

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

### INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

22° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 3 APRILE 1984

**Presidenza del Presidente BOMPIANI  
indi del Vice Presidente TROTTA**

**INDICE****Audizione dei rappresentanti della Confederazione generale dell'industria italiana**

PRESIDENTE:			
— Bompiani (DC) .....	Pag. 3, 9, 14 e <i>passim</i>	BONANNO .....	Pag. 11, 32, 33
— Trotta (PSI) .....	35	CAMPARI .....	12, 34
ALBERTI (Sin. Ind.) .....	18	MATTEI .....	3, 24, 28
BOTTI (PCI) .....	20	MUSCOLO .....	9, 29, 30 e <i>passim</i>
IMBRIACO (PCI) .....	16, 31, 32 e <i>passim</i>	SCOTTI .....	7, 27, 28
MELOTTO (DC) .....	15, 28, 30		
TROTTA (PSI) .....	14		
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.) .....	21		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Confederazione generale dell'industria italiana il dottor Franco Mattei, vice presidente, il dottor Paolo Annibaldi, vice direttore generale, il dottor Romano Bedetti, vice direttore, il dottor Ivo Contente, il dottor Felice Scotti e l'ingegner Marco Campari, membri del comitato interassociativo per la riforma sanitaria, il dottor Sergio Gelmi, dell'ufficio rapporti con il Parlamento, il dottor Domenico Muscolo, direttore generale della Farminindustria, il dottor Andrea Moretti, responsabile dell'ufficio studi della Farminindustria, ed il dottor Francesco Bonanno, vice presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16,40.*

**Presidenza  
del Presidente BOMPIANI**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È oggi in programma, l'audizione dei rappresentanti della Confederazione generale dell'industria italiana.

*Vengono quindi introdotti il dottor Franco Mattei, il dottor Paolo Annibaldi, il dottor Romano Bedetti, il dottor Ivo Contente, il dottor Felice Scotti, l'ingegnere Marco Campari, il dottor Sergio Gelmi, il dottor Domenico Muscolo, il dottor Andrea Moretti e il dottor Francesco Bonanno.*

**Audizione dei rappresentanti della Confederazione generale dell'industria italiana**

PRESIDENTE. Ringraziamo i nostri ospiti per la loro partecipazione e ci scusiamo se abbiamo più volte spostato la data di questo incontro, ma vi è stato un periodo di lavoro parlamentare assai intenso che ha modifica-

to anche i nostri programmi. Comunque, siamo lieti di poterli ascoltare quest'oggi in una delegazione numerosa e qualificata.

La documentazione che abbiamo inviato contiene gli argomenti fondamentali su cui verte la nostra indagine e sui quali desideriamo conoscere l'opinione di tutti, per fare il punto sulla situazione del Servizio sanitario nazionale e predisporre i provvedimenti che questa Commissione e, in generale, il Parlamento riterranno più opportuni per una migliore evoluzione di questo servizio.

Invito pertanto il dottor Franco Mattei, il dottor Felice Scotti, il dottor Domenico Muscolo, il dottor Francesco Bonanno e l'ingegner Marco Campari ad esporre le loro opinioni sull'argomento in questione. Agli interventi degli auditi faranno seguito le domande che i senatori vorranno loro rivolgere e alle quali replicheranno i nostri ospiti.

Lascio pertanto la parola al dottor Franco Mattei.

*MATTEI.* Signor Presidente, anzitutto ringrazio sentitamente la Commissione sanità del Senato per l'invito che ha rivolto alla Confindustria. L'argomento in questione è infatti di grande importanza per noi — e ne specificherò le ragioni — e ciò giustifica anche la nostra ampia delegazione, che è pronta a rispondere alle vostre domande, anche se non interverranno tutti i componenti.

Non potendo probabilmente esaurire in questa sede le questioni relative a tale argomento, abbiamo ritenuto opportuno preparare un *dossier* che riassume le nostre posizioni e che depositeremo presso la segreteria della Commissione. Cercheremo di riassumere quindi il contenuto di questo documento.

Come probabilmente i Commissari ricordano, la Confindustria si è interessata particolarmente ai problemi della sanità nel quadro più ampio della spesa pubblica e della sua gestione. Abbiamo presentato i nostri studi in un recente convegno a Vicenza, studi che sono già stati pubblicati e che mettiamo a disposizione della Commissione. Se il signor Presidente permette, vorrei inviarne una copia a tutti i membri della Commissione.

Vorrei subito precisare quali sono i nostri interessi e anche le nostre preoccupazioni per quanto riguarda il sistema sanitario in Italia. Direi che prima di tutto abbiamo un interesse di cittadini — e di un segmento, credo, abbastanza importante dei cittadini di questo paese, trattandosi di persone che hanno responsabilità che vanno oltre quelle delle proprie imprese — per il migliore andamento del sistema. Da questo punto di vista, condividiamo la generale insoddisfazione del paese per l'attuale funzionamento del Sistema sanitario italiano.

Vorrei premettere che la nostra organizzazione vuole che sia mantenuto il sistema di assistenza sanitaria così come delineato dalla riforma, che nei suoi principi, in sostanza, qualifica la nostra democrazia. Quindi, le nostre critiche sono costruttive, cioè non sono dirette a distruggere il sistema ma a farlo funzionare meglio per la soddisfazione di tutti i cittadini-utenti.

Uno dei punti fondamentali su cui si deve soffermare la nostra attenzione e quella dei riformatori della riforma — se mi è consentita questa espressione — è il costo del sistema sanitario pubblico, che oggi, secondo le nostre valutazioni, è di 40.000 miliardi per il 1984, cioè apprezzabilmente superiore a quello che emerge dalla legge finanziaria. Possiamo discutere quanto vogliamo se è troppo o troppo poco rispetto al nostro reddito nazionale, però certamente non possiamo non condividere le critiche rivolte all'efficienza di questo sistema e l'insoddisfazione degli utenti. Su questo non credo di dover dire niente di più, trattandosi di questioni ben note e comunque già ampiamente trattate.

Oltre all'interesse generale, al quale ho appena accennato, abbiamo poi interessi che sono quelli che più direttamente rappresentiamo. Prima di tutto, gli interessi delle categorie economiche, di cui siamo una parte; vi sono inoltre interessi per il miglioramento del sistema sanitario italiano che ci accomunano ad altre categorie che non sono certo rappresentate dalla Confindustria.

Occorre anzitutto tener presente che la spesa per la sanità si inserisce in una finanza pubblica disastrosa come è quella del nostro

paese. Questo ci impone di contenere la spesa in rapporto al reddito nazionale e, contemporaneamente, un notevole sforzo per aumentare l'efficienza della spesa stessa in termini di soddisfazione dei cittadini-utenti.

Abbiamo un sistema che è nato certamente molto imperfetto. Del resto, ciò è abbastanza normale per ogni nuovo sistema ambizioso nei fini come la riforma sanitaria; ma le imperfezioni del nostro sistema sono assai gravi per il suo funzionamento e per gli interessi di tutte le categorie, cioè non solo di quelle più direttamente collegate al sistema sanitario ma anche di tutti i cittadini.

Una delle imperfezioni del nostro sistema sanitario è dovuta al problema del finanziamento. Mentre in altri paesi il sistema sanitario è finanziato dalla generalità dei cittadini, secondo i principi propri dell'imposizione di ogni paese in cui hanno un peso importante le imposte progressive sul reddito, in Italia si è invece adottato, forse si può anche dire che si è dovuto adottare, un sistema misto di finanziamento basato sia sulla fiscalità generale sia sulla fiscalità contributiva delle diverse categorie.

Quindi, abbiamo un sistema nazionale che vuole assicurare uguaglianza di prestazioni, con contributi differenziati per le varie categorie di cittadini: mi riferisco soprattutto a quanto accade per il personale dipendente. Ci sono variazioni da settore a settore senza nessuna giustificazione. La sola giustificazione è data dal fatto che si riteneva che alcune categorie di lavoratori dipendenti potevano essere gravate dei contributi per il Servizio sanitario nazionale, cosa che non avviene in altri sistemi. Questo è certamente uno dei primi difetti del nostro sistema di sanità pubblica, ma non è sicuramente un problema facile da risolvere, soprattutto in un momento in cui la riforma del settore sanitario deve avvenire in una situazione di particolari difficoltà nel riuscire a trovare entrate fiscali che coprano il disavanzo pubblico (di cui quello del settore sanitario è parte non trascurabile). Questo chiaramente è un interesse delle categorie economiche, compresi i lavoratori dipendenti che si trovano diversamente gravati per il finanziamento del Sistema sanitario nazionale. Non ha importanza,

infatti, che i contributi figurino come costi per le imprese o siano pagati con prelievi sui salari: è chiaro che quello che si eroga in contributi non lo si può dare in termini di salari. Non ha importanza su quali conti vanno a finire; resta il fatto che i dipendenti hanno carichi diversi per un servizio di carattere nazionale.

L'altro punto che interessa tutte le categorie economiche è che abbiamo un sistema globalizzante dell'attività sanitaria, che è stato creato senza quel minimo di cautele e di attenzioni necessarie per far funzionare un sistema che avrà un fatturato l'anno prossimo di 40.000 miliardi, il 7 per cento del reddito nazionale. Ancora oggi manca un sistema organizzativo che assicuri non dico la migliore efficienza della spesa ma addirittura la conoscenza di questa spesa. Naturalmente, si tratta di uno dei gravi difetti d'origine della nostra riforma sanitaria.

Come categoria economica soffriamo del fatto che in questo disordine del sistema dal punto di vista fondamentale delle entrate e delle spese si finisce per ritrovare un equilibrio facendo debiti sommersi che non appaiono, che non riusciamo a fare emergere proprio per le incompletezze — «incompletezze» è un termine molto tenue — del Sistema sanitario nazionale sul punto fondamentale della spesa. Vorrei fare un esempio forse un po' al limite ma tutt'altro che trascurabile: proprio questa mattina ho ricevuto la comunicazione di un'azienda termale che ha crediti nei confronti delle unità sanitarie locali pari al 70 per cento del fatturato. Tradotto in termini di costi, il finanziamento che le imprese sono costrette a fare al Servizio sanitario nazionale è pari, in un caso che, ripeto, spero sia veramente un caso limite, ad un terzo del costo del personale per questo esercizio; in altri termini, per quell'impresa il costo per finanziare il sistema nazionale è pari ad un terzo del costo del personale. Questa situazione dei ritardi nei pagamenti, sulla quale riferirà anche il dottor Scotti, è problema veramente di disordine e di mancanza di funzionalità, addirittura di credibilità del sistema pubblico. Esso ha il diritto di consumare ma non di pagare, di acquistare e di non pagare. Per far fronte a

questo debito sommerso qualche misura è stata introdotta con l'ultima legge finanziaria, che prevede però una procedura particolarmente pesante, e con un recente decreto-legge. Il provvedimento appare però del tutto insufficiente nei suoi termini quantitativi e forse anche qualitativi per far fronte a quello che è successo negli anni precedenti, in particolare nel 1983. La situazione debitoria si sta ricostituendo giorno per giorno e probabilmente alla fine del 1984 ci troveremo con un arretrato dei debiti sommersi superiore a quello ingentissimo, anche se non perfettamente conosciuto, che ci siamo trovati alla fine del 1983.

Questo è un problema che interessa tutte le categorie economiche; riguarda i farmacisti, gli industriali, le case di cura private convenzionate, eccetera. Interessa, se mi è consentito ricordarlo in questa sede, la gestione corretta del nostro sistema democratico, che dovrebbe prevedere l'impossibilità per gli enti pubblici di fare spese cui non corrispondono stanziamenti di bilancio. È quello invece che è avvenuto e continua a succedere. Dobbiamo rincorrere il passato per poter pagare quello che è già stato speso; questo determina, se mi è consentito usare questa espressione, una non veridicità dei conti pubblici sui quali tanto si discute e che è argomento sostanziale della politica del Governo. Questi conti pubblici nella fase preventiva e consuntiva non rispecchiano la realtà che emerge poi, un poco alla volta, attraverso sistemi di ripianamento.

Come industriali abbiamo ovviamente interessi particolari: ho già citato, sia pure *en passant*, quelli della categoria dell'industria impegnata nel settore termale che produce servizi richiesti dal Servizio sanitario pubblico. Abbiamo il problema dell'industria farmaceutica su cui si soffermerà il dottor Muscolo, direttore generale della Farindustria.

C'è poi una questione che riguarda tutti i lavoratori dipendenti — ci interessiamo ovviamente in modo particolare del sistema industriale, ma non possiamo dimenticare che esistono altri settori che fanno parte dell'economia del nostro paese e con i quali l'industria deve convivere —: quella del controllo delle assenze per malattia.

Un altro problema che riguarda il funzionamento del Servizio sanitario è quello relativo alle case di cura private; su questo argomento parlerà il dottor Bonanno, vice presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata. Io non potrei che anticipare quello che sarà detto da altri.

Il settore dell'industria farmaceutica richiede molta attenzione anche perchè ha le caratteristiche più avanzate dei settori produttivi industriali e proprio le incertezze e a volte le improvvisazioni sulla domanda pubblica dei farmaci determinano conseguenze che possono essere estremamente gravi.

