengo che, se le ispezioni dovessero avere lo stesso destino infausto, diciamo così, del comodato,

allora noi oggi faremmo qualcosa di inutile.

La mancata accensione dei mutui da parte delle unità sanitarie locali ha, a suo avviso, qualche riferimento con l'attuazione della legge n. 67 del 1988?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Gli ispettori di finanza compiono le loro verifiche ispettive fermandosi due o tre mesi presso l'unità da controllare. Le verifiche riguardano sia le USL sia gli uffici dello Stato. Gli ispettori redigono delle relazioni che vengono comunicate a tutti coloro che sono interessati al funzionamento dell'ente, alle USL, alle regioni competenti e al Ministero della sanità.

Il nostro compito è dunque quello di comunicare, attraverso tali relazioni, se vi siano stati (e quali) rilievi da parte degli ispettori. Spetta poi a coloro che hanno il compito della vigilanza acclarare se siano state rimosse le cause evidenziate dagli ispettori; evidentemente possono esservi anche delle controdeduzioni qualora non fossero ritenute vere le affermazioni degli ispettori. È questa la procedura normalmente seguita. Mentre gli uffici dello Stato ci danno le loro risposte, lo stesso non avviene da parte delle USL, anche se per queste dovrebbero rispondere le regioni.

Quanto alla questione del comodato non ne fu investito il magistrato penale perché allora c'era solo questa possibilità. Quando poi l'ispettore affermò che quella non era una procedura normale, le procure della Repubblica si occuparono del problema anche perché dal comodato gratuito scaturiva una serie di forniture a prezzi maggiorati. Questo non poteva essere rilevato dall'ispettore, al momento del compimento della verifica, il quale evidenziò tuttavia un comportamento amministrativo non legittimo.

Premesso che i mutui servono per la copertura del disavanzo, ciò che a mio avviso desta preoccupazione è che lo Stato si è addossato l'onere di tale copertura mettendo a disposizione risorse che però non sono state utilizzate. Se è vero che ci sono situazioni debitorie ci dovrebbero allora

essere anche delle proteste da parte di coloro che sono creditori delle unità sanitarie locali.

VALERIO MIGNONE. Quindi i debiti potrebbero anche non esserci!?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Potrebbe essere così o almeno in parte.

BRUNO DE LEO, *Ispettore generale capo della ragioneria generale dello Stato*. Ci siamo resi conto che la spesa sanitaria è difficilmente stimabile a causa di diverse incognite (la morbilità, le stagioni e via dicendo). Nei primi anni siamo intervenuti nel cento per cento dei casi dinanzi ai disavanzi certificati dalle giunte regionali. Abbiamo quindi autorizzato le regioni ad accendere mutui; naturalmente sapevamo benissimo, o meglio ipotizzavamo, anche attraverso le notizie pervenuteci, che i disavanzi certificati erano di bilancio finanziario di competenza, ossia che si trattava di residui passivi rilevati in bilancio, a fronte dei quali non è sempre detto però che ci sia qualcuno che attenda veramente dei finanziamenti. Abbiamo proceduto ad erogare dei finanziamenti a *tranches*.

Ci sono ancora disavanzi finanziabili che vengono pagati da noi e mutui che possono essere fatti nel giro di pochissimo tempo, che però non sono stati attivati. Infatti degli 11 mila miliardi stanziati soltanto mille sono stati attivati. Con un decreto emanato lo scorso anno è stato anche detto alle regioni che se i finanziamenti non fossero serviti per un dato anno, per il quale era stato richiesto il mutuo al fine di ripianare il disavanzo, avrebbero potuto utilizzare gli stessi per ripianare il disavanzo di altri anni.

Il dottor Monorchio ha affermato poc'anzi che sarebbe nostra intenzione costituire dei nuclei, che non chiamerei ispettivi ma di verifica, con il compito di operare dei controlli sulla bontà, diciamo così, delle scritture contabili, essendo consapevoli che i fatti ad esse sottesi possono essere chiaramente legittimi o illegittimi e che rispetto ad essi, ovvia-

mente, si dovranno compiere delle ispezioni.

Probabilmente il problema è quello della distribuzione della spesa sanitaria. I disavanzi, o meglio le sofferenze che stanno a fronte di questi disavanzi, si manifestano in maniera acuta in certe regioni, mentre in altre, che pure denunciano disavanzi ed hanno la possibilità di finanziarsi, i mutui non sono stati attivati.

Nel 1993, se ben ricordo, abbiamo cambiato il sistema di rifornimento di cassa delle USL per non essere soggetti a pressione. Abbiamo altresì attivato rapidissime anticipazioni di tesoreria tramite la Tesoreria dello Stato.

Dalla relazione del dottor Monorchio emergono quali sono, allo stato attuale, le giacenze di cassa presso le diverse unità sanitarie locali. Si tratta di migliaia di miliardi non spesi. Probabilmente dovranno essere rivisti i criteri di distribuzione dei finanziamenti anche per le singole regioni, alcune delle quali esercitano effettivamente delle pressioni. Talvolta agiamo senza avere la possibilità di essere presenti in tutte le 670 USL; del resto vi è un'autonomia regionale e locale da rispettare, per cui i nostri sono poteri abbastanza limitati.

Come ho già accennato il problema che, a mio avviso, dovrà essere affrontato è quello di una verifica dei consuntivi, per vedere se la contabilità ovvero se la denuncia di un disavanzo abbia alla sua base concreti elementi contabili. In altri termini occorre accertare la trasparenza o meno dei conti. Se effettivamente in alcune regioni ci fosse un disavanzo così rilevante, queste dovrebbero letteralmente « esplodere », se però quelle stesse regioni non si presentano mai a batter cassa, vuol dire allora che i loro disavanzi sono di tipo contabile.

Quanto alla procedura relativa all'ispezione, il ragioniere generale ve l'ha già illustrata: l'ispettore effettua l'ispezione, avverte tutti, chi di dovere, le regioni, a cui invia precisi elementi che ha rilevato e presenta le denunce alla Corte dei conti qualora si trovi di fronte all'indizio di

danno patrimoniale e contabile. Vi sono state anche denunce alla procura della Repubblica, perché con l'ispezione amministrativa non si ha il potere di interrogare o di far addurre prove. Questi casi sono abbastanza frequenti, soprattutto in materia di personale.

Un problema che agita in questo momento alcune regioni è rappresentato dal fondo di incentivazione. Non sto a dire se sia giusto o meno: la legge dello Stato ha stabilito che il fondo di incentivazione dei medici debba essere contenuto nel 70 per cento del fondo di incentivazione relativo al 1991. Abbiamo il fondato sospetto (e procederemo ad accertamenti, ecco perché vogliamo verificare i conti) che questa disposizione non sia stata osservata. Se una regione si è trovata nella necessità di non farla osservare o di non osservarla, se ha fatto delle azioni per non osservarla, a prescindere dall'eventuale illecito amministrativo o penale, si terrà quella parte del disavanzo. La legge approvata l'anno scorso ha fornito secondo me un indirizzo molto preciso; si è detto: « se non vuoi chiudere l'ospedale, te lo paghi ».

Perché non vi è stata sottostima (o vi è stata, dipende dall'ottica con cui la guardiamo)? Perché la stima era abbastanza precisa; ma vi sono poi state le manovre. Se, aumentando secondo il tasso programmato di inflazione o addirittura secondo l'andamento del PIL, il fondo passa da 100 a 105, ma poi viene attuata una manovra restrittiva di 8, esso diventa di 97. Bisogna verificare se la manovra sia stata ben stimata (e su questo vi può essere discussione, ma essa è stata sottoposta all'esame non solo della Ragioneria e del Tesoro ma anche delle Commissioni bilancio di Camera e Senato), ma poi occorre anche verificare se sia stata attuata e, eventualmente, chi non l'abbia attuata. Il ragioniere generale ha detto che non intendiamo finanziare la manovra 1992 per 3 mila miliardi e questo dipende dal fatto che alcune sue parti non sono state attuate. Si tratta di disposizioni che devono essere attuate dalle regioni o dalle USL e non dal Governo, il quale non ha poteri in merito.

Per quanto riguarda la spesa europea, ho qui una tabella che purtroppo si ferma al 1992. Nel 1988, su una media europea relativa al PIL del 5,6, l'Italia era al 5,73. Nel 1989, su una media del 5,45, l'Italia era al 5,72. Nel 1990, su una media del 5,55, l'Italia era al 6,15. Nel 1991, su una media del 5,71, l'Italia era al 6,44. Nel 1992, su una media del 5,95, l'Italia era al 6,34. Questa è l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica. Si tratta di una media, che riveste un significato meramente numerico e contabile, perché poi alcuni enti possono fare più assistenza ed altri meno.

In questo particolare momento, con la presenza dei direttori generali, la riorganizzazione delle USL, l'efficienza del riformamento in termini di cassa (che evitando interessi passivi e ritardi consente di conseguire economie), riteniamo che tutto sommato il settore non soffra molto; non siamo in grado di dire se chiuderà in avanzo o in disavanzo perché anche qui si scontrano elementi di manovra. Nella manovra dello scorso anno, ad esempio, la questione della chiusura degli ospedali pesava per 1.800 miliardi; è chiaro che se questi ospedali non chiuderanno qualcosa mancherà e non so se questo potrà poi essere recuperato dell'efficienza del sistema.

Riteniamo che tutto sommato la situazione attualmente non sia drammatica, anche perché si è proceduto alla separazione delle contabilità, quindi si sta vivendo una vita nuova. I grossi problemi possono essere rappresentati dalla ripartizione della spesa tra le regioni, perché il 5,42 della spesa sanitaria è un dato di natura nazionale; bisognerà quindi maggiormente affinare la distribuzione dei fondi tra le varie regioni. Abbiamo infatti situazioni storiche, insediamenti sanitari molto avanzati, che nessuno può pensare di distruggere (magari si può evitare di implementarli ulteriormente), e situazioni molto arretrate. La sfida della spesa sanitaria è questa, più che essere basata sulla quantità dei mezzi a disposizione.

GIUSEPPE LUMIA. Ho ascoltato con molto interesse questa lettura della spesa

sanitaria. Mi pare di capire che avete accumulato una buona capacità di analizzare e di monitorare l'andamento della spesa sanitaria. Questo mi fa piacere e ci pone nelle condizioni di valutare meglio le scelte che opereremo con la legge finanziaria.

Solitamente non rilevo la stessa capacità nel campo della spesa sociale. Naturalmente quest'ultima è più difficile da individuare, perché è distribuita su più capitoli, in diversi settori e non ha alle spalle la stessa storia, lo stesso peso e forse gli stessi interessi presenti nella spesa sanitaria. Si tratta tuttavia di una spesa altrettanto rilevante e che in una visione moderna, non più ottocentesca, meriterebbe maggiore attenzione. Come si può verificare anche nella nostra Commissione, la produzione legislativa spesso sottovaluta questa dimensione.

Occorre dunque, anche per la spesa sociale, sviluppare quel monitoraggio ben attrezzato che siete riusciti ad applicare alla spesa sanitaria e che ci consentirebbe di fornire il nostro apporto alle scelte operate nel campo delle politiche sociali, alla luce di quanto affermato dall'onorevole Perinei, cioè dell'aumento della condizione di povertà tradizionale per mancanza di reddito e dell'aumento delle nuove povertà relazionali e sociali, che sono sotto gli occhi di tutti e che aggrediscono ed emarginano diverse fasce sociali giovanili con varie caratterizzazioni territoriali.

Si tratta di un tema che forse non è oggetto dell'audizione odierna, ma che ho inteso sottolineare per fornire uno stimolo, approfittando della presenza del ragioniere generale dello Stato. Ho l'impressione che siamo molto indietro rispetto ad una reale capacità di valutazione e di monitoraggio nel campo della spesa sanitaria, per cui, ripeto, occorre dotarsi dei necessari strumenti per procedere in maniera analoga a quanto si è fatto per altri tipi di spesa. Se qualcosa è stato fatto in questa direzione, occorre che emerga al più presto, affinché in sede di esame della legge finanziaria possa fornirci un utile supporto, analogo a

quello costituito dagli indicatori della spesa sanitaria che oggi ci avete illustrato.

PRESIDENTE. Vorrei una precisazione ulteriore in ordine alla stima dei contributi per gli anni 1994, 1995 e 1996, quelli reali, cioè quelli ammessi a bilancio o a previsione, quelli che poi sono risultati o saranno effettivamente versati. Lo stanziamento dello Stato è al netto dei contributi; quindi, quando si fa riferimento al 5,5-6 per cento, il dato è considerato nel suo complesso, ma non esprime la spesa dello Stato...

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Si tratta della spesa pubblica, cioè di quello che viene speso, non del finanziamento.

PRESIDENTE. Esatto; conosciamo il dato previsionale, ma mi chiedo a quanto ammonti la spesa diretta dello Stato per il 1995.

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Per quanto riguarda il monitoraggio puntuale della spesa sociale, non siamo al momento adeguatamente attrezzati, perché è necessario definire esattamente i contorni di questo genere di spesa. Disponiamo infatti di minori strumenti di conoscenza, perché nell'ambito della spesa sociale, quella per l'assistenza, è di competenza dell'ente locale. A differenza delle USL, noi non abbiamo alcun potere di ispezione; possiamo soltanto avanzare una richiesta di informazioni che quindi ci vengono fornite da altri se e in quanto vogliono darcele, ma non abbiamo — ripeto — un potere di acquisizione diretta.

Sul problema dei disavanzi delle USL esiste un equivoco ed è per questo che riteniamo opportuno sottoporre globalmente i conti ad una revisione per accertare quanta parte di spesa per l'assistenza venga imputata alla sanità. Si tratta di un dato non di poco conto, che presenta diversità territoriali. Al riguardo ci ripromettiamo di acquisire informazioni, perché è indubbio che la spesa per assistenza

debba essere sostenuta; una volta accertato che si tratta di questo tipo di spesa, essa deve essere collocata non nell'ambito del Fondo sanitario nazionale, ma della finanza locale. Non è escluso che sia necessario un intervento parlamentare; al momento voglio sottolineare che la spesa per assistenza rientra nelle competenze dell'ente locale. Se però il comune decide di ricomprendere l'assistenza nelle strutture sanitarie, facendo gravare la spesa sul Fondo sanitario nazionale, dobbiamo saperlo. Non esprimo un giudizio di valore, che peraltro non spetta a me, ma i comportamenti sul territorio nazionale debbono essere coerenti.

Per quanto riguarda la questione dei contributi sanitari, il presidente certamente sa che essi non hanno influenza sul Fondo sanitario nazionale; la Ragioneria generale dello Stato effettua una loro stima sulla base del quadro macroeconomico, come risulta anche nel documento di programmazione economico-finanziaria, presupponendo un certo prodotto lordo, un tasso di inflazione, di disoccupazione e così via. Se poi il fondo ammonta a 90 mila miliardi e la nostra stima è di 50 mila miliardi, lo stanziamento a carico della Ragioneria è di 40 mila miliardi. Tuttavia una norma prevede che qualora i contributi sanitari siano inferiori interviene la compensazione automatica sul carico.

PRESIDENTE. Qual è oggi il rapporto?

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Non vorrei sbagliare, ma ammonta a 45-48 mila miliardi.

EMANUELE CARABOTTA, Primo dirigente della Ragioneria generale dello Stato. Nel 1994, su 47 mila miliardi stimati, ne sono stati incassati 45.200, con un differenziale di 2.600 miliardi, che dal punto di vista contabile sono stati inseriti nel disegno di legge finanziaria per il 1996 ed andranno a scomputo delle anticipazioni già concesse al sistema. Tutto ciò non modifi-

cherà la liquidità del sistema, anche se quest'anno il fenomeno della disoccupazione ha inciso notevolmente.

Lo stanziamento del Fondo sanitario nazionale, rispetto ai contributi sanitari, è più o meno del 50 per cento. Abbiamo peraltro predisposto una tabella statistica - che consegneremo alla presidenza della Commissione - dalla quale risulta che i contributi sanitari per il 1996 sono stimati in 50.484 miliardi ed il Fondo sanitario nazionale in 42.148 miliardi; quindi la percentuale è superiore al 50 per cento.

Per il 1996, a prescindere dalla manovra, ai fini del bilancio a legislazione vigente è stato applicato il piano sanitario nazionale approvato dal Parlamento, il quale stabilisce una quota *pro capite* correlata ai livelli di assistenza e prevede che tale quota sia incrementata con il tasso programmato di inflazione. Oggi, se non fosse attuata alcuna manovra, le risorse del Fondo sanitario nazionale assicurerebbero la quota capitaria, rispetto all'anno precedente, aumentata del tasso programmato di inflazione. Nella quota capitaria, ovviamente, è conteggiata tutta la spesa sanitaria, ivi compresa quella per il personale. Quindi, avendo aumentato la quota capitaria del 3,5 per cento rispetto alla spesa dell'anno precedente, abbiamo finanziato, almeno per questa parte, la spesa per il rinnovo del contratto dei dipendenti. Per questo motivo una disposizione del disegno di legge finanziaria prevede che i contratti siano finanziati all'interno della quota capitaria, la quale, ripeto, è stata aumentata.

PRESIDENTE. Questo implica una diminuzione reale, anche se è evidente che vi saranno vantaggi e che aumenterà l'inflazione.

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Dipende dalle decisioni che assumerà il Parlamento.

PRESIDENTE. Ciò comporterà una diminuzione dei fondi.

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Tale eventualità si verificherà nel 1996 se non si realizzerà il tasso programmato di inflazione; peraltro il disegno di legge finanziaria è proiettato a far sì che esso si realizzi.

PRESIDENTE. Intendevo dire un'altra cosa. Ammesso che si realizzi il tasso programmato di inflazione, mi chiedo se la ragioneria disporrà delle stesse risorse dell'anno precedente.

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Vi sono le spese per il rinnovo del contratto, ma se esse saranno contenute nella misura del 3,5 per cento la situazione rimarrà la stessa.

EMANUELE CARABOTTA, Primo dirigente della Ragioneria generale dello Stato. È come dire che per l'anno 1995 la disponibilità è di 100 e per l'anno successivo è 103,5: con tale somma si deve remunerare l'acquisto di beni e servizi ed il rinnovo del contratto.

PRESIDENTE. Negli anni passati vi è stato il peso del tasso reale di inflazione, ma non quello delle spese per il rinnovo del contratto; pertanto le USL hanno ottenuto benefici.

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Negli anni precedenti la storia è ondivaga, perché mancava il piano sanitario nazionale, la quota *pro capite* e l'indicazione per il suo aumento. Si trattava di una stima sulla base di conoscenze e fabbisogni da cui può essere derivata - non posso escluderlo in modo assoluto - anche una sottovalutazione. Tuttavia il controllo sociale effettuato sulla quantificazione del Fondo sanitario nazionale non ha mai creato i problemi enormi che si sono posti con la quantificazione della manovra, dovendosi verificare la sua esattezza, e con la sua attuazione pratica.

Probabilmente dobbiamo cambiare modo di ragionare - cercheremo di farlo

- e non discutere soltanto sul totale delle risorse, perché il vero problema è la loro distribuzione. Ad un certo punto bisognerà farsi carico della decisione, che non può che essere politica, di come ripartire le risorse nel paese. In alcune regioni le differenze di finanziamento, come risulta dalle tabelle sulla giacenza di mezzi finanziari, sono consistenti, in altre, sono fisiologiche. È evidente che qualsiasi ragioniere accantona gli stipendi per il personale. Ritengo quindi che il problema sia quello di effettuare un monitoraggio territoriale.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Mi vorrei soffermare su due aspetti particolari. Il primo riguarda l'edilizia sanitaria in merito alla quale desidererei sapere su quale bilancio viene imputata. Il secondo aspetto attiene alla affermazione circa la vostra disponibilità ad erogare somme alle quali le regioni non hanno avuto un tempestivo accesso.