È una mia espressione favorita, anche se forse un po' logora, l'ho ripetuta infatti troppe volte, ma ho l'impressione, alle volte, che la riforma della riforma sanitaria sia fatta un po' con la stessa improvvisazione con la quale fu fatta la riforma sanitaria, cioè secondo le strade della minore resistenza, dando un colpo al prontuario, introducendo un nuovo *ticket*, ma senza aver ben chiari gli obiettivi. Forse sarebbe più corretto dire — per non ribadire il concetto che dicevo prima — «l'adattamento della riforma», tenendo conto di quello che si è verificato, e fare il possibile affinché la riforma possa funzionare secondo gli obiettivi che si era prefissi.

Abbiamo un problema che credo debba diventare un po' il punto finale della nostra presentazione. Si tratta dell'organizzazione del Servizio. L'ingegner Campari poi parlerà di questo particolare aspetto.

Noi abbiamo un sistema che ha — scusate se adopero dei termini aziendali, ma mi pare che essi rispecchino bene il problema — un fatturato di 40.000 miliardi. Questo fatturato viene prodotto in sei o settecento USL, il che significa che mediamente ogni USL, con le differenze fra quelle che spendono di più e quelle che spendono di meno, è un'azienda di 60-70 miliardi di fatturato, cioè un'azienda di una certa dimensione che nel settore industriale, o in qualsiasi altro settore, considereremmo un'azienda in cui è estremamente importante la funzione del *management*.

Allora è chiaro che non possiamo sperare di raggiungere alcun risultato di normalizzazione del settore oltre che di riduzione dei costi se non organizziamo questo sistema,

questa azienda di erogazione, con la stessa attenzione con la quale organizziamo le aziende di produzione. Per far questo il problema del *management* è assolutamente prioritario.

L'attuale struttura creata dalla riforma non consente l'organizzazione razionale di questi centri di produzione e di erogazione dei servizi. Su questo credo che nessuno possa avere dei dubbi ma, ad un certo punto, mi pare che bisogna pur prendere delle decisioni in questo senso e delle decisioni anche abbastanza urgenti, perchè, dicevo prima, la valutazione che noi possiamo fare del costo del sistema sanitario pubblico per questo anno è dell'ordine di 40.000 miliardi. Devo dire, però, che facendo questa stima non riesco a valutare a pieno l'effetto che avrà sulla cassa il problema dei pagamenti degli arretrati che è cominciato ad emergere e che il decreto di alcuni giorni fa — non ricordo più la data, si tratta di quello che è stato pubblicato e che ho visto solo stamattina nel suo testo integrale — risolve solo molto parzialmente. Allora, come facciamo?

È chiaro che non è previsto nei conti dello Stato, nè in termini di competenza, nè in termini di cassa, che si possa sostenere una spesa di questo genere. Può darsi che abbiamo un po' esagerato, che invece di 40.000 i miliardi da spendere saranno 38.000, ma non credo che saremo, poi, molto distanti da queste cifre. Infatti c'è anche il problema del pregresso al quale, per ora, si è provveduto con una cifra che è dell'ordine di 2.700 miliardi, ma che abbiamo ragione di ritenere sia almeno effettivamente tre volte tanto, e quindi sia più vicina ai 7.000-8.000 miliardi che ai 2.700 miliardi.

Allora, per poter aiutare a colmare questo buco, questa sopravvenienza passiva nei conti dello Stato, crediamo che si debba cominciare immediatamente ad operare sulle strutture di base, cioè sulle USL per cercare di introdurre quegli elementi in primo luogo di conoscenza (perchè se non siamo in grado di sapere come abbiamo speso l'anno scorso, ci sarà molto difficile sapere cosa potremmo spendere quest'anno) e poi di organizzazione in forme aziendali.

Credo che nella situazione attuale delle

USL, tenuto conto dei principi generali del nostro ordinamento amministrativo, la maggior parte — o una buona parte — delle USL, oggi meriti il commissariamento. Siamo convinti che soltanto un provvedimento di questo tipo, preso abbastanza rapidamente, possa consentire che la situazione non peggiori. Mi rendo conto che si tratta di un'affermazione abbastanza recisa, però la situazione, come è attualmente, richiede provvedimenti recisi come quello cui ho accennato.

Se pensiamo, poi, che solo da poco tempo funzionano — o forse ancora non funzionano — i revisori dei conti nelle USL, abbiamo la conferma di quello che dicevo all'inizio, cioè che la struttura del sistema sanitario è nata in modo disordinato.

Non si può immaginare che un ente pubblico, come in definitiva sono le USL, abbia funzionato per quattro anni senza avere dei revisori dei conti. Oggi questi sono diventati un elemento fondamentale anche per dare esecuzione al decreto che prima menzionavano.

Le USL sono organismi che hanno un potere direzionale di tipo più assembleare che manageriale. Credo che basterebbe il fatto dell'impossibilità, o estrema difficoltà, di avere consuntivi per poter giustificare il commissariamento di molte USL.

Non dico questo solo in termini provocatori per sottolineare il problema del *management* delle unità di base, lo dico perchè ne sono convinto personalmente.

Naturalmente, signor Presidente, ho saltato molte altre cose ed ho già detto che le consegneremo un *dossier*. Siamo quindi a disposizione per le domande e, se lei lo ritiene, passerei la parola ai membri della delegazione.

Vorrei iniziare con il cedere la parola al dottor Scotti che parlerà sul problema dei rapporti tra l'industria, in quanto fornitrice del Servizio sanitario nazionale, ed il Servizio nazionale stesso.

SCOTTI. Onorevoli senatori, devo premettere che la riforma della riforma è voluta da chi vuole salvare la riforma, e noi siamo tra questi. In secondo luogo ritengo opportuno

ricordare che mentre la riforma sanitaria è stata pensata in un periodo di *boom* economico, con speranze di disponibilità scandinave, viene ora realizzata e gestita con le scarse risorse attualmente reperibili.

Il nostro Servizio sanitario nazionale non è, come molti pensano, ispirato al modello inglese; si tratta, in pratica, di un servizio sanitario regionale gestito autonomamente a livello locale.

L'USL, che ne costituisce la struttura di base, non è sufficientemente definita giuridicamente e non è concepita in forma omogenea su tutto il territorio nazionale. Da ciò, derivano differenze di prestazioni e differenze di livelli di assistenza in netto contrasto con le premesse della riforma.

La gestione, da cui dipendono gli effetti economici, è attualmente basata essenzialmente su un'assemblea, di carattere politico, che dovrebbe sviluppare il governo delle USL attraverso la programmazione. Spesso si dimentica che la programmazione ha tre componenti: quella di indirizzo, esclusivamente politica; quella di formulazione, che è essenzialmente tecnica e quella di attuazione, che è eminentemente manageriale. Le attuali strutture, così come previste con una formula ibrida a livello di poteri e di compiti dell'assemblea, e del comitato di gestione, non esprimono, salvo le formali attribuzioni al presidente, nessuna precisa responsabilità. Non essendovi nessun dirigente responsabile risulta preclusa ogni tipica azione di managerialità. Se non cominciamo col mettere ordine nelle strutture, non riusciremo a risolvere i problemi conseguenti.

Desidero parlare ora della situazione dei fornitori del Servizio sanitario nazionale. Vi sono leggi dello Stato che prescrivono il pagamento a novanta giorni; attualmente la media dei pagamenti supera i trecentocinquanta giorni. L'industria nazionale ed in particolare quella che si occupa delle tecnologie più sofisticate nel settore delle apparecchiature, ha la vitale esigenza di operare sul mercato internazionale, perchè il suo bacino di mercato non può essere inferiore ai 150-200 milioni di utenti. Questa industria si trova ad operare in condizioni di netta inferiorità nei confronti di tutte le aziende stra-

niere concorrenti. Il capitale che noi impegnamo per un mese di fatturato lo incassiamo dopo dodici mesi, mentre le aziende estere nei loro paesi lo incassano nel termine massimo di tre mesi. Di conseguenza il nostro impegno di liquidità, in un paese in cui, come è noto, la liquidità è carente, è almeno quattro volte superiore a quello che si verifica negli altri mercati del mondo occidentale.

Per il 1984, la spesa prevista è di circa 38.500-40.000 miliardi. Non è una nostra affermazione, è una valutazione del coordinamento delle Regioni ed è accettata anche dal Ministero della sanità, del cui comitato di programmazione sanitaria cui faccio parte. Il finanziamento è stato previsto in 34.000 miliardi, che non sono reali perchè 800 miliardi sono stati accantonati. Siamo, quindi, a 33.200 miliardi. Per la differenza di 6.000 miliardi, circa 500 miliardi al mese, è stato ipotizzato un recupero attraverso determinati provvedimenti che, a tutt'oggi, non sono stati compiutamente predisposti. Ne consegue che solo nel primo trimestre di quest'anno, cioè dal 1° gennaio al 31 marzo, abbiamo già accumulato potenzialmente 1.500 miliardi di disavanzo, non recuperabili attraverso provvedimenti futuri. Ricordiamo in merito che la sanità in Italia costa circa 600.000 lire *pro capite*. I cosiddetti disavanzi sommersi, che il Tesoro sistematicamente non considera perchè non ufficialmente definiti, gravano pesantemente sull'autonomia nazionale ed hanno raggiunto, per il settore sanitario, importi stimati fra un minimo di 7.000 ed un massimo di 12.800 miliardi. Ora, a fronte di tali disavanzi, il decreto-legge del 28 marzo, mette a disposizione per il corrente anno circa 980 miliardi, praticamente un settimo del debito già maturato secondo la valutazione minima al 31 dicembre 1980. Il costo degli altri 6.000 miliardi di differenza per il 1984 graverà sull'economia nazionale e rappresenterà l'ulteriore finanziamento che i vari creditori, fra cui le aziende fornitrici, forzatamente ed illegalmente, dovranno prestare al Servizio sanitario nazionale. La nostra preoccupazione è data dal fatto che nel solo primo trimestre del 1984 si accumula un disavanzo pari al doppio di quanto sarà erogato nel corso di tutto l'anno per l'estin-

zione dei debiti pregressi. Non sappiamo cosa pensare dell'avvenire di quei settori dell'industria italiana che hanno nel Servizio sanitario il loro unico cliente, come la radiologia, le tecnologie chirurgiche, le apparecchiature di laboratorio, eccetera. Queste sono le nostre gravissime preoccupazioni. Teniamo comunque a sottolineare che siamo convinti assertori di una efficiente assistenza sanitaria che, in quanto tale, riduca l'assenteismo, migliori la prevenzione e consenta significativi recuperi di produttività, dal momento che la produttività è il nostro mestiere.

Desidero ricordare che la riforma prevedeva il proprio totale finanziamento attraverso il sistema fiscale. Attualmente ciò avviene per il 60 per cento attraverso il prelievo contributivo e per il 40 per cento mediante ricorso al debito pubblico. Tra l'altro, nel primo trimestre di quest'anno, si è verificata una crisi particolare di finanziamento per la ritardata emanazione del decreto del Ministro del tesoro. Di conseguenza solo a marzo inoltrato i fondi sono pervenuti alle tesorerie delle USL. In pratica, nel primo trimestre di quest'anno la più grande attività di tutti gli amministratori delle USL è stata la ricerca delle anticipazioni necessarie al pagamento degli stipendi ai dipendenti.

Concludendo, esaminiamo gli equivoci di fondo della riforma. Primo: rinunciare chiaramente al concetto scandinavo del «tutto a tutti gratuitamente» e scegliere realisticamente le prestazioni di base che il Servizio sanitario deve assicurare. Secondo: definire se il Servizio sanitario deve essere una struttura autonoma a livello di ente locale e stabilire chiaramente la funzione delle Regioni eliminando le attuali soluzioni pluridiversificate. Ricordiamo pure che le nostre leggi del comparto sanitario si limitano a prescrivere solo termini ordinativi anzichè perentori per la presentazione dei bilanci, delle certificazioni, dei dati statistici, eccetera. Tali termini sono a livello di «grida manzoniana». Se vogliamo la managerialità occorre maggior rigore per cui si dovrebbe stabilire che, oltre a non erogare finanziamenti, le assemblee o i comitati di gestione, che non hanno ottemperato alle disposizioni



di legge, in materia di termini per atti dovuti, decadono con relativa nomina del commissario. In questo modo si solleciterebbe e incrementerebbe la managerialità, in forma concreta, altrimenti le inadempienze verrebbero di fatto istituzionalizzate compromettendo e scoraggiando il buon governo delle pubbliche strutture.

**PRESIDENTE.** Interverrà ora il dottor Domenico Muscolo, direttore generale della Farminindustria.

**MUSCOLO.** Poichè nel *dossier* confederale è predisposta anche una nota relativa alla prestazione farmaceutica, mi limiterò a sottoporre all'attenzione della Commissione tre punti che mi sembrano degni di nota: il primo riguarda l'impatto che la riforma sanitaria ha avuto sulla prestazione farmaceutica, cioè cosa è cambiato dal 1978 ad oggi; il secondo riguarda gli interventi che lo Stato nel frattempo ha posto in essere, sia in senso disciplinare che in senso politico; il terzo, qual è la strada che si prospetta per l'avvenire.

Il primo punto merita considerazione perchè la qualificazione del Servizio sanitario è tuttora oggetto di ampie discussioni. La domanda che noi ci poniamo — e che sottoponiamo alla vostra attenzione — è quale sia il livello di qualità della prestazione farmaceutica. La riforma sanitaria ha tracciato determinati obiettivi, la legge che l'ha preceduta, mi riferisco alla legge n. 484 del 1978, ha fissato precisi criteri.

A noi sembra che, pur con aspetti contraddittori, la prestazione farmaceutica sia in Italia al livello di tutti gli altri paesi avanzati. Per fare un paragone molto semplice non ci risulta che, mentre per la prestazione ospedaliera talvolta scatta il meccanismo di ricorrere alle organizzazioni degli altri paesi perchè ritenute più confortevoli o più avanzate, per la prestazione farmaceutica questo problema si ponga. La disponibilità farmacoterapeutica del nostro paese è all'incirca la stessa della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

Prima di intrattenermi su questo aspetto vorrei chiarire un punto riguardante il lato

economico. La prestazione farmaceutica dal 1978 ad oggi è rimasta pressochè costante come quota del prodotto interno lordo. L'incremento è stato appena dello 0,03 per cento, siamo cioè passati da un'incidenza dello 0,81 ad un'incidenza dello 0,84 per cento. Ovviamente in termini assoluti l'incremento c'è stato ed è stato, dal 1978 ad oggi, del 151 per cento, ma, come dicevo prima, non ha intaccato il prodotto interno lordo.

Sul piano tecnico, qual è stata la qualità di questa prestazione? Può essere indicativo il riferimento ai diciannove gruppi farmacoterapeutici in cui si divide, anche per classificazioni statistiche, la produzione dei farmaci: per dodici gruppi l'Italia ha un consumo intermedio rispetto a quello dei paesi che abbiamo preso a confronto, cioè la Gran Bretagna, la Francia e la Germania; per cinque gruppi, di cui poi parleremo, il consumo in Italia è il più alto; per due gruppi farmacoterapeutici, invece, vi è un consumo minimo, al di sotto di quello degli altri paesi europei.

Tra i cinque gruppi per i quali si registra il consumo maggiore, e richiamo l'attenzione di quei Commissari che sono anche medici, vanno segnalati colagoghi, epatoprotettori, vitamine, antianemici. Faccio riferimento a questi gruppi perchè si tratta di gruppi normalmente oggetto di contestazione e il cui consumo è in fase di decremento notevole: i colagoghi, che incidevano per esempio per il 5,1 per cento sui nostri consumi interni, sono scesi al 3,9; le vitamine dal 4,6 al 3,2; gli antianemici dal 2,2 al 2,1. Ciò significa che probabilmente nell'arco di qualche anno i consumi italiani si livelleranno, come incidenza, con quelli degli altri paesi. Questi farmaci esistono anche negli altri paesi della Comunità ed era il maggiore consumo nel nostro paese ad attirare l'attenzione.

Per quanto riguarda il problema della qualità della prestazione vorrei aggiungere che le linee che anche il Parlamento ha tracciato hanno avuto effetto nel nostro settore. Mi riferisco in particolare alla legge n. 484 sopra ricordata che, fra i criteri di formazione del prontuario, ha sottolineato l'indirizzo di privilegiare i farmaci monocomposti rispetto alle associazioni.

Ebbene dopo la riforma la situazione si è rovesciata: su 26.677 confezioni, nel periodo antecedente, solo il 37,4 per cento era formato da monocomposti e il 62 per cento da associazioni. Nel 1983 su 12.650 confezioni, che nel frattempo si sono più che dimezzate, il 70,9 per cento è formato da monocomposti e solo il 29,1 per cento da associazioni. Quindi l'indirizzo che il Parlamento ha tracciato ha trovato attuazione. Se vi sarà tempo, potrò inoltre indicare il livello attuale dei prodotti originali sul fatturato delle imprese italiane e, nel loro ambito, quanti con minimo, medio od alto valore terapeutico.

Sono, invece, abbastanza noti i riflessi di carattere economico del settore farmaceutico per quanto concerne gli incrementi apportati, per esempio, al prodotto lordo o all'occupazione, alla ricerca, alla bilancia tecnologica o alla bilancia commerciale. Vorrei fornire i dati riguardanti il prodotto lordo per mostrare come l'industria farmaceutica abbia dato, nel periodo che va dal 1970 al 1982, il più alto incremento con un indice di 825, preso a base l'indice 100 per il 1970, mentre quello del prodotto interno lordo globale è stato di 747.

L'altro dato che vorrei fornire riguarda l'occupazione, sempre dal 1970 al 1982. L'apporto che ha dato l'industria farmaceutica all'occupazione, considerato sempre 100 l'indice del 1970, è stato di 117,6 quando l'occupazione complessiva nel nostro paese è cresciuta del 110,7. Questi dati confermano quello che il dottor Mattei ha indicato nella sua relazione, quando ha parlato del settore farmaceutico come settore di carattere strategico. Del resto si tratta di una configurazione che lo Stato ha già fatto attraverso il piano dell'industria chimica fine, in cui ha considerato questo settore come un settore da sviluppare per il suo alto valore tecnologico e soprattutto per le potenzialità che nascono dalle prospettive di mercato mondiale dato che l'espansione del consumo dei farmaci è valutata per il 1999 in 250 miliardi di dollari contro i 75 miliardi di dollari del 1980.

Qual è — e vengo al secondo punto — invece il comportamento dello Stato al riguardo? Diciamo che sul piano delle dichia-

razioni di principio, è lineare, riconoscere, appunto, il valore strategico del settore e le intenzioni sono altrettanto coerenti: revisione corrente dei prezzi, aggiornamento del prontuario in tempi contestuali alla registrazione dei nuovi farmaci. Sul piano pratico abbiamo, invece, una crescita della situazione di incertezza.

Non mi soffermerò su questo punto perchè basta rifarsi alle vicende dell'ultima legge finanziaria, che del resto avete vissuto in prima persona, per vedere come la determinazione del «tetto» dei 4.000 miliardi per la spesa farmaceutica non sia nata (almeno noi non siamo riusciti a comprenderne il calcolo economico) da alcuna motivazione precisa. Non sappiamo perchè il «tetto» sia stato fissato in 4.000 miliardi piuttosto che in 3.800 o in 4.200.

Gli altri dati si riferiscono al fatto che sia stato caricato ad esempio, sulla voce «farmaceutica» un risparmio del 40 per cento del risparmio complessivo attinente la voce sanitaria, quando questo settore, a parte i contributi che dà sul piano economico, incide poi sulla spesa totale per il 15 per cento.

L'ultima incertezza nasce dalla inadeguatezza del finanziamento nei confronti delle farmacie, con lo stato di disagio che deriva alla popolazione ed alle forniture industriali nell'ambito ospedaliero di cui del resto il dottor Scotti ha prima parlato. Mi avvio alla conclusione esprimendo l'opinione che, a breve termine, la soluzione non può che consistere in una revisione del Fondo sanitario nazionale. Non è pensabile che, non avendo attuato a tutt'oggi le indicazioni della legge finanziaria per il 1984, il programma di 4.000 miliardi sia realizzabile. Era già di difficile attuabilità al 1° gennaio del 1984, lo è chiaramente ai primi di aprile visto che la situazione è rimasta immutata.

Ma sul medio e lungo termine, quali sono le indicazioni che possono provenire dal nostro settore? Su questo punto vorremmo dissolvere alcuni *slogans* che si sono formati nel passato. Vorrei chiarire che le imprese farmaceutiche non vengono messe in crisi se dai mutamenti del prontuario terapeutico si delinea un trasferimento dal «mercato pubblico» a quello privato.

Diciamo che il problema consiste nella carenza di programmazione a questo riguardo e di modalità che non deformino le regole di mercato.

Noi riteniamo che lo Stato, così come ha disegnato la domanda pubblica nell'arco di più anni attraverso la struttura del prontuario terapeutico, debba ora ridisegnare tale domanda con la stessa gradualità. È certamente di competenza politica stabilire quali debbano essere le prestazioni farmaceutiche da erogare attraverso il Servizio sanitario nazionale, ma le modificazioni della domanda pubblica — in qualunque modo lo Stato intenda ridelinearla — devono avvenire senza creare scompensi, cioè non si devono creare, per effetto del trasferimento di prescrizioni da farmaci esclusi ad altri farmaci del prontuario, condizioni di concorrenza squilibrate.

Le condizioni che l'industria farmaceutica ritiene indispensabili per poter seguire la modificazione della domanda consistono nella gradualità e nelle modalità.

*BONANNO.* Ringrazio il dottor Mattei e il dottor Bedetti per aver dato la parola all'Associazione italiana ospedalità privata, (AIOP), facente parte della Confindustria.

Non sto qui ad elencare tutti gli articoli della legge n. 833 che interessano la nostra categoria, in quanto la legge di riforma sanitaria ne prevede moltissimi. Vorrei premettere che l'ospedalità privata non si è mai posta e non si pone nei confronti della legge di riforma in un atteggiamento di rifiuto o di ostruzionismo, ma, al contrario, ne chiede la puntuale, corretta ed integrale attuazione. In fondo in questa audizione presso la Commissione igiene e sanità del Senato si tratta proprio di verificare a che punto è l'attuazione di tale riforma sanitaria.

Le carenze, che oggi notiamo, sono dovute soprattutto alla mancanza di alcune leggi regionali previste dalla legge n. 833, in particolare dagli articoli 43 e 44 che sono gli articoli più importanti al riguardo. Ad esempio, mancano le leggi regionali sui requisiti previsti dall'articolo 43 e nei pochi casi in cui esistono (solo nella Basilicata e nell'Emilia-Romagna) non sono state ispirate da prin-

cipi uniformi e da criteri comuni. Infatti lo Stato non ha ancora esercitato nella materia — con i limiti di cui all'articolo 5 della legge n. 833 — le funzioni di indirizzo e di coordinamento che gli competono. Solo il 24 febbraio 1984 è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* l'atto di indirizzo e di coordinamento sui requisiti minimi di strutturazione e di dotazione per quanto riguarda la qualificazione funzionale del personale dei presidi che erogano prestazioni di diagnostica, strumentale e di laboratorio. Ma ciò è accaduto con un notevole ritardo.

Per quanto concerne l'articolo 26, relativo all'erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche psichiche, lo schema-tipo di convenzione è stato approvato nel novembre scorso ma senza le caratteristiche funzionali dei vari istituti.

Ciò che pesa maggiormente in tutto il territorio nazionale, è la carenza dei piani sanitari regionali e quindi di una seria programmazione del convenzionamento. In presenza di tale carenza moltissime USL a volte si permettono di disdettare le convenzioni a loro piacimento, mentre la legge n. 833 lo permetterebbe solo in base al piano sanitario regionale.

Il punto più grave per l'ospedalità privata — già da parecchi anni ne soffriamo in modo particolare — concerne i flussi finanziari di cui parlava già il dottor Mattei. Tali flussi arrivano alle Regioni, e quindi alle USL, con notevoli ritardi e quando arrivano vengono anche distratti dalla loro finalizzazione. La retta di degenza per le case di cura private dovrebbe essere determinata entro il mese di settembre dell'anno precedente a cui si riferisce. Ciononostante, siamo nel mese di aprile del 1984 e non abbiamo ancora definito la retta per l'anno in corso, un ritardo di otto mesi rispetto a quanto previsto dalla legge e dai decreti; ciò determina un rischio piuttosto grave perchè abbiamo continuato a lavorare dal 1° gennaio al 3 aprile 1984 senza sapere quanto ci verrà pagata una giornata di degenza e ciò interesserebbe per poter formulare le nostre previsioni di bilancio.

Ma anche le Regioni devono predisporre i propri bilanci preventivi e la voce «funzione

di spesa dell'ospedalità privata convenzionata» rimane invariata non essendo stata ancora fissata questa retta che è abbastanza facile da determinare, mediante due parametri ben precisi: costo del lavoro e costo dei consumi e oneri vari. Sul costo del lavoro, recepiamo ormai il contratto pubblico — per l'omogeneizzazione che esiste tra il contratto del personale alle dipendenze dell'ente sanitario privato e quello pubblico — quindi conoscendo le oscillazioni del contratto pubblico la stessa percentuale di incremento dovrebbe essere applicata al settore privato, ciò che in realtà non è mai avvenuto.

Vorrei concludere dicendo che l'ospedalità privata auspica che tutti gli organi pubblici, a livello centrale e periferico, vogliano e sappiano valutare con serenità lo sforzo di collaborazione da essa compiuto dal varo della riforma sanitaria fino ad oggi (non dimentichiamo l'ultimo episodio relativo all'accettazione, per quanto riguarda il 1982 e il 1983, della nuova retta aumentata esclusivamente in base al tasso di inflazione programmato che si è poi verificato non esatto, ciò che porterà le nostre aziende a predisporre bilanci per il 1983 che non consentiranno nemmeno i normali ammortamenti come sarebbe invece auspicabile per qualsiasi impresa).

Occorre quindi un supporto economico tenendo presente l'esigenza di non disperdere assolutamente questo cospicuo patrimonio, che è costituito non soltanto da strutture e attrezzature, ma anche e soprattutto da capacità ed esperienze imprenditoriali, qualificazione professionale e quindi anche posti di lavoro.