Recentemente ho partecipato ad un convegno sul contenimento e sulla razionalizzazione della spesa sanitaria in Sardegna, durante il quale alcune carenze venivano addossate al bilancio dello Stato. Per tale motivo vorrei un chiarimento sulla tabella riguardante i mutui 1992. Per la Sardegna le autorizzazioni concesse ammontano a 160 miliardi. Sono stati versati mutui per 160 miliardi e ne sono stati prelevati per 153 miliardi. Quale tipo di lettura devo dare di questa tabella?

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. La regione fa il mutuo e la banca lo eroga totalmente. Il mutuo va a finire in un conto corrente di tesoreria, presso di noi, con la intestazione: « regione Sardegna ». La regione Sardegna ha ritirato 153 miliardi rispetto ai 160 previsti, ovvero 7 miliardi in meno.

PIERGIORGIO MASSIDDA. La Calabria, per la quale le autorizzazioni concesse erano per 210 miliardi...

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato.

La Calabria non ha prelevato nemmeno un centesimo!

PIERGIORGIO MASSIDDA. Quindi, se ho ben capito, nella casella « mutui prelevati » viene riportata la cifra erogata totalmente alla regione?

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. È un po' come avviene con il conto corrente postale. In esso è riportata una certa somma alla quale si può attingere liberamente.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Scoprire che nell'ambito della sanità vi sono delle risorse, ed anche di notevole consistenza, non utilizzate fa venire dei grossi dubbi sulla nostra capacità di conoscere sino in fondo il nostro paese. Al di là dell'esigenza, credo molto sentita, che quello alla sanità sia un diritto garantito a tutti, mi sembra che dal 1988 ad oggi, periodo nel quale si è verificato un aumento del 50 per cento della spesa, vi siano stati diversi tentativi per cercare di contenerla. Ebbene, se da una parte essa è stata contenuta e dall'altra c'è stato questo involontario risparmio, diciamo pure forzato, mi riesce davvero difficile quantificare oggi la spesa sanitaria. L'enorme capitale immobilizzato lascia supporre che vi sia mediamente, nonostante i ritardi e tutte le difficoltà registrate, una risposta sanitaria che definirei accettabile (io non sono un sostenitore della malasanita!), a fronte di una spesa inferiore a quella preventivata.

Nella finanziaria, sono previsti, per il 1996, 700 miliardi per ripianare i disavanzi pregressi delle USL. Mi chiedo quale criterio sarà seguito per individuare questi disavanzi.

Nel caso in cui vi siano regioni che non abbiano utilizzato dei fondi, mi chiedo anche se non sia il caso di ritirare i fondi concessi per darli alle regioni che hanno già impegnato le risorse.

Stiamo parlando infatti di sanità e non d'altro! Non ci può essere un'amministrazione locale, regionale, o anche statale, che decida dove è possibile curarsi; per cui

condivido l'esigenza di distribuire le risorse, a condizione però che l'assistenza sanitaria sia garantita a tutti.

Sono state previste diverse correzioni; per una di esse, quella concernente la chiusura dei piccoli ospedali (pur con le dovute eccezioni), occorre tener conto che non si può trattare di una chiusura *sic et simpliciter*. Si tratta infatti di trasformare tali strutture in altre e ciò comporta un costo. Mi pare allora che i fondi non spesi potrebbero essere investiti nella creazione, per esempio, delle RSA (strutture di accoglienza di persone anziane) o utilizzati nel settore della spesa sociale. È vero che esiste un controllo in materia da parte degli enti locali ma è altrettanto vero che i comuni, che dovrebbero farsi carico di questa assistenza, si limitano a riciclare qualche appartamento e ad investire alcune somme. Per anni e anni abbiamo utilizzato denaro della sanità per interventi in campo sociale; per esempio abbiamo sovvenzionato per tanto tempo le comunità di assistenza ai tossicodipendenti - che non sono strutture sanitarie - con i soldi della sanità. Da qui l'opportunità che la nostra Commissione compia un'ulteriore riflessione e acquisisca maggiori elementi di conoscenza, per favorire l'avvio di un'attività ispettiva del Ministero della sanità, che ci consenta di conoscere con maggiore chiarezza la sorte di questi finanziamenti.

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Nella tabella 2 concernente i mutui 1987-1988 risulta che, a fronte di un disavanzo da ripianare di 15.628 miliardi, sono stati prelevati mutui soltanto per 12.626 miliardi. Ancora oggi noi non conosciamo quale sia stata la spesa del fondo sanitario nel biennio 1987-1988 perché, in pratica, 3 mila miliardi non sono stati ancora erogati.

PRESIDENTE. Sono quindi residui passivi?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Sono fondi che, per una certa parte, figurano nei conti correnti di tesoreria.

PRESIDENTE. Fruttano interessi?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. No. Lo stesso discorso vale per la tabella 3 concernente i mutui 1989. Ne consegue, onorevole Caccavari, che la sua osservazione è assolutamente corretta.

Abbiamo proposto la creazione di gruppi di verifica, che non hanno compiti ispettivi, formati da funzionari con il compito di controllare i bilanci delle unità sanitarie locali, al fine di verificare la legittimità, per esempio, della impostazione contabile e della conservazione dei residui. Altrimenti non si spiegherebbe come disavanzi denunciati non vengano poi ripianati. Significa che vi sono residui che tali non sono, residui a fronte dei quali non esistono obbligazioni nei confronti di terzi.

Intendo fornire una risposta al quesito relativo all'edilizia ospedaliera di competenza regionale. Nel 1988 la legge finanziaria programmò per l'edilizia ospedaliera un piano di 30 mila miliardi, dei quali fu approvato un primo stralcio di 10 mila miliardi. Successivamente, di questi 10 mila miliardi fu approvato un altro stralcio di 2.100 miliardi per i reparti AIDS (sono dati che cito a memoria). La restante parte doveva essere destinata alle strutture ospedaliere normali ed è stata distribuita tra le regioni. Tuttavia non ci risulta che di questo piano di 10 mila miliardi sia andato in porto qualcosa di particolare; restano, inoltre, ancora da programmare i restanti 20 mila miliardi. In definitiva oggi, a distanza di otto anni, dei 30 mila miliardi stanziati nel 1988 non vediamo ancora niente di concreto.

L'edilizia ospedaliera è a carico delle regioni; i mutui sono contratti dalle regioni e vi sono regioni che poi localizzano questi ospedali.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Non rientrano in questo piano?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. No.

Mi consenta un'ultima precisazione, presidente. Il nostro ufficio non ha competenza sulla spesa sanitaria e sulla spesa pensionistica, anche se di fatto in tutti questi anni la Ragioneria generale dello Stato ha avuto il compito di indagare sulla spesa sanitaria, di ricostruire i conti del sistema sanitario e quelli del sistema pensionistico. Le volevo dire questo, presidente, per cercare anche una giustificazione in merito a qualche nostra eventuale lacuna, perché noi siamo la Ragioneria generale dello Stato, dovrebbero essere altre istituzioni ad avere una maggiore competenza in materia. Poco fa un commissario chiedeva il conto della spesa sociale: per quanto riguarda la parte di competenza delle amministrazioni dello Stato, conosciamo assolutamente tutto; non conosciamo laddove non possiamo conoscere, perché alla Ragioneria generale dello Stato sono inibite sia le ispezioni alle regioni sia le ispezioni ai comuni. Possiamo effettuare ispezioni alle regioni soltanto per le spese finanziate dalla Comunità economica europea, in quanto quest'ultima delega alla Ragioneria generale dello Stato i controlli nelle regioni. Non possiamo effettuare alcuna ispezione se non sulla base dell'articolo 65 del decreto legislativo n. 29 del 1993 sul pubblico impiego. Quando abbiamo proceduto ad un'ispezione alla regione Campania abbiamo avuto, in sede di Conferenza Stato-regioni, una serie di vivacissime proteste per questa nostra iniziativa, peraltro sollecitata dalla Corte dei conti e, se non ricordo male, dalla procura della Repubblica e legittimata anche dalle disposizioni di legge.

ANGELO BLANCO. Dottor Monorchio, gradirei un chiarimento sui dati contenuti nelle tabelle e riferiti alla regione Sicilia. A fronte di una parità di mutui prelevati, almeno dal 1987 al 1994, la regione Sicilia ha un disavanzo di 2.575 miliardi, come risulta dalla tabella 7. Mi chiedo quindi come si spieghino questa parità di mutui prelevati, che sono quasi a pareggio (tranne l'ultimo che arriva addirittura con un miliardo in più) e questi 2.575 miliardi di disavanzo fino al 31 dicembre 1994.

Nella tabella 7, relativa ai disavanzi fino al 31 dicembre 1994, per il 1994 compare un totale di 8.527 miliardi, mentre nella tabella 1, riguardante la spesa sanitaria per gli anni 1988-1994, in particolare per il 1994 risulta un disavanzo di 7.356 miliardi.

BRUNO DE LEO, *Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato*. I mutui non coprono il 1994: gli anni 1994 e 1995 sono tutti da finanziare.

ANGELO BLANCO. La somma di 2.575 miliardi per la regione Sicilia, indicata nella tabella 7, è riferita agli anni 1991-1994, ma in questo periodo esiste un prelievo di mutui a pareggio degli anni precedenti.

BRUNO DE LEO, *Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato*. Abbiamo detto che vi sono 11 mila miliardi di mutui attivabili, non prelevabili. Esistono due aspetti diversi: « faccio il mutuo, lo tengo in cassa e non lo spendo », oppure « sono autorizzato a fare il mutuo e non lo faccio ». Nel caso della Sardegna, si trattava di un mutuo incassato e non speso totalmente. Vi è poi un altro fenomeno: « sei autorizzato a fare il mutuo a carico dello Stato, non lo fai e quindi non lo incassi ».

EMANUELE CARABOTTA, *Primo dirigente della Ragioneria generale dello Stato*. Questo è il caso della Sicilia: come risulta dalla tabella 7, vi sono 1.718 miliardi che la Sicilia potrebbe chiedere subito, domani, e che noi abbiamo autorizzato, però ancora non lo fa. Non esistono cioè vincoli particolari, perché con un decreto-legge è stata offerta la possibilità di attivare tutta la gamma dei mutui a partire dal 1991 e per i periodi progressivi. Quanto alla vicenda relativa agli anni 1993-1994, nella tabella 1 i dati sono desunti direttamente dai rendiconti di ciascuna regione, che purtroppo non sono ancora tutti disponibili.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Tecnicamente non riesco a capire come una re-

gione che ha una certa necessità non acceda al mutuo o non lo richieda. Voi avete avanzato diverse ipotesi: potete chiarire i motivi per cui talune regioni non richiedono certi mutui?

BRUNO DE LEO, *Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato*. Vi possono essere parecchi problemi. È evidente che quando si parla di 7 miliardi rispetto a 160, la somma non prelevata è esigua. Può trattarsi di partite debitorie che hanno ancora bisogno di un accertamento definitivo, perché vi può essere, per esempio, una causa in corso o qualche documentazione imperfetta. Pertanto il giudizio deve essere espresso tenendo conto della relatività delle cifre e l'indicazione di un totale deve essere poi verificata con i conti. Il caso della regione Sardegna può avere proprio questa spiegazione; diversa è la situazione della regione Sicilia, che invece non si è attivata. È possibile che i consuntivi siano, per così dire, aleatori e quindi non perfettamente aderenti alla realtà e questo è il motivo per il quale resistiamo a concedere immediatamente ulteriori finanziamenti. È altresì possibile che la regione Sicilia - non escludo che possa essere successo, ma bisognerebbe verificarlo - abbia nella sua contabilità anticipato i pagamenti utilizzando fondi propri e dimenticato poi di ricostituire le partite.

Tale questione deve essere accertata localmente, ma è evidente lo scopo che si prefigge il dottor Monorchio quando propone la costituzione di nuclei di intervento. Relativamente agli anni 1993-1994, infatti, intendiamo informare la regione, che tra l'altro non ha ancora presentato i consuntivi del 1994 (ricordo che hanno provveduto soltanto 13 regioni e siamo ormai a novembre) delle nostre nuove intenzioni. Ipotizziamo la costituzione di un organo, che abbia sede presso la regione, composto da due funzionari regionali, due della Ragioneria generale dello Stato e due del Ministero della sanità, sottoposto al controllo dell'assessore regionale, per esaminare i residui passivi e verificare la situazione debitoria, accertando nomi e pre-

stazioni. Se ad esempio si accertasse che una certa somma deve essere pagata ad un determinato fornitore, senza ulteriori indicazioni, essa non potrebbe essere erogata immediatamente.

La postazione prevista nel disegno di legge finanziaria per il 1996 ci consentirà di intervenire su questi bilanci, attivando mutui per 700 miliardi; tale postazione ci permetterà altresì di finanziare i restanti 11-12 mila miliardi previsti nel 1993-1994, di cui non abbiamo ancora ricevuto i consuntivi (tra l'altro, quelli del 1995 saranno noti nel 1997).

Si tratta ora di affrontare il problema della distribuzione di tali finanziamenti; la discussione che si sta svolgendo oggi ci convince definitivamente che dovremo chiedere al Parlamento di recepire i risultati di talune nostre indagini. Non è più possibile concedere finanziamenti nella misura dell'80 per cento dei mutui dichiarati, sia perché essi non vengono sempre attivati dalle regioni sia perché alcune regioni presentano condizioni di sofferenza.

Vogliamo riuscire ad attivare rapidamente i nuclei di intervento, soprattutto in quelle regioni che presentano subito i conti. La nostra prima richiesta è la presentazione dei consuntivi da parte delle regioni, per poter effettuare le verifiche e, una volta concluse, attivare l'intervento. Queste sono le nostre intenzioni, sulle quali tuttavia dobbiamo ancora riflettere, perché non disponiamo di conti complessivi.

Un problema analogo si pone per l'edilizia, nel senso che sappiamo benissimo, dopo un'ampia discussione a livello nazionale, che alcune regioni hanno impegnato tutte le risorse disponibili ed anzi sono pronte ad andare oltre, mentre ve ne sono altre che, pur avendo ottenuto le autorizzazioni, non hanno attivato alcunché.

PRESIDENTE. Tanto per essere chiari, ricordo che per la regione Piemonte lo stanziamento è di 20 miliardi! Il problema quindi non interessa soltanto le regioni del meridione.

L'incontro di questo pomeriggio si è dimostrato particolarmente utile, anche in

vista dell'audizione di domani con i rappresentanti delle regioni.

PASQUALE LA CERRA. Poiché non ho una particolare competenza in materia di contabilità, mi limiterò a rivolgere una domanda molto semplice sulla regione Campania. Mi risulta che taluni imprenditori privati siano prossimi al fallimento, non essendo stati pagati dalle regioni; mi riferisco soprattutto a quelli che operano nel settore dell'edilizia, che hanno sostenuto ingenti investimenti per realizzare opere necessarie al sistema sanitario nazionale.

Nella regione Campania, che non ha attivato i mutui (o non ha ancora avuto accesso alla disponibilità materiale delle risorse) gli imprenditori privati stanno fallendo proprio per colpa della inefficienza e della incapacità di spesa della regione. Mi chiedo se il problema si ponga in questi termini o se invece io abbia capito male.

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Se vi sono imprenditori che vantano crediti nei confronti del Servizio sanitario nazionale e la regione Campania non ha attivato i mutui (ovvero li ha attivati, ma li ha lasciati in giacenza), esiste una responsabilità diretta della regione. In realtà, non sappiamo se la situazione sia esattamente questa, perché il fenomeno è noto soltanto a livello di grandi cifre e il caso singolo emerge soltanto da notizie giornalistiche.

PASQUALE LA CERRA. Dovrebbe essere così!

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Il sistema delle imprese, soprattutto nel meridione, ha sofferto, e tuttora soffre, dei ritardi nei pagamenti degli interventi straordinari previsti dalla legge n. 64 del 1986. Ricordo infatti che la soppressione dell'agenzia per il mezzogiorno, intervenuta in un pomeriggio di primavera di un certo anno, senza la previsione di ciò che si sarebbe dovuto fare dopo, ha lasciato il sud, per quasi 5 anni, privo di una consistente fonte di pagamento, generando problemi al sistema delle imprese.

Basti pensare che 4-5 ministri del bilancio hanno dedicato tutte le loro energie per cercare di affrontare il problema del mezzogiorno e portare a compimento tali pagamenti. Soltanto adesso, con l'approvazione delle leggi nn. 232 e 644 del 1994, questo risultato è stato conseguito. Mi risulta che l'ultimo dato aggiornato al mese di settembre, sui pagamenti per il mezzogiorno indichi la cifra, veramente elevata, di circa 7 mila miliardi. In passato, anche negli anni in cui esisteva l'agenzia, i pagamenti erano dell'ordine di 5 mila miliardi.

La situazione delle imprese operanti nel mezzogiorno deve essere verificata al fine di accertare se esse siano creditrici nei confronti del sistema sanitario nazionale e, quindi, delle USL, ovvero siano ugualmente creditrici ma nell'ambito delle opportunità previste dalla legge n. 64 del 1986.

PASQUALE LA CERRA. Mi riferivo alle imprese creditrici nei confronti delle USL.

FABIO PERINEI. Approfitto della disponibilità dei nostri ospiti per rivolgere loro ancora una domanda. Nell'incontro di questa sera abbiamo acquisito un elemento che concretizza il dibattito che si è svolto negli ultimi dieci anni sul tema della sottostima sanitaria, che si basava su dati infondati.

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Parzialmente!

FABIO PERINEI. D'accordo; tuttavia per anni alcuni ministri sono stati sul punto di presentare le dimissioni; si sono svolte agitatissime riunioni del Consiglio dei ministri; parlamentari si sono trovati concordi sul tema della sottostima; si sono tenute numerose audizioni in cui siamo sempre arrivati alla determinazione che nell'ambito del sistema sanitario nazionale esisteva una sottostima dei fenomeni. Ora, invece, prendo atto che i rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato smentiscono la filosofia prevalsa per un decennio. Ciò mi sembra particolarmente importante in vista dell'appuntamento di

domani con i rappresentanti delle regioni, che potrà essere arricchito da questo ulteriore elemento. Stante questo nuovo dato di fatto bisognerà riesaminare alcune questioni. Vorrei sapere dai nostri ospiti se non ritengano che alcune regioni, soprattutto quelle meridionali, si trovino nella condizione di non essere in grado, talvolta, di accedere ai benefici dei mutui per il ripianamento dei debiti e ciò a causa, a mio avviso, del fatto che non conoscono nemmeno la loro situazione debitoria. Ritengo auspicabile - ma probabilmente ne parleremo domani - che le regioni si dispongano affinché con la Ragioneria e con gli altri presidi istituzionali preposti vi sia un concerto sinergico per venirne a capo. Se non riusciremo a ottenere dalle singole regioni tutto ciò che è sommerso e sconosciuto, non potremo nemmeno fruire delle risorse che sono disponibili.