*CAMPARI.* Onorevoli senatori, il mio intervento non sarà legato tanto al problema contingente, cioè alla immediata riduzione dei costi, quanto al tentativo di dare un contributo, come ha detto il dottor Mattei, alla riforma della riforma. Io sono un gestore di attività sanitarie, mi sono interessato di sanità ormai da molti anni, ho girato il mondo per studiare i problemi dell'organizzazione in sanità.

A me sembra che i discorsi sui costi, che si fanno costantemente in sanità, siano molto

collegati alle promesse a suo tempo fatte, come ha detto il dottor Scotti, e anche a come stiamo operando. I mezzi finanziari sono, sì, legati a che cosa si dà, ma anche a come lo si fornisce ed io vorrei, nel mio intervento, non tanto analizzare che cosa dovremmo dare coi mezzi a disposizione, quanto come lo dovremmo dare, cioè con quali meccanismi organizzativi. Sotto questa ottica, quando è stata fatta la riforma, si è molto sottovalutata la struttura organizzativa dalla quale si partiva. Quando uno fa delle strategie, in un'azienda come in una struttura pubblica, deve prima verificare da quale situazione organizzativa parte, e quindi individuare quali condizioni operative della struttura siano compatibili con gli obiettivi assegnati. A mio parere sono stati dati obiettivi molto superiori alle capacità organizzative a suo tempo disponibili nella struttura sanitaria. È pertanto indispensabile un momento di riflessione su quali modifiche debbano essere apportate ai meccanismi organizzativi per «riformare la riforma». Sono abbastanza convinto che il primo elemento sia la competizione. Non solo la competizione tra strutture sanitarie private e strutture sanitarie pubbliche, come sempre si dice anche se poi vengono approvate leggi che limitano tale competizione; ma anche e soprattutto tra le strutture sanitarie pubbliche, secondo delle vere e proprie regole di mercato che privilegino il livello di soddisfazione dell'utente, cioè del consumatore, cioè del paziente. Il livello di soddisfazione dell'utente può essere misurato su tre parametri: la qualità, la velocità, il costo del servizio. Questi tre sono, a mio parere, i punti determinanti sui quali si misurano le strutture sanitarie che si sono poste sul mercato con l'obiettivo di attirare e conservare la clientela. Se accettiamo un'ottica di questo genere allora anche i meccanismi di finanziamento devono essere coerenti a tale impostazione.

L'atto del finanziamento determina infatti la strategia, che sia finanziamento del personale, degli investimenti, od altri. Peraltro i meccanismi di finanziamento attuali sembrano privilegiare non le strutture che soddisfano il cliente, ma quelle che non lo soddisfano. Sappiamo che la struttura capace di

attirare più cittadini, inesorabilmente si trova ad incorrere in una quantità di costi al limite, superiori al preventivo; invece la struttura che, dando un cattivo servizio, allontana i pazienti, non incorre in questi costi. Anche il meccanismo della quota capitaria, che da un lato presenta aspetti indubbiamente positivi, dall'altro invoglia ad allontanare l'utente dal servizio medico per ricoverarlo in ospedale, perchè in tal modo si riduce la responsabilità ed il tempo dedicato dal medico senza che si riduca proporzionalmente la quota capitaria. I meccanismi di finanziamento vengono studiati in modo estremamente ampio nei paesi più avanzati affinché siano il più possibile coerenti con la strategia che ci si dà. Se tutto ciò pare accettabile, è allora possibile ipotizzare modelli organizzativi legati alla soddisfazione dell'utente in modo che colui che gestisce le strutture sanitarie sia considerato tanto più bravo quanto più soddisfa l'utente, e quindi quanto più massimizza la velocità e la qualità del servizio a parità di costo, o viceversa riduce il costo a parità degli altri due. Nelle grandi città i meccanismi di competizione tra le USL sono molto semplici perchè la mobilità del paziente tra diverse USL, vista la loro vicinanza, è immediata. In città minori, in Comuni o più Comuni dove il paziente non può scegliere la USL, il livello di soddisfazione può essere misurato con questionari compilati dai pazienti. Il livello di soddisfazione del paziente, sia per quanto riguarda il comportamento del medico, sia per quel che si riferisce al personale paramedico, sia per quanto riguarda la più generale struttura dei servizi, è un elemento fondamentale per verificare se la struttura sta conquistando il cliente o lo sta allontanando. Io credo che questo modello, che non sto ad approfondire perchè è ampiamente descritto nel volume allegato, consente non solo la riduzione dei costi, ma anche la massimizzazione della soddisfazione dell'utente. La riduzione dei costi è fondamentalmente dovuta alla riduzione del numero dei posti-letto per mille abitanti. Una delle cose che temo adesso è il «nuovo» numero «sei per mille abitanti»; per favore, non prendiamolo a riferimento come tempo fa fu preso il 10 per

mille abitanti. Ci sono infatti organizzazioni a livello internazionale di estremo successo che operano con alta soddisfazione dell'utente, con due posti-letto per mille abitanti. Questi dati è bene tenerli presente perchè la dinamica della spesa sanitaria è fortemente legata alla dinamica della spesa ospedaliera. La riduzione di questa spesa può essere fatta solo in fase di pianificazione ed il numero indice dei posti-letto deve essere attentamente valutato. Si sente dire che se in una Regione il numero indice è inferiore a sei posti-letto per mille abitanti la Regione deve investire in posti-letto; io credo che ciò sia un errore perchè annulla il vantaggio del ritardo: chi non è ancora a sei è più fortunato e può investire il denaro nelle direzioni più coerenti con la strategia, creando centri ambulatoriali, di cui sempre si parla nel piano sanitario ma che ancora non si è trovato modo di realizzare, dotati di un buon coordinamento coi medici di base, grazie anche alle moderne tecnologie informatiche che si stanno rapidamente sviluppando. Questi meccanismi integrativi medico-ambulatorio possono ridurre notevolmente la durata di degenza, ma soprattutto il tasso di ricovero. I grandi risparmi che si fanno nelle organizzazioni sanitarie più avanzate sono dovuti più alla riduzione del tasso di ricovero, che alla contrazione della durata di degenza; anche su questo parametro si può lavorare, ma è soprattutto sul primo che si può incidere in modo estremamente efficace. Per ottenere tutto ciò bisogna che l'organizzazione ed il finanziamento delle USL siano coerenti alla strategia adottata. Sulla gestione della USL — qui il dottor Mattei ha già accennato al problema della managerialità — io credo che sia stata fatta una certa confusione. In chiave manageriale, il comitato non può essere un meccanismo di guida e di controllo della USL, bensì solo un meccanismo di integrazione.

Nelle grandi aziende i comitati si fanno quando più *managers* devono essere integrati fra loro, ma poi uscendo dal comitato ogni *manager* ha delle responsabilità ben precise e il capo ha delle responsabilità globali. I meccanismi di guida e di controllo sono tipici dei singoli, i meccanismi di coordinamento

sono tipici dei comitati; nelle USL, invece, abbiamo voluto trasferire al comitato responsabilità di guida e di controllo. Questo non è possibile; queste sono regole d'oro che se si disattendono portano a estrema confusione, a irresponsabilità, a ridurre il livello di soddisfazione del cittadino ed a non preoccuparsi di quanto costa ciò che viene dato. Evidentemente, di fronte alla ipotesi di una gestione manageriale, nasce immediatamente la domanda: ma dove sono questi *managers*? Noi ci permettiamo di ricordare che sono cinque anni che diciamo che bisogna fare delle scuole di formazione. Queste scuole vanno immediatamente fatte; è troppo tempo che se ne parla. Ce ne è qualcuna che è partita in Italia anche in forma embrionale in alcune Università, ma ci sono delle grandi esperienze straniere che vanno colte e che possono essere importate ed adattate: c'è un grosso *know-how* che può essere portato in questo paese e, secondo la mia opinione, non con tanta difficoltà, perchè c'è anche una grossa disponibilità in questo senso. Poichè formare *managers* richiede tempo, credo che sia altrettanto importante creare nel frattempo le condizioni operative affinché il *manager* possa operare.

Ritengo che se si creano condizioni operative gestionali tali per cui i *managers* sanitari possono operare con soddisfazione nelle USL e negli ospedali, si può trovare qualche persona coraggiosa disponibile a provare ed a formarsi al tempo stesso.

Anche nelle aziende accade ciò: non ci sono famose scuole in Italia che sfornano *managers* per l'industria, eppure ci sono persone che lentamente imparano a diventare dei *managers*. Talvolta si sente dire che quest'ipotesi è valida, ma che manca il tempo; credo invece che si possano creare condizioni per le quali il *manager* viene a lavorare e contemporaneamente ad imparare le nuove tecniche manageriali. Del resto, anche la gestione è una buona palestra di managerialità.

Per concludere ritengo non solo che i meccanismi di competizione siano fondamentali in sanità e che i finanziamenti debbano essere coerenti con tali meccanismi ma anche che sia necessario dare alle USL una orga-

nizzazione razionale. Non da ultimo, è necessario finanziare sistemi informativi locali, più che nazionali: il sistema informativo nazionale deve ricevere le informazioni da quello locale, altrimenti è monco. Il sistema informativo locale consente di raccogliere molti dati, tra cui quelli dei costi, consentendo così di predisporre dei *budgets* più corretti.

Inoltre, senza un sistema informativo locale, il *manager* non può gestire nessuna struttura: è questa una delle condizioni più urgenti affinché l'obiettivo gestionale della sanità venga raggiunto.

PRESIDENTE. Ringrazio il vice presidente Mattei ed i componenti del suo gruppo di lavoro, che così efficacemente ha messo a fuoco, sia nella relazione iniziale, come negli interventi successivi, vari aspetti del Servizio sanitario, dimostrando un'obiettiva competenza e un forte impegno a voler collaborare per la soluzione dei problemi del settore.

Passiamo ora alle domande dei senatori.

TROTTA. Tocca a me rompere il ghiaccio. Vorrei porre anzitutto una domanda all'ingegner Campari, di cui ho apprezzato l'estremo pragmatismo e la competenza. Devo premettere che condivido quanto egli ha detto riguardo le capacità professionali di chi deve gestire le unità sanitarie locali e quindi riguardo la managerialità: del resto, anche in altri interventi è stata sottolineata la necessità che le USL vengano rinsanguate con personale che abbia queste caratteristiche e mi pare che da parte di tutti i senatori questa indicazione sia stata recepita.

Desidero soffermarmi sul meccanismo di competizione cui faceva cenno l'ingegner Campari, più precisamente sulle attribuzioni necessarie: la qualità delle prestazioni che deve avere il Servizio sanitario nazionale in competizione con quello di un servizio privato, la velocità ed il costo. È convinto l'ingegner Campari che questi siano gli unici parametri che determinano l'orientamento verso un servizio, piuttosto che verso un altro? Non ravvisa forse l'ingegner Campari anche

altre componenti, che a volte possono essere fondamentali?

Per quanto mi riguarda, credo che occorra tener presente, accanto a queste attribuzioni, che sono quelle fisiologiche, il fatto che molte volte la competitività viene spostata a favore del servizio privato, oltre che dalla mancanza di qualità, di velocità e dal costo del Servizio sanitario nazionale, anche da certi interventi non certo condivisibili. Mi riferisco in particolare a certi tipi di clientelismo, alle tangenti pagate dai privati affinché determinati servizi siano attribuiti a loro; alla presenza nelle strutture private di personale dipendente dalle strutture pubbliche, personale ad alta qualificazione, il quale, anziché prestare la propria attività come dovrebbe fare all'interno delle strutture pubbliche, per ovvie ragioni, preferisce quelle private.

Su questo aspetto desidererei sentire il parere dell'ingegner Campari.

MELOTTO. Desidero ringraziare i rappresentanti della Confindustria per l'audizione di oggi che, al di là di alcune posizioni, che non potevano non essere interessate, ha affrontato dall'ottica delle categorie e degli utenti — quali noi tutti siamo — i problemi di un servizio che, per le cifre che vi vengono spese, dovrebbe essere qualificato, tempestivo e soprattutto ad un costo, se non minimo, almeno compatibile con le risorse generali del paese.

Condivido quanto è stato detto nel senso di considerare l'USL come un'azienda che eroga un servizio e che come tale deve essere organizzata ed amministrata. Questa azienda utilizza servizi propri e servizi convenzionati di natura privata integrativi. Detto questo, la domanda che viene, data la vostra particolare competenza nella gestione di aziende di natura privata, è la seguente: come si gestisce un'azienda di natura pubblica?

Ascoltando l'intervento del dottor Scotti, mi è venuto in mente che manca finora nell'azienda pubblica l'amministratore unico o delegato — che dir si voglia —, cioè colui che riferisce una volta ogni tanto e non una volta al giorno o alla settimana per veder ratificate costantemente le proprie delibere.

Sono profondamente convinto che o il finanziamento privilegia la capacità e l'intelligenza, oppure privilegia gli ultimi: se non creiamo meccanismi di competizione, alla fine, premiamo gli ultimi che attendono e ricevono in egual misura, come chi si dà da fare, scaricando magari su di loro anche i propri affanni. Scavando un po' di più, un'altra domanda è: cosa prevedereste come azienda? Per ora abbiamo tre organi (assemblea, comitato di gestione e presidente), più l'ufficio di direzione, che si autodefinisce *manager* ma che è praticamente emarginato quindi si creano conflitti nel modo di gestire l'USL.