Vedo che anche i nostri ospiti fanno molto affidamento sulla chiusura dei cosiddetti ospedali inutili perché ciò consentirebbe di incidere in maniera rilevante sulla spesa sanitaria. In linea teorica è così; in verità quello che sto per dire riguarda più un dibattito politico, sociale e culturale che le articolazioni, diciamo, burocratiche dello Stato. In una comunità un presidio ospedaliero rappresenta un tratto di identità, così come lo sono la caserma dei carabinieri e la cattedrale. Ebbene, quando tale tratto di identità è operante non richiama molta attenzione, mentre quando viene rimosso ed eliminato provoca un sentimento di disagio, di insicurezza nella sanità. Per cui risulta estremamente difficile convincere le comunità che occorre cambiare cultura e compiere uno sforzo per superare anche i propri ancoraggi culturali. Tra l'altro, nella maggior parte dei casi, questi presidi ospedalieri non sono stati costruiti dallo Stato ma sono il frutto di opere filantropiche, di donazioni, di lasciti, di impegni di volontariato. Questo è l'aspetto, diciamo pure, culturale e sociale. Ma sotto il profilo dell'aspetto contabile, dottor Monorchio, quale risparmio si ottiene con la chiusura di un ospedale che ha un numero di posti inferiore ai 120 previsti, in una comunità

di 30 mila abitanti (anche se la legge dice di tener conto della densità degli abitanti del luogo dove si trova l'ospedale)? Indubbiamente si ottiene una maggiore efficienza perché il personale di quell'ospedale viene trasferito in un altro presidio; la struttura viene riconvertita pur continuando a svolgere funzioni sociali e sanitarie. In altre parole non vorrei - lo dico in maniera problematica perché sul punto non ho certezze - che con la scelta della chiusura dei cosiddetti ospedali inutili (ma vi sono ospedali con 50 posti letto efficientissimi, oppure ospedali che si trovano in luoghi di montagna, i quali evidentemente, pur non raggiungendo lo standard previsto, non possono essere soppressi), ci affidassimo ad un altro *deus ex machina* per giungere ad una rivisitazione della spesa sanitaria.

È assai poco credibile che, presso una comunità, si debba chiudere un presidio ospedaliero effettivamente funzionante (mi riferisco, in particolare, alle strutture di base: medicina, chirurgia, ostetricia e via dicendo) realizzato talvolta al di là delle intenzioni dello Stato se non addirittura « malgrado » lo Stato, e contemporaneamente assistere ad un rifiorire continuo e rigoglioso degli ospedali privati convenzionati con la regione. C'è questo grumo costituito di fatti reali difficile da superare, anche se mi rendo conto che occorre compiere uno sforzo per riuscirci. Questo ragionamento si inquadra nell'ambito di un processo di costruzione culturale nelle comunità.

In conclusione, non ritengo che con la chiusura di certi ospedali si possa venire a capo del dissesto registrato nel corso di questi anni.

PASQUALE LA CERRA. Condivido quanto ha appena detto il collega Perinei, e aggiungo che mi sembra incredibile soprattutto la questione dell'unico parametro (quello dei posti-letto) da tenere presente per la chiusura o meno degli ospedali. E ciò soprattutto se si pensa che nelle stesse aree dove si trovano piccoli ospedali, adesso demonizzati e quindi da chiudere, sono nate, in particolare negli ultimi

venti anni, strutture con 50-60 posti-letto, le quali certamente non assicurano livelli di prestazione concorrenziali con quelli garantiti dalle strutture pubbliche. Infatti si tratta di strutture che si pongono semplicemente a completamento, direi a surroga, di una mancata erogazione del Servizio sanitario pubblico.

In definitiva, il cittadino non può non chiedersi perché un ospedale con meno di 120 posti letto debba essere chiuso mentre a distanza di 20-30 chilometri continuano a funzionare, e quindi a beneficiare dei finanziamenti grazie a delle convenzioni, cliniche private con 50-60 posti-letto.

VALERIO MIGNONE. Sappiamo che in Italia vi sono alcune regioni, peraltro anche evolute, in cui operano istituti che offrono assistenza sociale e sanitaria (mi riferisco, per esempio, all'istituto Pio Albergo Trivulzio). In tali istituti funzionano divisioni di cardiologia con apparecchiature tecnologicamente avanzate. Per questo, risorse finanziarie destinate all'assistenza sono state stornate a favore della sanità. Mi chiedo se un comune possa recuperare o meno dall'ente regione la quota che ha investito nella sanità. Vi sono poi regioni che pagano rette e contributi a strutture che sono vere e proprie case di riposo; ebbene, mi chiedo se il comportamento di queste regioni sia regolare, cioè nel rispetto della legge.

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Noi non abbiamo stravolto la concezione della sottostima del Fondo sanitario nazionale; abbiamo detto soltanto che i disavanzi che poi sono stati denunciati, che il Parlamento ha ripianato con legge dello Stato autorizzando la contrazione dei mutui, si sono rivelati in parte eccedenti rispetto alle esigenze. Pertanto noi non neghiamo che nel tempo vi siano state queste sottostime, però rileviamo anche che spesso le stime di disavanzo sono state amplificate rispetto alle esigenze.

I dati che abbiamo fornito sono importanti a tale riguardo. Nella tabella 2, relativa ai mutui 1987-1988, a fronte di 15.628 miliardi di disavanzo totale da ripianare,

sono stati prelevati mutui soltanto per 12.626 miliardi, cioè 3 mila miliardi in meno. Lei può immaginare tutto in una situazione di questo genere, può immaginare anche che le carte che sono servite a pagare una parte di questi mutui siano state fabbricate in corso d'opera. Non è che io voglia dire queste cose, però esiste un divario così forte, così netto.

Convengo totalmente con lei per quanto riguarda i piccoli ospedali. Sono meridionale e so bene cosa significhi avere un piccolo ospedale in un centro. Lei ha usato anche un termine esatto. Noi non esprimiamo un giudizio di merito sulle questioni: si tratta di una decisione politica che è stata assunta. Quello della finanza pubblica è il primo problema di questo paese; dobbiamo allora risolverlo. Il Governo ha proposto, il Parlamento ha approvato, ovvero ha deciso indipendentemente dal Governo, ed ha scelto quella soluzione. Se l'opzione dovesse essere cambiata, saremmo ben contenti.

BRUNO DE LEO, *Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato*. La mia affermazione secondo cui la questione dovrà essere esaminata regione per regione è collegata anche a quanto da lei osservato, onorevole. Sono convinto che in molte regioni il quadro amministrativo sia molto precario. Lo dico con molta ritrosia, perché ciò vorrebbe quasi dire che il quadro amministrativo statale sia particolarmente efficiente: non esprimo questo giudizio, lo faccio per la Ragioneria generale dello Stato che è molto efficiente. Però in effetti questo è uno dei problemi.

Lei proviene dalla regione Puglia, che ha un fortissimo disavanzo. Quando ce ne siamo accorti, una volta approvati i bilanci (abbiamo dovuto fare anche delle denunce), ed abbiamo istituito una commissione presso il commissario di Governo, mettendo a disposizione un nostro funzionario, la maggiore difficoltà incontrata è stata quella di ricostruire i conti (eppure le regioni sono enti giovani). Lei ha perfettamente ragione: il problema del quadro amministrativo delle regioni di recente nascita, ed il cui personale probabilmente in

parte è proveniente dallo Stato e non si è ben amalgamato, è serio soprattutto nel meridione, con l'eccezione della Basilicata, il cui quadro amministrativo è perfetto. Della regione Basilicata noi conosciamo sempre tutto ed abbiamo un'assonanza di ragionamento; questo in effetti è importante. La regione Puglia ha chiesto adesso il mutuo 1990; la richiesta è arrivata sul mio tavolo tre giorni fa, dopo cinque anni: la legge l'ha autorizzato nel 1992 e dopo tre anni la regione si è ricordata che doveva prendere 600 o 700 miliardi.

Pertanto l'efficienza amministrativa delle regioni è molto importante. Noi siamo a disposizione, ma comprendiamo bene come forse funzionari dello Stato che si presentano in regione possano essere visti in modo non favorevole. Tuttavia, non vi è altra soluzione per avere una cognizione precisa delle situazioni.

FABIO PERINEI. Le regioni chiedono un confronto operativo?

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Lo chiedono, ma il confronto operativo non può risolversi nel dire: « questi sono i miei conti ». La risposta in tal caso non può che essere « questi sono i conti, voglio vedere le carte che ci sono sotto ». Ecco perché dico che occorrono il funzionario regionale, quello della ragioneria e quello della sanità per l'applicazione delle regole contabili relative ai consuntivi. Il residuo è un'obbligazione giuridicamente perfetta; a fronte di esso deve esservi un debitore. Se la fattura esiste, se la prestazione è stata effettuata, c'è un debito.

ANDREA MONORCHIO, Ragioniere generale dello Stato. Il Parlamento ha già approvato il rendiconto generale dello Stato per il 1994 che è stato presentato il 30 giugno. Non si spiega perché rendiconti molto

meno complessi non siano stati ancora presentati.

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. Esiste una disposizione secondo cui devono essere tenute contabilità separate. L'assistenza sanitaria è a carico delle USL e non possono esservi commistioni. Non sono a conoscenza di casi di rimborso ad enti locali di spese sanitarie sostenute da comuni e quindi rimborsate dalle USL. Quello al quale accennavo è un problema abbastanza diffuso - forse adesso un po' meno - di commistione nei conti delle USL tra spesa sanitaria e assistenziale. Capisco però che è molto difficile separarle.

ANDREA MONORCHIO, Ragioniere generale dello Stato. Conseguo alla presidenza della Commissione alcune tabelle cui ho fatto riferimento nel corso del mio intervento.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Monorchio; tali tabelle verranno pubblicate in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

Possiamo considerare conclusa questa audizione, che è stata di grande interesse. Rifletteremo su quanto ci hanno riferito i nostri ospiti e sulla documentazione da essi fornitaci. Ringrazio ancora il dottor Monorchio, il dottor De Leo e il dottor Carabotta.

La seduta termina alle 19,45.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia l'8 novembre 1995.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

(Documentazione prodotta dal ragioniere generale dello Stato).

PAGINA BIANCA

XII LEGISLATURA - DODICESIMA COMMISSIONE - SEDUTA DEL 7 NOVEMBRE 1995

SPESA SANITARIA 1988-1994

I. Ge.S.P.A. DIV.XI

FUNZIONI	1988 (mld)	1989 (mld)	89/88 %	1990 (mld)	90/89 %	1991 (mld)	91/90 %	1992 (mld)	92/91 %	1993 (mld)	93/92 %	1994 (mld)	94/93 %
Personale	23.992	26.971	12,4%	31.116	15,4%	36.994	18,9%	38.316	3,6%	38.809	1,3%	39.012	0,5%
Beni e servizi	10.528	12.291	16,7%	14.226	15,7%	16.077	13,0%	17.708	10,1%	17.786	0,4%	18.296	2,9%
Medicina	4.252	4.590	7,9%	4.900	6,8%	5.570	13,7%	5.433	-2,5%	5.425	-0,1%	5.535	2,0%
Farmaceutica (a)	10.567	11.746	11,2%	14.058	19,7%	15.059	7,1%	14.209	-5,6%	12.588	-11,4%	11.028	-12,4%
Ospedal.convvenz.	5.861	6.983	18,1%	7.849	12,4%	8.985	14,5%	9.914	10,3%	10.215	3,0%	10.471	2,5%
Special.ambul.int.	685	809	18,1%	870	7,5%	1.120	28,7%	1.157	3,3%	1.143	-1,2%	1.095	-4,2%
Special.convvenz.esi.	2.778	2.608	-6,1%	2.631	0,9%	2.620	-0,4%	2.030	-22,5%	1.505	-25,9%	1.375	-8,6%
Altra assistenza (b)	1.933	2.475	26,0%	3.498	41,3%	4.638	32,6%	5.173	11,5%	5.453	5,4%	6.194	13,6%
Vincolate	655	480	-26,7%	364	-24,2%	705	93,7%	(e)		(e)		(e)	
Altre differenziali (c)	280	350	25,0%	400	14,3%	450	12,5%	586	30,2%	392	-33,1%	400	2,0%
Interessi passivi	83	219	163,9%	350	59,8%	620	77,1%	1.069	72,4%	1.105	3,4%	838	-24,2%
Obiettivi di piano e PSN	(e)	(e)		(e)		1.050		494	-53,0%	599	21,3%	588	-1,8%
TOTALE SPESA	61.614	69.522	12,8%	80.262	15,4%	93.888	17,0%	96.089	2,3%	95.020	-1,1%	94.832	-0,2%
Entrate proprie	750	2.074		1.572		2.532		2.331		2.620		3.165	
Part.reg.stat.spec.				972		1.220		1.968		2.284		2.601	
Quota ass.med.base										831			
FABBISOGNO	60.864	67.448	10,8%	77.718	15,2%	90.136	16,0%	91.790	1,8%	89.285	-2,7%	89.066	-0,2%
FSN	52.650	59.711	13,4%	64.716	8,4%	78.840	21,8%	82.625	4,8%	82.167	-0,6%	81.710	-0,8%
Integrazione FSN						5.600		6.130					
DISAVANZO	8.214	7.737		13.002		6.696		3.035		7.118		7.356	

(a) Nell'assistenza farmaceutica sono imputate, oltre alla spesa per prodotti farmaceutici e generici, le spese relative all'indennità di disgiata residenza e l'assistenza integrativa prescritta su ricetta e fornita tramite farmacie convenzionate. Nel 1992 sono state emanate linee guida secondo le quali l'assistenza integrativa deve essere contabilizzata in altri capitoli di spesa.

(b) Comprende assist. integrativa, riabilitaz. in convenzione, protesi, cure termali, assist. anziani e disabili in convenzione, comun.terapeutiche

(c) Comprende il finanziamento CRI, IZS, ricerca corrente IRCCS, hanseniani.

(d) A partire dal 1993 il valore attribuito al FSN comprende la quota dei contributi sanitari riscossi direttamente dalle Regioni.

(e) Importi ripartiti tra le altre funzioni di spesa

Fonte: Rendiconti trimestrali delle USL. Per gli anni 1988-91 i dati di spesa sono stati ricostruiti sulla base dei dati regionali depurati, per ogni esercizio, delle quote di spesa non riferibili al rispettivo esercizio e comprensivi degli impegni non contabilizzati per insufficienza di stanziamenti. Per l'anno 1994 i dati sono provvisori.

Tab. 2

MUTUI 1987/1988

(importi in miliardi di lire)

REGIONI	disavanzo totale da ripianare	disavanzo a carico dello Stato	mutui autorizzati	mutui da autorizz.	mutui contratti	mutui da contrarre	mutui versati	mutui prelevati
Piemonte	422	422	316	106	316	0	317	317
Valle d'Aosta	51	47	47	0	47	0	32	32
Lombardia	1.650	1.650	1.237	413	1.237	0	1.237	1.237
Prov. di Bolzano	85	64	64	0	64	0	64	64
Prov. di Trento	90	90	90	0	90	0	90	90
Veneto	1.056	1.056	1.053	3	1.053	0	1.053	952
Friuli V. G.	205	205	200	5	200	0	200	176
Liguria	383	383	383	0	383	0	383	357
Emilia Romagna	1.355	1.355	1.355	0	1.288	67	1.288	1.288
Toscana	1.019	1.019	1.019	0	944	75	944	944
Umbria	190	190	183	7	183	0	183	183
Marche	528	528	495	33	495	0	495	489
Lazio	1.909	1.909	1.676	233	1.676	0	1.676	1.617
Abruzzo	266	266	254	12	254	0	254	254
Molise	51	51	47	4	47	0	47	47
Campania	2.402	2.402	1.947	455	1.947	0	1.947	1.337
Puglia	1.185	1.185	1.080	105	1.080	0	1.080	1.077
Basilicata	106	106	80	26	80	0	80	80
Calabria	522	522	391	131	391	0	391	391
Sicilia	1.714	1.714	1.285	429	1.285	0	1.285	1.285
Sardegna	439	439	417	22	417	0	417	409
TOTALE	15.628	15.603	13.619	1.984	13.477	142	13.463	12.626

RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

I.Ge.S.P.A. Div. XI

Roma, 24/10/1995

Tab. 3

MUTUI 1989

(importi in miliardi di lire)

REGIONI	disavanzo totale da ripianare	disavanzo a carico dello Stato	autorizzaz. concesse	mutui da autorizz.	mutui contratti	mutui da contrarre	mutui versati	mutui prelevati
Piemonte	130	130	117	13	117	0	117	117
Valle d'Aosta	8	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	478	478	430	48	430	0	430	282
Prov. di Bolzano	28	25	25	0	25	0	25	0
Prov. di Trento	36	36	36	0	36	0	36	32
Veneto	681	681	681	0	612	69	612	612
Friuli V. G.	40	40	0	40	0	0	0	0
Liguria	200	200	200	0	200	0	200	156
Emilia Romagna	691	691	623	68	623	0	623	623
Toscana	391	354	352	2	352	0	352	352
Umbria	105	105	94	11	94	0	94	94
Marche	331	331	298	33	298	0	298	298
Lazio	807	807	726	81	726	0	726	672
Abruzzo	94	94	71	23	71	0	71	71
Molise	39	39	35	4	35	0	35	35
Campania	1.149	1.149	1.023	126	1.023	0	1.023	422
Puglia	630	630	567	63	567	0	567	540
Basilicata	27	27	25	2	25	0	25	25
Calabria	458	458	0	458	0	0	0	0
Sicilia	845	845	761	84	761	0	761	761
Sardegna	189	189	170	19	170	0	170	170
TOTALE	7.357	7.309	6.234	1.075	6.165	69	6.165	5.262

RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

I.Ge.S.P.A. Div. XI

Roma, 24/10/1995

Tab. 4

MUTUI 1990

(importi in miliardi di lire)

REGIONI	disavanzo totale da ripianare	disavanzo a carico dello Stato	autorizzaz. concesse	mutui da autorizz.	mutui contratti	mutui da contrarre	mutui versati	mutui prelevati
Piemonte	606	553	553	0	553	0	553	553
Valle d'Aosta	53	43	43	0	43	0	43	
Lombardia	1.802	1.552	1.552	0	1.552	0	1.552	1.310
Prov. di Bolzano	73	65	65	0	65	0	65	3
Prov. di Trento	76	67	67	0	67	0	67	
Veneto	1.171	977	977	0	977	0	977	
Friuli V. G.	149	139	139	0	139	0	139	8
Liguria	569	466	466	0	466	0	569	569
Emilia Romagna	1.705	1.367	1.367	0	1.367	0	221	153
Toscana	1.334	1.081	1.081	0	1.081	0	155	217
Umbria	235	194	194	0	194	0	194	194
Marche	568	458	458	0	458	0	568	513
Lazio	1.726	1.411	1.411	0	1.411	0	1.726	1.605
Abruzzo	307	258	42	216	42	0	51	51
Molise	45	42	42	0	42	0	42	0
Campania	1.770	1.458	1.149	309	1.149	0	1.369	923
Puglia	1.284	1.055	1.028	27	1.028	0	1.028	901
Basilicata	72	68	68	0	68	0	68	68
Calabria	823	641	641	0	641	0	749	258
Sicilia	1.360	1.136	0	1.136	0	0	34	0
Sardegna	270	239	0	239	0	0	0	0
TOTALE	15.998	13.270	11.343	1.927	11.343	0	10.170	7.326

RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO
I.Ge.S.P.A. Div. XI

Roma, 24/10/1995

Tab. 5

MUTUI 1991

(importi in miliardi di lire)

REGIONI	disavanzo totale da ripianare	disavanzo a carico dello Stato	autorizzaz. concesse	mutui da autorizz.	mutui contratti	mutui da contrarre	mutui versati	mutui prelevati
Piemonte	695	610	440	170	440	0	440	440
Valle d'Aosta	37	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	931	914	880	34	880	0	880	373
Prov. di Bolzano	64	51	51	0	51	0	51	0
Prov. di Trento	87	70	70	0	70	0	70	37
Veneto	949	779	779	0	779	0	727	727
Friuli V. G.	123	123	0	123	0	0	0	0
Liguria	350	299	299	0	299	0	299	196
Emilia Romagna	1.114	886	817	69	817	0	817	509
Toscana	739	617	580	37	580	0	580	323
Umbria	179	148	139	9	139	0	139	111
Marche	445	345	332	13	332	0	332	128
Lazio	1.080	899	539	360	539	0	539	539
Abruzzo	275	224	123	101	123	0	123	0
Molise	34	34	34	0	34	0	34	34
Campania	1.255	1.012	938	74	938	0	938	668
Puglia	732	612	576	36	576	0	576	464
Basilicata	79	71	55	16	55	0	55	45
Calabria	458	368	189	179	189	0	189	154
Sicilia	1.117	888	819	69	819	0	819	754
Sardegna	290	242	145	97	145	0	145	145
TOTALE	11.033	9.192	7.805	1.387	7.805	0	7.753	5.647

RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

I.Ge.S.P.A. Div. XI

Roma, 24/10/1995

MUTUI 1992

(Importi in miliardi di lire)

REGIONI	disavanzo totale da ripianare	disavanzo a carico dello Stato	autorizzaz. concesse	mutui da autorizz.	mutui contratti	mutui da contrarre	mutui versati	mutui prelevati
Piemonte	484	483	483	0	483	0	483	139
Valle d'Aosta	27	8	8	0	8	0	8	0
Lombardia	988	972	972	0	972	0	972	473
Prov. di Bolzano	104	34	34	0	34	0	34	0
Prov. di Trento	108	38	38	0	38	0	38	0
Veneto	729	488	488	0	488	0	488	488
Friuli V. G.	205	119	119	0	119	0	119	119
Liguria	399	208	208	0	208	0	208	208
Emilia Romagna	1.404	472	472	0	472	0	472	330
Toscana	815	400	400	0	400	0	400	291
Umbria	168	92	92	0	92	0	92	92
Marche	349	187	187	0	187	0	187	71
Lazio	1.052	589	589	0	589	0	589	187
Abruzzo	150	132	132	0	132	0	132	40
Molise	37	35	35	0	35	0	35	25
Campania	837	604	604	0	604	0	604	0
Puglia	509	428	428	0	428	0	428	309
Basilicata	55	60	60	0	60	0	60	11
Calabria	50	210	210	0	210	0	210	0
Sicilia	538	455	455	0	455	0	455	455
Sardegna	383	180	180	0	180	0	180	153
TOTALE	9.185	6.130	6.130	0	6.130	0	6.130	3.389

RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

I.Ge.S.P.A. Div. XI

Roma, 07/11/1995

XII LEGISLATURA - DODICESIMA COMMISSIONE - SEDUTA DEL 7 NOVEMBRE 1995

Tab. 7

DISAVANZI FINO AL 31/12/1994

(in miliardi di lire)

REGIONI	RESIDUO BILANCIO fine al 31/12/1991		1992			1993			1994			TOTALE RESIDUI	
	DISAV. PRES.	ACCANTO	RESIDUO	DISAV. PRES.	ACCANTO	RESIDUO	DISAV. PRES.	ACCANTO	RESIDUO	DISAV. PRES.	ACCANTO		RESIDUO
Piemonte	1.715	1.427	268	484	463	21	317	162	155	286	0	286	750
Valle d'Aosta	90	90	0	27	8	19	46	0	46	23	0	23	88
Lombardia	4.594	4.069	495	986	972	-6	537	360	157	820	0	820	1.468
Prov. di Bolzano	205	205	0	104	34	70	122	0	122	157	0	157	348
Prov. di Trento	263	263	0	108	36	70	118	0	116	128	0	128	314
Veneto	3.482	3.489	3	729	488	241	438	258	182	503	0	503	923
Friuli V. G.	507	339	168	205	119	86	178	75	103	217	0	217	574
Liguria	1.348	1.348	0	399	206	193	482	142	340	453	0	453	984
Emilia Romagna	4.300	4.162	138	1.404	472	932	724	288	436	874	0	874	2.384
Toscana	3.089	3.032	37	815	400	415	641	289	352	460	0	460	1.264
Umbria	636	610	26	166	92	74	112	60	52	109	0	109	268
Marche	1.682	1.593	79	349	167	182	256	138	118	248	0	248	624
Lazio	5.027	4.352	675	1.052	589	453	1.101	426	675	1.055	0	1.055	2.864
Abruzzo	842	490	352	150	132	18	77	51	26	47	0	47	444
Molise	166	158	8	37	35	2	17	19	-2	36	0	36	44
Campania	6.021	5.057	964	637	604	33	777	361	368	450	0	450	1.844
Puglia	3.482	3.251	231	509	428	81	294	188	125	257	0	257	694
Basilicata	272	228	44	55	60	-5	52	21	31	-5	0	-5	64
Calabria (*)	1.988	1.221	768	50	210	-160	333	162	151	-12	0	-12	74
Sicilia	4.393	2.865	1.718	538	455	83	261	323	-62	845	0	845	2.584
Sardegna	1.109	732	377	383	160	223	237	116	119	405	0	405	1.124
TOTALE	45.374	39.901	6.373	9.165	6.130	3.936	7.118	3.480	3.938	7.358	0	7.358	20.404

M.B. ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge n. 72/84 la regione autonoma della Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono alla copertura della maggiore spesa sanitaria per gli anni 1993 - 1994 senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

(*) per gli anni 1992-93-94 i dati di spesa rendicontati non sono completi.

MINISTERO DEL TESORO
RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO - I.G.E.S.P.A. DIV. XI^a

Roma, 7 novembre 1995

Tab. 8

RISORSE FINANZIARIE DISPONIBILI NELL'ANNO 1995 PER IL FINANZIAMENTO DELLE GESTIONI STRALCIO (*)
(ART. 6, COMMA 1, L. 724/94)

(importi in miliardi di lire)

REGIONI	RISORSE ATTIVABILI	MUTUI ATTIVATI (in seguito all'entrata in vigore del d.l. 100/95)	RESIDUO DEBITI DA RIPIANARE
Piemonte	450	162	288
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia	875	380	495
Prov. di Bolzano	0	0	0
Prov. di Trento	0	0	0
Veneto	413	410	3
Friuli V. G.	243	75	168
Liguria	291	291	0
Emilia Romagna	492	354	138
Toscana	401	364	37
Umbria	140	112	28
Marche	217	138	79
Lazio	1.101	426	675
Abruzzo	403	51	352
Molise	27	19	8
Campania	1.495	531	964
Puglia	527	296	231
Basilicata	65	21	44
Calabria	1.094	326	768
Sicilia	2.041	323	1.718
Sardegna	495	118	377
TOTALE	10.770	(**) 4.397	6.373

(*) : le somme rinvenienti dai mutui per i ripiani fino all'anno 1992 possono essere utilizzate indistintamente e in via prioritaria per l'estinzione delle partite debitorie relative agli anni dal 1985 al 1992.

(**) : di cui 3.480 mld erogati direttamente dalla Cassa Depositi e Prestiti.

XII LEGISLATURA - DODICESIMA COMMISSIONE - SEDUTA DEL 7 NOVEMBRE 1995

TABella n. 9
CONTABILITÀ SPECIALI U.S.S.L.L. TESORERIE PROVINCIALI
(Riepilogo gennaio - settembre 1995)