Quindi, anzitutto vorrei chiedere ai rappresentanti della Confindustria quale dovrebbe essere secondo loro — ovviamente, in questo paese e non in altri — data l'esperienza fin qui acquisita anche di altre aziende pubbliche, il modello gestionale dell'«azienda» USL, cioè di un'azienda pubblica che eroga un servizio alla generalità dei cittadini, quindi a tutti, non solo ad una parte come avviene, ad esempio, nel settore dei trasporti, dove molti, avendo la macchina, provvedono direttamente.

Secondo problema, sempre per parlare della competitività; in questi giorni è particolarmente alla ribalta il «rito ambrosiano». Credo che il consiglio regionale della Lombardia stia molto discutendo se mantenere o meno lo scorporo degli ospedali multizonali dalle competenze delle unità sanitarie locali. L'ingegner Campari ha detto che la competitività tra le diverse USL delle grandi città è facile; ritengo, invece, che proprio nelle grandi città essa sia venuta meno. Se consideriamo infatti i tre esempi, credo che, tutto sommato, il servizio nelle grandi città sia un po' «degradato» rispetto al passato.

Quindi, vorrei sapere se l'ingegner Campari sposa la tesi dello scorporo degli ospedali perchè vi è la rottura organizzativa oltre determinati parametri, limiti, di qualsiasi organizzazione, oppure se, in alternativa, viene considerata una struttura più snella che peraltro abbia la globalità della gestione del servizio e quindi la possibilità di essere molto più flessibile nell'adattamento. Infatti, giustamente, a mio avviso, la competitività è

finalizzata al discorso della interrelazione tra medico di base, specialista e ospedale. Anch'io sono d'accordo sul fatto che il sei per mille di posti-letto è solo un parametro indicativo; comunque, questo è dato da una determinata realtà che secondo me, ad esempio, in tanta parte del nostro paese è ancora decisamente inferiore rispetto alle necessità, quando magari abbiamo letti in corridoio e si staziona per un esame che non arriva, perchè dipende soprattutto dagli esami che supportano le scelte riuscire ad accelerare le terapie, altrimenti credo che sia difficile.

Quindi, prevarrebbe la separatezza dell'uno dall'insieme o la globalità? E nel caso della globalità, in quale modo sarebbe intesa, trattandosi di un problema che riguarda soprattutto le medie e le grandi città, cioè USL con un bacino ipotetico di almeno 150.000 abitanti?

Vorrei inoltre chiarimenti sulle proposte della Confindustria in materia di finanziamento. Come si renderebbe competitivo il discorso del finanziamento, fatte salve alcune finalità particolari, che ovviamente attonano a momenti di squilibrio che esistono in questo paese? Come sarebbe finalizzato il finanziamento e quali sarebbero le responsabilità a livello locale sia degli utenti sia degli amministratori, e quando parlo di amministratori parlo di struttura in genere e quindi anche, ovviamente, del *manager*, eccetera?

Infine, vorrei fare una domanda sul servizio farmaceutico. Non le pare, dottor Muscolo, che oggi tale servizio concorra soltanto ad allargare la spesa, senza controlli? Tra l'altro, consideriamo che il farmacista è partecipante a percentuale, e quindi oggi deve raggiungere un certo *plafond* che possa sopportare le spese, che il medico è bravo se la ricetta è lunga, indipendentemente poi da cosa prescrive, che il paziente è contento se la ricetta appunto è lunga, poi magari consuma un quinto, un terzo o la metà dei farmaci prescritti. Quindi, quali sono, secondo voi, le proposte alternative al *ticket*, che anch'io ritengo insufficiente, per contenere la spesa?

Certo, possiamo anche dire tutto ciò che si è detto in questa sede sulla legge finanziaria nei mesi scorsi: se 4.000 miliardi sono suffi-

cienti o non lo sono, se sono pochi o tanti rispetto al volume delle risorse che il paese dedica a questo servizio, però vorrei ricordare a ciascuno di noi i dati, che ho già richiamato in questa Commissione. Non capisco perchè nella provincia di Bolzano si spenda per le spese farmaceutiche il 9 per cento sul totale della spesa sanitaria e, nonostante la climatologia, in Sicilia si spende invece il 22 per cento; cioè in definitiva non si tratta di differenze irrilevanti ma di cifre che indicano centinaia, anzi migliaia di miliardi.

**IMBRIACO.** Vorrei fare una breve premessa, che non vuole comunque suonare polemica o creare attriti. Ho apprezzato alcune parti di assoluta pregevolezza degli interventi che si sono succeduti, in particolare, le dichiarazioni iniziali del dottor Mattei.

Si lavora un po' tutti — è questo in un certo senso il *leit-motiv* che abbiamo registrato in questi mesi — non per andare indietro ma guardando avanti, per correggere quindi le sfasature e capire laddove i meccanismi si sono inceppati, cercando, nei limiti del possibile, di sbrogliare un po' la matassa.

A fronte di questa dichiarazione così limpida e condivisibile, mi sembrano invece riduttive alcune conclusioni come la proposta di commissariamento delle USL ed il rifiuto, prospettato dal dottor Scotti, dell'assistenza gratuita per tutti.

Parto da questa considerazione per dire che ormai siamo in presenza di fatti che sono oggettivamente una riprivatizzazione della medicina. Attualmente, vi sono intere regioni d'Italia dove gli assistiti pagano per intero i farmaci ormai da oltre un mese e mezzo (succede, ad esempio, in Campania e in Liguria); la situazione poi in altre province italiane non è diversa. Ormai, in gran parte del territorio italiano le cliniche private costituiscono di fatto pressochè l'unico punto di riferimento in presenza del disordine pubblico, e anche in questo caso, mi consentirà il vice presidente dell'AIOP, vige la «legge della giungla», senza offesa per nessuno. Quindi, se vogliamo mettere le carte in tavola, occorre effettivamente sgombrare il campo da una serie di luoghi comuni e di pregiudizi.



Anche le percentuali che si riportano, pur essendo esatte, non mi convincono: neanche il 6-7 per cento del prodotto interno lordo può essere più un parametro. Negli anni Settanta, prima del 1978, in era mutualistica, l'incidenza sul prodotto interno lordo era del 7 per cento. Non si può dire che allora le cose andassero meglio in tema di tutela della salute e di assistenza sanitaria, ma non vi è stato quel salto di qualità per cui fu fatta la riforma, alla quale andammo non solo perchè eravamo in epoca di *boom* economico e si guardava ai traguardi svedesi, ma perchè le mutue, che erano diventate pozzi senza fondo, oltre ad essere anacronistiche, erano un fardello decisamente insopportabile perfino per le categorie economiche che voi degnamente rappresentate.

Allora il problema è di metterci al lavoro per capire come porre rimedio al tempo perduto e come si può fare giustizia di ciò che non siamo riusciti a mettere in piedi. Questa è una premessa politica che vi prego di prendere in quanto tale, non vuole suonare come polemica.

Per quanto riguarda la questione del finanziamento, non intendo addentrarmi nel discorso della competitività e del modo con cui le unità sanitarie locali debbano rendere conto di quanto fanno; siamo d'accordo sul fatto che occorre una virata di centottanta gradi per recuperare un minimo di efficienza, di managerialità: queste sono parole che sentiamo dappertutto e su cui concordiamo. A me interessa sollevare un problema politico: nella legge si prevedeva, ha ragione il dottor Mattei, un finanziamento del Servizio sanitario attraverso praticamente una sorta di tassazione progressiva sul reddito. Alla domanda che pongo, implicitamente è stato risposto in forma velata o venata di pessimismo: cioè, che siamo in una situazione economica così disastrosa che probabilmente è impossibile mettere all'ordine del giorno una questione di tale importanza. Io ritengo invece che soprattutto oggi con il libro bianco sulle evasioni fiscali, con il dibattito sulla struttura del salario, sia il caso di rimettere in piedi una partita che riguarda aziende che investono 40.000 miliardi all'anno. La domanda l'ho già posta ad altri interlocutori e

per la verità anche loro sono presi da questo strano modo di considerare le cose, che cioè ci sono difficoltà di ordine economico. Quando però si arriva al punto, come ha documentato il dottor Scotti, che l'attuale finanziamento è alimentato per il 40 per cento dalle contribuzioni e il restante 60 per cento è debito pubblico, credo che sia necessario rivedere il regime attraverso il recupero dell'idea originaria che era quella di imporre la tassazione progressiva. È preferibile affrontare il toro per le corna anzichè gingillarsi attorno a qualcosa che non soddisfa più nessuno. Credo che sicuramente i lavoratori dipendenti costituiscano la categoria più tassata. L'attuale regime consente soprattutto la presenza di fasce estesissime di evasioni fiscali sulle quali tutti hanno intenzione di porre mano al più presto. La domanda che intendo porre è la seguente: per quali motivi la Confindustria non pone all'ordine del giorno il problema del recupero dell'idea del finanziamento del Servizio sanitario nazionale attraverso la tassazione progressiva come del resto era previsto nella legge n. 833?

La seconda domanda riguarda l'industria farmaceutica. Premesso che in questi mesi ci siamo battuti affinché si recuperasse l'idea di un piano di settore per non lasciare spiazzata l'industria farmaceutica, con molta franchezza devo fare alcune considerazioni.

È presente una situazione anomala, atipica: questa industria farmaceutica italiana, al di là delle cifre riportate e dello scarso peso che hanno, nel corso degli anni è di fatto diventata essa stessa un momento di ordinazione della spesa perchè non esiste appunto più controllo. Credo che nel campo dell'industria complessivamente costituisca uno di quei filoni dove un minimo di chiarezza va apportato. Parlerò di un argomento delicato che fra l'altro ha citato in questa sede il Ministro della sanità, onorevole Degan, in una delle ultime riunioni. Cerco di capire quando si parla di imprese che rischiano capitali per inseguire i profitti, naturalmente legittimamente; credo che questo settore dell'industria italiana sia tra i più esposti a guadagni, a profitti che poco hanno a che fare col semplice rischio imprenditoriale e

che spesso si travalichi questo profitto scivolando nell'illecito.

Parlando del prontuario terapeutico, di fronte alle nostre argomentazioni che puntavano ad una estensione dei farmaci esenti da *ticket*, il Ministro della sanità ebbe a giustificare il provvedimento varato recentemente dal Consiglio sanitario nazionale in base al quale dalla fascia C e A venivano prelevati farmaci e trasferiti nella fascia B. Nella fascia C vi sono farmaci, generalmente antibiotici e chemioterapici, su cui fino ad oggi non si è pagato il *ticket*, si pagano 1.000 lire a ricetta; con l'operazione che si annuncia dal 14 aprile questi antibiotici costosissimi passeranno alla fascia B, con il *ticket*. A giustificazione di questo è stato detto che si è potuto registrare che il famoso fenomeno del «comparaggio» viene alimentato prevalentemente dall'abuso fatto dei farmaci nella fascia C, cioè degli antibiotici. Scaricando però questi farmaci nella fascia B, si colpisce la popolazione due volte: una volta facendo pagare il *ticket* e una seconda volta con il comparaggio, mentre lo Stato non è in grado di neutralizzare tale fenomeno aberrante. Si dice che, visto che il comparaggio è un fenomeno di malcostume e non si può contenere, lo si affida ai cittadini, così i cittadini pagano. Ho citato questo esempio perchè è una di quelle forme di profitto di cui si parla poco ma che costituisce un fenomeno gravissimo. Vorrei capire come è possibile che in alcune zone d'Italia siano interessate categorie di medici che possono essere risucchiate, suggestionate da questo tipo di rapporto sballato e come l'industria farmaceutica, attraverso intermediazioni, possa consentirsi il lusso di alimentarlo.

Questo è uno degli argomenti che a me preme sottoporre alla vostra attenzione nel momento in cui si deve andare a rivedere, come diceva il senatore Melotto, questo problema stabilendo dei controlli, certamente preparando le industrie affinché non si trovino senza la possibilità di andare avanti essendo scomparsi dalla circolazione centinaia di prodotti. Non si deve però neanche subire quello che è, me lo consentirete, un autentico ricatto: ci troviamo sempre di fronte al ricatto occupazionale. Dovendo eliminare dal

prontuario terapeutico 800 o 900 farmaci, si potrebbe determinare la crisi di un'industria mettendo sulla strada 20.000 lavoratori e, pertanto, tutto si paralizza. Se vogliamo guardarci negli occhi con lealtà estrema, bisogna considerare questo aspetto. L'industria farmaceutica, a mio avviso, in questi anni ha goduto del massimo dell'autonomia, dell'assoluta assenza di controllo ed ha operato in regime di mercato protetto. L'unico *handicap* che ha avuto — come l'hanno avuto, del resto, altri tipi di industria a tecnologia avanzata — è stato quello famoso del ritardo dei pagamenti che ha creato situazioni di difficoltà ma, più che alla grande industria, credo soprattutto a quelle mediazioni intermedie quali i farmacisti meno forti e via discorrendo.

Ma oggi, nel momento in cui tutti si fanno carico della necessità di rendere compatibile con la situazione finanziaria del paese la tutela della salute, dire che da 6.500 miliardi (previsione di spesa per quest'anno) si scende a 4.000 miliardi perchè i 2.500 miliardi tagliati verranno pagati direttamente dall'assistito, significa semplicemente alimentare situazioni distorte che non consentono di raggiungere quegli obiettivi che il dottor Mattei denunciava prima, e cioè: riaggiustare la macchina sanitaria riparando i buchi attraverso i quali fuoriesce la benzina; andare avanti cercando di recuperare managerialità ed economicità con l'abolizione di tutta una serie di storture che nel corso degli anni sono andate verificandosi.

La mia domanda, quindi, è questa: è possibile riportare il prontuario farmaceutico a 900-1.000 farmaci i quali sono indispensabili, essenziali e fondamentali per tutelare la salute dei cittadini e da erogarsi gratuitamente da parte del Servizio sanitario nazionale lasciando tutto il resto al libero mercato?

ALBERTI. Innanzitutto devo ringraziare i rappresentanti della Confindustria per questa audizione che trovo estremamente interessante e stimolante. Sono infatti emerse cose degne della massima attenzione, anche se il discorso andrebbe chiarito (cosa che mi appresto a fare).

Il dottor Mattei ha fatto un quadro abbastanza aderente alla realtà. Egli dice che

esiste una sottostima del Fondo sanitario nazionale che dura da qualche anno. Non vi è stata possibilità, per le USL e per le Regioni, di programmare la spesa. Vi sono delle carenze che vanno dal Ministero della sanità fino al Consiglio sanitario nazionale che non ha provveduto in tempo ad emanare il Piano sanitario nazionale ed i piani sanitari regionali. Sappiamo poi (anche per mezzo di altre persone che sono intervenute in quest'Aula) che esistono responsabilità che vanno molto più in alto della USL che è l'ultimo anello della catena, anche se sono convinto che le USL (i comitati di gestione e le assemblee) hanno delle responsabilità per quello che è accaduto in quest'ultimo periodo. Le responsabilità primarie, però, debbono essere ricercate a livello di quei meccanismi che non sono stati attivati — e dovevano esserlo — con la riforma sanitaria.

Questo, quindi, è il principale motivo per cui le USL non sono dotate di un sistema organizzativo; le strutture si mantengono in piedi semplicemente con i debiti. Se questo è vero, è chiaro che le USL non fanno altro che rincorrere i debiti pregressi.

La mia domanda, allora, è questa: a che cosa potrebbe portare il commissariamento? Personalmente credo che non porti ad un risanamento perchè questo dovrebbe avvenire nell'ambito di una disamministrazione che pure esiste, ma che è un problema piccolo rispetto a quello più vasto di una carenza ormai cronica di finanziamenti (anche se riconosciuti legittimi e validi) come emergeva dai pareri espressi dal Consiglio sanitario nazionale e dal CNEL: a fronte di una richiesta di 38.500 miliardi lo Stato eroga 34.000 miliardi e pone in essere alcuni meccanismi che avrebbero dovuto consentire una riduzione della spesa (meccanismi che non sono mai entrati in funzione).

A questo punto è chiaro che le USL vanno verso l'indebitamento ed è chiaro che anche il commissario non potrebbe aver alcuna possibilità taumaturgica per rimettere a posto una situazione che in alcune Regioni — come sapete — è estremamente e particolarmente disastrosa, nelle quali non si riesce nemmeno a sapere quale dia il debito pregresso. Mancano le informazioni, alla data

attuale, e i 2.700 miliardi previsti dallo Stato per il ripiano a tutto il 1983 sono di gran lunga inferiori alla misura reale.

Ma rilevavo anche altre contraddizioni. Non toccherei il discorso fatto dal dottor Scotti perchè il senatore Imbriaco ha fatto tutte le domande che anche io desideravo fare, ma devo dire che, sia per quanto riguarda la farmaceutica che per la ospedalità privata — mi si scusi l'espressione — è mancato un codice di comportamento e mi spiego meglio.

È chiaro che noi possiamo oggi definire la struttura pubblica come insufficiente, come inefficiente e, per alcuni versi, anche inefficace e ciò perchè, per quanto i controlli diretti, minuti non esistano, abbiamo idee generali su come funziona la struttura pubblica in Italia. Non altrettanto, però, si può dire per quanto accade in una struttura privata. Si sono determinate delle anomalie gravi sia nel campo della spesa farmaceutica, sia nel campo della ospedalità privata perchè nè la industria farmaceutica, nè l'ospedalità privata, hanno messo in atto dei meccanismi di autocontrollo. Lasciamo stare il problema se la struttura pubblica possa o meno convivere con la struttura privata, ritengo però che questo possa accadere nei limiti in cui la struttura privata risulti integrativa della struttura pubblica. Purtroppo questo non sempre accade; si è lasciata mano libera, si è consentita la speculazione selvaggia nel campo della ospedalità privata; sono state aperte — specialmente nel Mezzogiorno d'Italia — strutture private che non hanno i parametri minimi per un corretto funzionamento.

Tutto questo serve a spiegare, tra l'altro, il perchè la struttura pubblica spende due o tre volte più di quanto non spenda la struttura privata anche se viene fornita un'assistenza diversa. Parlo, per esempio, del numero del personale medico e paramedico nella struttura privata.

Dico che non ho dubbi, poi — come diceva anche il dottor Mattei —, sul fatto che tutti siamo d'accordo che questa riforma sanitaria vada messa in piedi e debba funzionare altrimenti si arriverebbe anche ad un collasso della struttura privata. Abbiamo tutti inte-

resse che la riforma funzioni sia, prioritariamente, per la salute dei cittadini (anche perchè di questo Servizio sanitario nazionale abbiamo bisogno tutti, dato che la spesa per curare una malattia non è compatibile con le risorse del singolo individuo) sia perchè vi sono degli interessi — anche legittimi — da parte di organizzazioni ed operatori economici che hanno bisogno che la riforma funzioni in materia corretta. Qui vi è una contraddizione in termini, perchè il dottor Campari, di cui ho apprezzato la competenza del discorso, parla già di due posti-letto per 1.000 abitanti. Ciò mi trova abbastanza d'accordo. Io sono convinto che dobbiamo andare verso una riduzione drastica dei posti letto e sono convinto che la futura medicina si farà negli ospedali solo nei reparti di terapia intensiva, in quanto solo detti reparti hanno ragione di funzionare ad alto livello. Occorre che la gran parte della patologia, che oggi passa per l'ospedale, venga trattata e curata adeguatamente nelle unità sanitarie di base, nell'ambito del territorio e nell'ambito dei *day hospital*. Allora, ci troviamo di fronte ad una struttura pubblica che tende alla deospedalizzazione e ciò avviene senza alcun dubbio nel Veneto, in Lombardia, in Emilia-Romagna e nelle Marche, mentre nelle regioni meridionali ciò non sta avvenendo in alcun modo. Abbiamo una struttura privata estremamente pletorica, con una utilizzazione di posti-letto che non è certo migliore. Non esiste assolutamente competitività da parte della struttura privata, ma esiste quello a cui ha accennato il senatore Imbriaco, che io, per carità di patria, non intendo ripetere. Domando soltanto: come si conciliano i due meccanismi? Mentre sulla struttura pubblica possiamo agire con meccanismi diversi affinché vada verso una politica di deospedalizzazione e, quindi, di riduzione della spesa, contemporaneamente nello stesso sistema ci troviamo invece di fronte ad una struttura privata che istituzionalmente, per produttività e profitto, ha la necessità di ricoverare. Da qui nascono le incompatibilità che incontriamo ogni giorno e che, a mio avviso, avrebbero potuto essere superate e appianate qualora la struttura privata fosse nata e agisse in senso integrativo, stimolan-

do così sia la propria competitività che quella della struttura pubblica.

Un'ultima domanda riguarda la competitività fra strutture pubbliche, di cui si è parlato. Premetto che la competitività è possibile fra la struttura pubblica e quella privata, mentre tra le stesse strutture pubbliche, per ottenerla, bisognerebbe innescare una serie di meccanismi di produttività con il rischio, però, che alcuni servizi pubblici, alcuni ospedali multizonali e via dicendo, siano oberati di lavoro, come, del resto, succede di fatto. Infatti, gli ospedali multizonali riescono a dare prestazioni più elevate di quelle degli ospedali zonali, per cui si verifica il trasferimento dalla periferia verso il centro e dal centro verso i centri specializzati, con una riduzione notevole della utilizzazione dei posti-letto in periferia. Comunque, a questo proposito chiedo qualche notizia in più e chiedo, poi, chiarimenti sulla figura del *manager*; dovrebbe quest'ultimo essere un *manager* medico?

Ancora una domanda riguarda il meccanismo degli operatori di spesa e del medico sul territorio, il quale ultimo agisce sia attraverso la spesa farmaceutica, sia attraverso la richiesta di indagini di laboratorio, sia attraverso la ospedalizzazione pubblica o privata. Sarebbe ipotizzabile un meccanismo che coinvolga il medico di base in una corresponsabilizzazione dell'attività nell'ambito della diagnostica e della terapia, in modo che tale medico non sia più un operatore di spesa completamente libero di agire, al di fuori di un discorso sanitario reale concreto? Chiedo, a questo proposito, se è stata fatta qualche riflessione sulla possibilità di coinvolgere l'operatore di spesa, che poi è sempre il medico, in un meccanismo che possa ristrutturare la spesa sanitaria nel paese e, quindi, anche la produttività e l'efficacia del servizio pubblico.

BOTTI. Anche io vorrei, innanzitutto, ringraziare i vari relatori per i dati che ci hanno messo a disposizione e che, forse, meriterebbero più di un'audizione. Ringrazio, in particolare, il dottor Mattei, vice presidente della Confindustria, per la sua riaf-

fermazione che la riforma sanitaria è una conquista sociale da mantenere e che si deve solo modificare e adattare secondo gli errori venuti alla luce in questi primi anni di esperienza. Egli ha fatto cenno alla spesa sanitaria, dicendo che rappresenta una voce abbastanza importante del disavanzo pubblico, e su questo si può essere d'accordo. Però, vorrei ricordare al dottor Mattei che la spesa sanitaria in Italia incide sul prodotto interno lordo meno della media europea e soprattutto che non è cresciuta, anzi in questi anni è diminuita. Allora, io penso che, nel determinare di questo disavanzo pubblico, occorra distinguere ciò che è congiunturale, quale è la spesa sociale e quindi anche quella sanitaria, e ciò che, invece, è più strutturale, quale è il debito pubblico accumulato, il basso livello delle imposte dirette, le ricchezze accumulate, le rendite finanziarie e le cause della carente organizzazione del lavoro e della produttività.

Fatte queste premesse, le domande che vorrei rivolgere al dottor Mattei sono fondamentalmente due. Egli ha affermato che molte USL, attualmente, meriterebbero il commissariamento; su quali dati concreti formula un giudizio così pessimistico? Seconda domanda: crede veramente, il dottor Mattei, al potere taumaturgico del *manager*? Immagina una figura di *manager* sanitario, o amministrativo, oppure un connubio tra questi due profili professionali?

Il dottor Scotti ha affermato poi che molte industrie collegate alla sanità, le quali fabbricano apparecchiature più o meno sofisticate, radiologiche, di computerizzazione, di montaggio, eccetera, sono in sostanza le finanziatrici semigratuite del Sistema sanitario nazionale.

Essendo cardiologo, opero in un settore di alta tecnologia, in cui vengono continuamente messe in commercio attrezzature sempre più sofisticate. In cardiologia, direi che vi sono «rivoluzioni» tecnologiche anche più di una volta l'anno. A me non risulta — dico questo molto onestamente e senza voler fare alcuna polemica — che nessuna di queste ditte di apparecchiature cardiologiche sia fallita o si trovi in difficoltà finanziarie.

Al dottor Campari — che ha accennato al

problema estremamente importante, e che condivido, di una prestazione sanitaria che rispetti alcuni fondamenti e, precisamente, la qualità, la velocità ed il costo e che, quindi, renda l'utente completamente soddisfatto per quanto riguarda la qualificazione e la rapidità di erogazione della prestazione — vorrei chiedere se egli crede veramente che si possa arrivare ad un miglioramento delle nostre prestazioni sanitarie, dal medico di base ai presidi ospedalieri, attraverso una sorta di competizione, — cui ha accennato — e non piuttosto, attraverso una migliore e più uniforme qualificazione professionale ad ogni livello, dal medico di base ai presidi ospedalieri.

Il dottor Muscolo ci ha detto infine che il livello di qualità, cioè la disponibilità farmaceutica del nostro paese è al livello di quella di tutti gli altri paesi europei. Io direi che lo è anche troppo, se è vero, come è vero, che il nostro prontuario terapeutico contiene più di 8.000 specialità farmaceutiche. Non ripeterò quanto già detto dai colleghi Imbriaco e Alberti e che abbiamo sentito ripetere in questa sede anche dalla FIMMG, che è l'associazione che raccoglie i medici di base e, quindi, coloro che hanno il primo impatto con ogni tipo di malattia.