REGIONI	Parte Corrente												Conto Capitale												Parte Corrente e Conto Capitale											
	31.12.1994			30.06.1995			31.08.1995			31.07.1995			31.08.1995			31.08.1995			31.08.1995			31.08.1995			31.08.1995			31.08.1995			31.08.1995					
ABRUZZO	228	185	392	392	398	426	406	375	367	354	351	59	59	60	59	55	54	51	51	51	49	49	49	287	244	452	457	481	460	426	418	404	400			
BASILICATA	65	90	82	176	133	162	133	162	219	154	179	47	49	44	44	43	41	44	45	45	41	39	39	112	139	126	220	176	203	263	199	187	218			
BOLZANO	-	5	-	-	-	7	4	8	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	7	4	8	-	-	-	-	
CALABRIA	409	378	268	475	514	513	284	555	687	783	111	107	102	95	89	86	81	77	64	118	118	118	520	485	370	570	603	599	365	632	751	901				
CAMPANIA	1.621	1.247	1.297	1.671	1.147	1.143	1.559	1.111	1.625	1.633	699	696	489	481	579	570	571	576	583	560	560	560	2.120	2.243	1.786	2.152	1.726	1.733	2.130	1.687	2.208	2.193				
EMILIA ROMAGNA	320	468	337	388	418	261	426	554	386	456	62	55	53	44	82	67	66	63	56	54	54	54	382	523	590	432	500	328	492	617	442	510				
FRIULI VENEZIA G.	114	59	19	190	159	114	67	172	101	55	13	3	3	4	9	3	3	3	3	3	3	3	127	62	22	194	168	117	70	175	104	58				
LAZIO	488	252	1.010	1.252	741	987	1.112	549	979	1.001	47	45	57	53	50	58	53	51	51	50	50	50	535	297	1.067	1.305	791	1.045	1.165	600	1.030	1.051				
LIGURIA	95	179	186	176	206	177	182	228	176	236	54	48	48	48	57	55	55	51	56	55	53	53	149	227	236	224	263	232	233	284	231	289				
LOMBARDIA	964	579	613	1.246	1.307	1.325	1.179	1.761	1.586	1.720	88	87	78	81	77	82	81	85	90	86	86	86	1.052	666	691	1.327	1.384	1.407	1.260	1.946	1.676	1.806				
MARCHE	55	88	83	263	253	133	135	207	196	292	46	45	43	42	43	41	40	46	45	43	43	43	101	133	126	305	296	174	175	253	241	335				
MOLISE	122	130	129	135	106	125	114	108	116	124	27	27	40	26	26	26	26	25	25	24	25	25	149	157	169	161	132	151	139	133	140	149				
PIEMONTE	770	1.435	1.406	1.611	1.738	1.605	1.560	1.575	1.563	1.563	171	172	200	173	171	170	184	179	180	183	183	183	941	1.607	1.606	1.784	1.909	1.775	1.744	1.754	1.743	1.746				
PUGLIA	429	538	585	635	474	635	393	739	618	835	251	253	252	251	256	255	255	319	314	312	312	312	680	1.191	837	1.086	730	890	648	1.058	1.132	1.147				
SARDEGNA	244	197	221	220	270	268	242	230	193	188	29	25	24	26	25	31	33	29	23	27	27	27	273	222	245	246	295	299	275	259	216	215				
SICILIA	917	1.716	1.629	1.401	1.373	1.395	1.663	1.807	1.694	1.700	266	266	271	270	269	267	267	268	267	266	266	266	1.183	1.987	1.899	1.670	1.840	1.662	1.931	2.074	1.961	1.966				
TOSCANA	507	529	681	545	691	581	1.011	958	913	974	66	63	78	90	82	100	92	109	99	112	112	112	573	592	759	635	773	681	1.103	1.067	1.012	1.086				
TRENTO	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
UMBRIA	72	162	63	118	63	103	238	257	229	268	19	19	18	18	14	13	12	12	11	11	11	11	91	181	81	136	77	116	250	269	240	279				
VALLE d'AOSTA	-	-	-	-	-	-	6	2	-	3	4	4	4	3	3	2	2	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	8	7	7	5	6				
VENETO	778	1.092	1.198	1.021	1.196	1.048	1.168	763	1.232	1.443	109	129	124	115	111	153	148	167	149	130	130	130	887	1.221	1.322	1.136	1.307	1.201	1.316	930	1.381	1.576				
TOTALE	81.198	10.230	10.461	12.121	11.422	10.991	11.937	12.103	12.994	13.804	1.968	1.957	1.967	1.922	2.039	2.074	2.063	2.105	2.110	2.127	10.166	12.187	12.348	14.043	13.461	13.055	14.000	14.269	15.104	15.931						

XII LEGISLATURA - DODICESIMA COMMISSIONE - SEDUTA DEL 7 NOVEMBRE 1995

Tabella n. 10

REGIONI - CONTI CORRENTI TESORERIA CENTRALE

Contributi Sanitari
Riepilogo disponibilità delle Regioni
(Gennaio - settembre 1995)

REGIONI	AI 31 dicembre 1994			AI 28 febbraio 1995			AI 31 marzo 1995			AI 30 aprile 1995			AI 31 maggio 1995			AI 30 giugno 1995			AI 31 luglio 1995			AI 31 agosto 1995			AI 30 settembre 1995		
	Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI		Disponibilità dalla Regione	DI CUI	
		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale		Per gestione corrente	Per gestione capitale
1 ABRUZZO	8	-	8	14	6	8	16	8	8	19	11	8	21	13	8	99	90	9	114	106	8	129	121	8	135	127	8
2 BASILICATA	158	-	158	220	62	158	115	64	51	175	124	51	119	68	51	123	72	51	188	142	46	190	144	46	182	136	46
3 BOLZANO	179	-	179	100	100	-	31	31	-	34	34	-	62	62	-	118	118	-	198	198	-	116	116	-	33	33	-
4 CALABRIA	63	-	63	280	217	63	103	67	36	76	72	4	77	73	4	411	411	-	236	236	-	64	64	-	51	51	-
5 CAMPANIA	1.248	-	1.248	1.467	219	1.248	1.509	321	1.188	2.055	868	1.187	1.504	398	1.106	1.911	805	1.106	2.561	1.455	1.106	2.176	1.070	1.106	2.251	1.145	1.106
6 EMILIA ROMAGNA	3	-	3	3	-	3	3	-	3	3	-	3	21	18	3	12	9	3	12	9	3	12	9	3	12	9	3
7 FRIULI VENEZIA G.	64	-	64	286	222	64	87	24	63	95	32	63	92	40	52	293	241	52	153	101	52	147	95	52	257	208	49
8 LAZIO	1.273	-	1.273	983	103	880	181	-	181	761	580	181	237	56	181	502	321	181	1.092	911	181	567	386	181	610	429	181
9 LIGURIA	218	-	218	188	-	188	188	-	188	188	-	188	188	-	188	350	162	188	306	119	187	321	138	183	331	148	183
10 LOMBARDIA	946	-	946	1.510	564	946	554	68	486	581	95	486	416	117	299	1.132	908	224	543	322	221	621	400	221	697	476	221
11 MARCHE	268	-	268	529	184	145	144	-	144	277	136	141	303	162	141	435	296	139	453	314	139	414	275	139	393	255	138
12 MOLISE	13	-	13	16	3	13	16	4	12	52	40	12	21	11	10	50	40	10	55	45	10	49	39	10	50	40	10
13 PIEMONTE	804	-	804	241	36	205	259	54	205	251	26	205	228	23	205	610	405	205	669	464	205	730	525	205	791	587	205
14 PUGLIA	749	-	749	577	387	190	202	54	148	539	422	117	178	91	87	847	836	11	547	538	9	577	568	9	686	677	9
15 SARDEGNA	119	-	119	274	166	108	132	24	108	140	32	108	149	41	108	169	61	108	178	70	108	187	79	108	196	90	108
16 SICILIA	881	-	881	921	40	881	940	60	880	960	80	880	1.007	127	880	1.022	336	886	1.096	410	886	1.170	464	886	1.245	559	886
17 TOSCANA	185	-	185	172	47	125	130	7	123	118	14	104	128	24	104	159	55	104	140	70	70	163	93	70	189	119	70
18 TRENTO	166	-	166	231	231	-	263	263	-	195	195	-	209	209	-	192	192	-	267	267	-	311	311	-	347	347	-
19 UMBRIA	64	-	64	122	21	101	93	30	63	222	122	100	103	50	53	76	22	54	79	26	53	71	18	53	75	22	53
20 VALLE D'AOSTA	112	-	112	122	122	-	26	26	-	30	30	-	30	30	-	49	49	-	17	17	-	29	29	-	45	45	-
21 VENETO	239	-	239	239	-	239	239	-	239	355	337	18	18	18	-	355	337	18	920	902	18	369	351	18	379	361	18
TOTALI	7.760	-	7.760	8.295	2.730	5.565	5.231	1.105	4.126	6.765	2.909	3.856	5.111	1.613	3.498	8.915	5.766	3.149	9.824	6.722	3.102	8.413	5.315	3.098	8.958	5.864	3.094

(in miliardi di lire)

I.Ge.S.P.A. Div.XI

CALCOLO SPESA SANITARIA 1995-98*(a legislazione vigente)*

	1995	tasso crescita	1996	tasso crescita	1997	tasso crescita	1998
quota capitaria	1.532.400	3,50%	1.586.034	3,00%	1.633.615	2,50%	1.674.455
popolazione			57.358.000	0,40%	57.587.432	0,40%	57.817.782
fabbisogno			90.972		94.076		96.813
Rate ammortamento mutui			2.185		2.185		2.185
Spese vincolate			800		800		800
Rinnovo contratti e convenz. (di cui 2265 contratto)			2.655		2.655		2.655
Emergenza sanitaria			700		700		700
Fondo di riequilibrio			400		400		400
Totale spesa sanitaria			97.712		100.816		103.553
Entrate proprie			1.850		1.900		1.950
Partecipaz.reg.stat.spec.			3.230		3.300		3.400
Contributi sanitari			50.484		52.000		53.300
F.S.N.			42.148		43.616		44.903
Totale risorse disponibili			97.712		100.816		103.553

EVOLUZIONE TEMPORALE DEL RAPPORTO SPESA SANITARIA PUBBLICA SUL PIL

(valori in percentuale) *

PAESI	1988	1989	1990	1991	1992
BELGIO	6,84	6,78	6,80	6,85	7,05
DANIMARCA	5,48	5,40	5,23	5,32	5,37
FRANCIA	6,40	6,51	6,55	6,72	6,79
GERMANIA	6,53	6,00	5,96	5,70	5,80
GRECIA	4,12	3,99	4,15	4,42	4,92
IRLANDA	5,19	4,89	5,04	5,56	5,84
ITALIA	5,73	5,72	6,15	6,44	6,34
LUSSEMBURGO	6,59	6,19	6,39	6,29	6,63
OLANDA	5,85	5,72	5,73	6,00	6,33
PORTOGALLO	4,11	4,15	4,10	4,36	4,64
REGNO UNITO	5,42	5,00	5,17	5,44	5,77
SPAGNA	4,93	5,06	5,30	5,48	5,92
U.E.	5,60	5,45	5,55	5,71	5,95

*) I valori presi a riferimento sono espressi in unità di moneta nazionale

Fonti: OECD, OECD Health Systems - Vol. I, Paris 1993 e aggiornamenti uffici statistici

Per l'Italia: Ministero del Bilancio, Relazione generale sull'andamento economico del Paese, vari anni

Per il 1992, i dati per i paesi UE sono provvisori