Al di là di queste considerazioni, quindi, vorrei sapere dal dottor Muscolo quale sia la posizione della Farminindustria in rapporto al fatto che oltre il 50 per cento delle specialità messe in commercio in Italia proviene dall'industria straniera o multinazionale. Vorrei, altresì, conoscere il pensiero della Farminindustria sul brevetto di farmaci, uscendo però dall'affermazione molto generica che è stata fatta in questa sede dal direttore del servizio farmaceutico del Ministero della sanità (e che probabilmente nasconde la posizione della Farminindustria), e cioè che, cito testualmente, «in rapporto al brevetto dei farmaci l'industria farmaceutica italiana si è data un codice di comportamento». Il che, a mio avviso, non è sufficiente.

ONGARO BASAGLIA. Vorrei partire dalle dichiarazioni qui ascoltate in precedenti audizioni circa il fatto che il 60 per cento dei farmaci risulta inutile o dannoso e, anche se

solo inutile, implicitamente dannoso, per chiedere una precisazione al dottor Muscolo.

Egli ha dichiarato che per quanto riguarda, ad esempio, il gruppo di farmaci di maggior consumo, che possono essere ritenuti inutili (epato protettori, vitaminici, antianemici) si è verificata una riduzione di consumi che egli interpreta come coerente alla necessità di contenimento della spesa ed io aggiungerei anche come coerente alla tutela della salute del cittadino dal rischio derivante da un abuso di farmaci. Mi interesserebbe capire su che base è avvenuta questa riduzione dei consumi: per una riduzione delle prescrizioni, quindi per un intervento da parte dei medici, o per una mera riduzione della produzione?

Capisco che l'avvio di una educazione sanitaria sui rischi derivanti dall'abuso dei farmaci non possa essere compito della Farmindustria. Non dovrebbe, tuttavia, esistere a tal proposito una maggiore garanzia di tutela della salute dei cittadini anche da parte della Farindustria?

PRESIDENTE. Vorrei anche io rivolgere alcune domande. Anzitutto desidero sottolineare il nostro comune atteggiamento verso l'adeguamento della riforma, se vogliamo usare il termine già utilizzato dal dottor Mattei. Io direi anche «evoluzione della riforma», tenuto conto che si tratta di un processo dinamico che va seguito; sottolineo che siamo coerenti con la funzione propria del Parlamento, quella cioè di seguire i processi che avvengono nella società per giudicare se si richiedano anche adeguamenti legislativi.

Vorrei inoltre assicurare al dottor Mattei ed a tutti coloro che hanno parlato della spesa sanitaria, che per la fine di aprile è previsto un appuntamento con il Governo non solo sulla questione del prontuario farmaceutico, ma anche per una valutazione nuova della spesa sanitaria: valutazione che il Ministro ha dichiarato voler condurre in questa Commissione, al fine di prendere eventuali provvedimenti. Quindi il problema è da noi sentito e tenuto in preminente considerazione.

Personalmente ritengo che la possibilità di

pervenire alla fiscalizzazione totale degli oneri sanitari dovrebbe essere la linea maestra da seguire: è chiaro tuttavia che vi sono resistenze, sotto alcuni aspetti legittime, da parte di coloro che non vedono effetti e ricadute favorevoli del Servizio a fronte degli «investimenti» che ogni cittadino fa pagando tasse anche per questo settore. Quindi se riuscissimo a portare il Servizio sanitario nazionale, nell'equilibrio tra le strutture pubbliche e quelle private, ad un grado di rendimento tale da giustificare i sacrifici dei cittadini, credo non vi sarebbe alcuna difficoltà a fare accettare più facilmente anche una fiscalizzazione integrale degli oneri sociali. A tal fine il primo traguardo è quello di portare il Servizio a quello *standard* di efficienza che ancora oggi siamo tutti d'accordo nel ritenere non abbia.

Condivido quanto è già stato da voi e dai colleghi detto circa le carenze del sistema informativo. Ci siamo più volte soffermati su questo problema così come sulla necessità di istituire e di sviluppare scuole di *management*. Dobbiamo, infatti, notare (e dico questo con molta tristezza) insufficienza di iniziative da parte dell'università italiana, che pure ha il privilegio di disporre dell'autonomia concessale dagli statuti per organizzare le scuole. Fino a questo momento, salvo qualche università privata, le strutture pubbliche non si sono mosse in maniera adeguata.

Vi è, inoltre, necessità di piani sanitari regionali, necessità di emanare atti di indirizzo e coordinamento più ampiamente di quanto non sia stato finora fatto, necessità di emanare o di adeguare schemi-tipo di convenzione per le strutture sanitarie non di proprietà del Servizio sanitario — problema da tutti condiviso e più volte espresso — considerate forse una delle ultime ruote della «catena di montaggio» del sistema, ma che sono determinanti per il buon funzionamento dello stesso. Occorre, pertanto, sottolineare l'esigenza che si arrivi al più presto all'emanazione di questi numerosi schemi-tipo.

Ciò non riguarda semplicemente il problema delle case di cura o dei laboratori, ma riguarda l'università, riguarda gli istituti di

ricerca, tutti i settori, insomma che sono regolati dal sistema convenzionale secondo schema-tipo.

Detto questo, vorrei avere qualche maggiore delucidazione sul termalismo, cui non si è accennato. Personalmente ho una visione sanitaria di tale settore. Penso che se si dovessero apportare dei tagli alla spesa, dovremmo iniziare proprio con esso perchè in termini di efficacia terapeutica copre un settore notevolmente limitato rispetto a quello dei farmaci; ma siccome si compongono tanti interessi indotti in questo ambito, e non solo quello dell'efficacia della cura, è evidente che dobbiamo avere una visione plurima e più articolata anche del termalismo. Tuttavia è un aspetto che va messo a fuoco, visto che vi avete accennato sotto il profilo dell'esborso di capitali dello Stato che non sarebbero sufficientemente rimborsati alle aziende.

Vi sono anche altri aspetti che dovremmo considerare in modo informale in questa indagine, e quindi un vostro sincero chiarimento a tale riguardo potrebbe essere utile.

Circa il problema delle tecnologie biomediche nazionali e la necessità di promuovere questo settore mi sembra che si è fatto molto per quanto concerne, ad esempio, i progetti del CNR e ci si è cominciati a muovere anche nel campo della ricerca industriale sulla scia della legge n. 46 del 1982. Però rimane — a mio parere — ancora un problema di qualità dei prodotti. Il *made in Italy* per gli italiani — non so perchè — sul piano psicologico trova sempre difficoltà ad essere equiparato al *made in USA* o al *made in Germany* ed oggi *made in Japan*. Vi è forse un problema non risolto di presentazione dei nostri prodotti, di continuità di assistenza e di presenza delle ditte italiane nei confronti di chi utilizza prodotti nazionali? Mi sembra di rilevare che, in certi settori, le commesse vengono date più facilmente a ditte multinazionali od estere presenti in Italia, che curano molto di più questi aspetti, determinando un maggiore successo di vendita, mentre avremmo bisogno di equilibrare la nostra produzione e di svilupparla anche rispetto alla produzione straniera importata.

Un'altra domanda concerne il «piano di

sviluppo dei farmaci»: «settore strategico» è stato definito e sono convinto che sia così. Però la domanda rivolta al dottor Muscolo è piuttosto delicata: con la struttura qualitativa dell'industria farmaceutica nazionale — non quella multinazionale che opera in Italia —, che mi sembra abbia solo circa dieci aziende di un certo livello, siamo in grado di superare il *gap* accumulato nella ricerca? Infatti nel settore della ricerca farmacologica abbiamo il potenziale degli uomini: non si può negare che tutte le strutture universitarie sono all'altezza dei tempi; dobbiamo mettere a fuoco la fase della ricerca clinica e lo potremmo fare promuovendo una revisione della legge attuale che è certamente incompleta (anzi la legge n. 833 impone di emanare una normativa moderna, accettata sul piano internazionale per la ricerca clinica dei farmaci e ciò sarà considerato attentamente da questa Commissione), ma siamo poi in grado di investire in strutture di ricerca dell'industria nazionale, capaci di rispondere in tempi brevi a tali esigenze? Oppure la questione potrebbe trasformarsi in una specie di sovvenzionamento sotto la voce «fondi di ricerca», come spesse volte accade per molte altre industrie deboli? In tal caso si verrebbe a favorire ma copertura di ammanchi e di difficoltà di bilancio mentre alla base del «piano formale» vi dovrebbe essere realmente la ricerca scientifica. Occorre produrre farmaci nuovi e mi sembra che negli ultimi anni, sebbene la nostra industria sia stata presente nel passato con prodotti di prima qualità e di eccezionale interesse, la quantità della produzione scientifica originale italiana (farmaceutica) sia stata scarsa. Quindi con il «piano farmaci» potremmo passare dal 6 per cento di prodotto nuovo al 12 per cento ad esempio, con un risultato più consistente?

Un'altra domanda è relativa al modo in cui realizzare una capacità manageriale alla testa delle USL; in questo sono stato già preceduto dal senatore Alberti, ma faccio mio tale quesito. Il dirigente deve essere a rapporto contrattuale? E con quale tipo di contratto? È un problema di cui stiamo discutendo; ma pensate che nell'attuale situazione, da un lato con la «politica» imperante

nelle USL per le nomine e dall'altro con la tradizione burocratica e carrieristica italiana, sia possibile realizzare questo salto di qualità — e in che modo — del dirigente a contratto?

Vorrei sottolineare come i problemi fondamentali che dovremmo affrontare tutti insieme sono quelli dell'equilibrio tra pubblico e privato. Qualche cosa è stata percepita in questa riunione e il senatore Alberti ha anche sollevato la questione relativa alla funzione delle strutture private come integrative, suppletive o in parallelo rispetto a quelle pubbliche. Ciò nonostante se si dovesse arrivare ad una diminuzione del numero di letti per ogni Regione, in quelle che superano il famoso tasso del 6 per mille — fermo restando che anche io ritengo che si speculi molto su tale cifra senza specificare che il 5 o perlomeno il 3 per mille dovrebbe essere la quota di letti riservata ai malati acuti — con tutti gli altri casi (ossia i letti di appoggio, quelli per i cronici, per il lungodegenti, i «letti impropri» ospedalieri) non potremmo mai rientrare in quella percentuale. Se si dovesse arrivare ad un equilibrio diverso tra pubblico e privato, è molto probabile che vi sarebbe una spinta politica a ridurre il numero delle convenzioni per lo meno per ospedalità di cura. In tal caso certe strutture che non hanno *standards* chirurgici o internistici adeguati per la terapia dovrebbero trovare le modalità per convertirsi in strutture protette per lunghe degenze o in poliambulatori e così via. Parlo sempre di strutture private convenzionate e questa può essere un'ipotesi da esaminare, in quanto tutti insieme dobbiamo affrontare tali questioni prima di passare alla approvazione del nuovo Piano sanitario nazionale.

Invito ora i nostri ospiti a rispondere ai quesiti che sono stati posti loro.

**MATTEI.** Signor Presidente, vorrei chiedere quanto tempo abbiamo a disposizione, visto che i Commissari hanno fatto molte domande e che i membri della nostra delegazione sono stimolati a rispondere. Comunque, avvalendomi dei poteri di «capo delega-

zione», prendo intanto la parola perchè in questa riunione per noi estremamente importante vorrei chiarire i punti della nostra posizione che rappresentano il minimo comune denominatore di questa delegazione.

Mi pare che alcuni interventi abbiano giustamente criticato la limitatezza della mia posizione. Do loro perfettamente ragione, ma vorrei fare una premessa. Certamente ci troviamo di fronte ad un problema che non è economico, ma che nel nostro linguaggio di economisti è chiamato «bene salute» in quanto fa comodo usare la nostra terminologia; tuttavia sappiamo anche che esso comporta valori che vanno al di là di quelli strettamente economici che siamo per nostro mestiere più portati a considerare.

Quindi si pongono problemi di scelte politiche (e credo che mai questo aggettivo sia stato più adeguato) che in fondo la riforma assegnava alla programmazione nazionale. Era appunto una scelta politica da fare, e alla quale tutti si dovevano adeguare, quella di scegliere che cosa avremmo dovuto garantire a tutti, come assicurarne il finanziamento, come rendere compatibile il programma con le risorse destinabili. Il programma non doveva fare soltanto questo, cioè vedere la compatibilità del sistema sanitario col resto del paese, ma anche all'interno dell'intervento sanitario pubblico fissare delle priorità. Essendo venuto a mancare questo, è venuto a mancare il momento di raccordo fra il politico, che siete voi, e l'economico, che siamo noi. Economico in sostanza vuol dire considerare i mezzi necessari per raggiungere un obiettivo. Vorrei ben precisare, rendendomi conto della limitatezza del mio intervento: non ci possiamo far carico di problemi politici che non possono essere scaricati su di noi; come non possiamo scaricare su di voi problemi che riguardano le aziende. Non ho affatto sottovalutato che nel sistema ci sono tante componenti, ognuna coi suoi pregi e coi suoi difetti, nel sistema sanitario come certamente anche nelle imprese. Quindi vorrei sgombrare il campo da quegli accenni al comparaggio che certamente sappiamo che esiste e che noi, come organizzazione, riteniamo sia comportamento deteriore



che dipende e dalla deontologia dei professionisti e dalla deontologia di coloro che operano nella produzione di servizi.

Noi abbiamo avuto il disegno illuministico di creare la riforma sanitaria sul modello inglese, sul modello più avanzato che avevamo: tutto a tutti e tutto gratis. Questo non è realizzabile, è un'utopia, e ce ne siamo accorti in alcuni casi, come ad esempio per problema del termalismo, cui accennava poc'anzi il Presidente. Il problema del termalismo è un problema anche per noi perchè ci porta a dover dare doppie ferie. Ci sono problemi estremamente delicati, di carattere politico e di carattere deontologico, e francamente è molto difficile per noi immaginare sistemi per i quali si possano avere non solo codici di comportamento da parte degli operatori del settore, ma anche sanzioni per garantirne il rispetto. L'ingegner Campari ha una grandissima esperienza in materia; però vediamo che in tutti i paesi c'è questo tentativo di mettere elementi di controllo, codici di comportamento, anche nel settore estremamente delicato come quello della medicina. Che cosa posso dire a un medico? Hai prescritto troppe medicine? Io non ho la possibilità nè la sfrontatezza per andare a dire a un medico come si deve comportare nell'esercizio della sua professione. Quindi vorrei sgombrare il terreno dalla questione del paragone che è una delle deformazioni che noi combattiamo, così come combattiamo l'evasione fiscale dell'IVA (o di qualunque altra imposta) perchè crea le condizioni di falsa concorrenza, punendo i buoni e premiando i cattivi.

Devo dire di essere stato un po' contento per essere stato rimproverato dal senatore Imbriaco per la questione del finanziamento. Noi in effetti pensiamo che il nostro sistema fiscale sia ampiamente ingiusto in questo momento e ne abbiamo sollecitato in tutte le occasioni un miglioramento, proprio dal punto di vista del regime che abbiamo accettato, che è quello di un sistema finanziario basato su due grandi tipi d'imposte: quelle personali sul reddito e quelle di consumo. Nell'ambito delle necessità generali dello Stato si deve trovare un equilibrio fra questi due pilastri, imposta personale progressiva e

imposta di consumo proporzionale; si deve trovare l'equilibrio per finanziare tutto ciò che è necessario. Devo ricordarlo, perchè noi siamo sostenitori del riportare all'imposizione personale progressiva tutti i redditi finanziari; perchè mi pare veramente una stortura non sostenibile questo enorme volume di rendite finanziarie esente da qualunque imposta. Come espressione del capitalismo, e non ho nessuna paura di utilizzare questa espressione, noi vogliamo che il capitale sia remunerato in termini reali anche dopo la tassazione; ma il problema è di quantità. Siamo dunque per riportare tutti i redditi all'imposta progressiva personale. È chiaro che in questo sistema noi dovremmo poter finanziare il servizio essenziale rappresentato dalla sanità, nei limiti in cui quel programma, di cui voi avete la responsabilità, sia compatibile con gli equilibri finanziari generali.

Quanto al ricatto occupazionale, credo che proprio al recente convegno organizzato dalla Farindustria ho chiarito qual è la posizione della Confindustria per quanto riguarda la domanda pubblica, nella quale rientra certamente tutta la domanda che è necessaria per il Servizio sanitario, dalla domanda farmaceutica, alla domanda per investimenti. Su questo punto la nostra posizione è estremamente chiara: l'industria non è un fine, un obiettivo in se stesso, ma è un obiettivo in quanto serve a decisioni prese ad altri livelli. Se voi decidete, come è stato deciso a mio parere in maniera non compatibile, e adesso ce ne accorgiamo, che tutta la sanità diventi interamente domanda pubblica, in questo senso politicamente vi assumete anche una responsabilità nei confronti di coloro che producono. È chiaro che nel momento in cui dite che la domanda farmaceutica deve essere tutta pubblica, o quasi, finite per assumervi la responsabilità verso quell'industria che si è attrezzata per rispondere a questa domanda. Noi quindi vediamo una riprivatizzazione entro certi limiti (e siete voi che dovete definire tali limiti) del sistema sanitario, con la gradualità necessaria perchè quelli che lavorano e producono per il Servizio sanitario si possano adeguare. Ma il ricatto occupazionale? Bene, io non credo

che dobbiamo fare le armi da guerra soltanto per far lavorare i cantieri o quelli che producono cannoni; se decidiamo che la difesa è un obiettivo necessario, allora diventiamo responsabili anche verso i settori che si sono adeguati per rispondere alla domanda pubblica. E questo credo che sia proprio il caso nel quale ci troviamo adesso (e vi ho fatto un accenno prima). Si procede con improvvisazione, seguendo le strade di minor resistenza, del prontuario o del *ticket* per ridurre la spesa, ma così si spiazza l'offerta strutturata in un certo modo per fronteggiare una certa situazione.

Per quanto riguarda il termalismo non pensavamo di doverne parlare in questa occasione. Quindi mi permetterò di mandare un *addendum* al nostro memoriale. Ma vorrei fare alcune osservazioni più generali a proposito di quello che lei, signor Presidente, ha detto sulla ricerca e lo sviluppo dell'industria, che vale per tutto, per le innovazioni in campo farmaceutico o nel campo delle apparecchiature elettromedicali. Penso che dobbiamo superare il problema dell'invenzione nazionale contrapposta a quella straniera; credo che dobbiamo approfittare di tutti i benefici che in questo campo ci dà il mondo per poter servire al meglio il compito che ci sarà attribuito politicamente dalla riforma nazionale.

Quindi, non mi preoccuperei tanto se Italia operano ditte straniere, se non produciamo un numero sufficiente di farmaci nuovi; mi preoccuperei piuttosto di consentire al nostro paese, o attraverso ciò che riesce ad acquistare all'estero in termini di *know how*, di conoscenze nuove, o attraverso le proprie forze, di mantenere sempre più elevato il suo livello di competitività e di produzione.

Diverse domande sono state fatte a proposito dell'intervento dell'ingegner Campari e credo che egli risponderà almeno a qualcuna di esse.

La mia indicazione del commissariamento delle unità sanitarie locali ha provocato diverse domande, come mi aspettavo. Ci rendiamo conto che modificare la struttura di gestione del Servizio sanitario nazionale, a cominciare dalle USL, è un problema politicamente difficile; cambiare questa struttura

richiederà tempo, negoziati e compromessi. Ma su un punto abbiamo tutti convenuto e cioè sul bisogno di quella che per comodità chiamiamo managerialità, vale a dire la capacità di unire potere e responsabilità, visto che, attualmente, c'è chi ha il primo e non la seconda e viceversa.

Nella nostra concezione, il commissario rappresenta il momento, se volete, di rottura per arrivare ad un diverso equilibrio. Come si giustifica l'affermazione che molte USL dovrebbero essere commissariate? Mi è bastata la lettura del decreto-legge del 28 marzo per vedere come le USL non adempiano a quelli che sono i compiti fondamentali di un ente di diritto pubblico, ad esempio quella che viene chiamata la rendicontazione. Quando un ente non fornisce nei tempi dovuti ciò che è tenuto a dare per la corretta gestione del denaro pubblico, si presenta il problema del commissariamento; questo avviene in tutti gli enti pubblici e abbiamo avuto in altri settori casi di commissariamento unicamente per questa ragione.

Leggendo il decreto, ci si rende conto di come questa incapacità delle USL a raggiungere certi obiettivi comporti tutta una serie di conseguenze: ad esempio, se non riusciranno a presentare il rendiconto entro una certa data, verrà sospeso il pagamento dei contributi da parte dello Stato attraverso le Regioni; e già si sa che molte non saranno in grado di presentarlo. Il commissario dovrebbe fare il suo dovere, cioè riparare una macchina mentre questa è in movimento. Come faranno i revisori dei conti, molti dei quali non sono stati ancora nominati, a certificare i debiti del 1983, quando molte USL hanno arretrati di debiti che si portano dall'esercizio precedente? Occorre andare a controllare tutta la contabilità degli esercizi precedenti: ecco che il commissario deve far sì che questa operazione venga compiuta mentre la macchina continua a lavorare. Oggi abbiamo un sistema di gestione delle USL dove di fatto non esiste un responsabile del personale ed abbiamo assenteismi paurosi: una delle prime operazioni del commissario dovrebbe essere quella di porre rimedio a questo problema dell'assenteismo.

C'è poi il problema della mobilità interna

del personale paramedico. Il commissario non è una soluzione taumaturgica; è una soluzione dettata, se volete, dalla disperazione, ma che ci è suggerita dal fatto che non possiamo attendere altri tre o cinque anni prima che vengano risolti tutti i problemi politici del potere nel Servizio sanitario nazionale. Non lo possiamo fare perchè alla fine dell'anno ci troveremo con i debiti ancora accresciuti, con unità sanitarie locali non in grado di fare i rendiconti, perchè i revisori non avranno effettivamente potuto operare, e nello stesso tempo avremo bisogno urgente di risparmiare denaro. Questa è purtroppo la situazione in cui ci troviamo. Quando il ministro Degan verrà a dirvi che la spesa sarà stata superiore alle previsioni ci troveremo con gli impegni politici macroscopicamente non rispettati. Infatti, se le nostre previsioni sono reali, avremo 5.000 o 6.000 miliardi in più, senza contare l'arretrato che già comincia a pesare, come ha ricordato il dottor Scotti, sul bilancio di questi enti.

Volevo darle, signor Presidente, alcune informazioni di carattere generale. Il commissariamento è necessario per superare un momento di crisi grave e che sarà ancora più grave man mano che passeranno i mesi; il sistema funzionerà ancora peggio di quanto non stia facendo in questo momento. Il senatore Botti ha detto che, in fondo, un 7 per cento di spesa sanitaria rispetto al passato non è gran che, l'aumento non è preoccupante, visto che il reddito non è aumentato.

Questa è una valutazione che non mi compete. Non so se dobbiamo spendere il 7 per cento, oppure di più o di meno: si tratta di una decisione politica che voi dovete prendere; perchè quando dite che il 7 per cento non va bene e che occorre il 10 per cento, significa che ognuno deve essere disposto a pagare una percentuale del suo reddito sufficiente per assicurarsi il servizio sanitario. Non potete insomma concedere prestazioni senza assicurarvi anche il loro finanziamento.

Conveniamo tutti, però, che questo 7 per cento — poco o molto che sia — lascia una grossa insoddisfazione nell'utente e anche in voi politici, che sarete certamente assillati dalle proteste sul funzionamento del settore. È sempre più difficile non dico aumentare,

ma mantenere questa percentuale e ciò significa che lo Stato fiscale, lo Stato che redistribuisce la ricchezza prendendo dalle imposte per il servizio sanitario, va in pezzi. La gente infatti non è più disposta a pagare quella percentuale per le prestazioni che riceve.

È chiaro che se dite che il 7 per cento deve essere mantenuto, il suo uso deve essere migliorato, altrimenti non riusciremo politicamente a mantenerlo, perchè la gente insoddisfatta non vuole pagare il 7 per cento, mentre la gente soddisfatta è disposta a pagare anche di più.

*SCOTTI.* Rispondo alla prima domanda del senatore Melotto: una prima ipotesi che potrebbe essere sperimentata è quella di un'assemblea che si occupi di approvazione dei bilanci (preventivo e consuntivo), di controlli e dell'approvazione delle operazioni straordinarie; di un comitato di gestione che faccia quello che fa qualsiasi consiglio di amministrazione e di un ufficio di direzione che, in luogo dei coordinatori generalmente scelti per anzianità di carriera apicale, sia costituito da una direzione generale con tre direttori subordinati. Questa ipotesi dovrebbe essere sperimentata in qualche USL per almeno un anno e successivamente, se l'esito sarà favorevole, potrà essere attuata su scala nazionale. Si eviterà in tal modo di deliberare al buio su questioni che poi occorre riesaminare. È molto semplicistico, ma le sperimentazioni pilota presentano aspetti che sarebbe opportuno considerare con migliore attenzione.

Rispondo quindi alla seconda domanda del senatore Melotto, sul problema dello scorporo degli ospedali «secondo rito ambrosiano». Come esperto in problemi ospedalieri della Comunità europea, ho seguito molti congressi internazionali nei quali si affermava costantemente che un ospedale efficiente non può superare i 300-400 letti. Da noi si comincia a parlare partendo da 800, 1.500 e più letti. Cito ad esempio l'ospedale di Niguarda (...7.000 dipendenti!) del quale, come membro del comitato di gestione della USL di Milano-Niguarda-Ca' Granda, conosco bene la situazione. Più del 60 per cento dei ricove-

rati proviene da altri Comuni, altre Province ed altre Regioni. Ritengo che sarebbe opportuno procedere allo scorporo di quegli ospedali, che oso chiamare multiregionali, che risultino dotati di oltre 400 letti e che presentino più del 60 per cento delle degenze provenienti da USL e Regioni diverse da quella in cui si trova l'ospedale. Non riesco a capire quale competenza potrebbe avere un'unità sanitaria locale quando, come nel caso di Niguarda, la maggior parte dei degenti proviene da altre USL. (L'unità sanitaria di Niguarda conta 60.000 abitanti. L'ospedale fra personale e degenti ospita 10.000 persone!). Il rito ambrosiano dovrebbe essere inteso in questo senso. Certo, se rinasce un comitato di gestione formato da tredici membri, si riconsideri tutto quanto detto in precedenza a proposito dei comitati delle USL.

**MELOTTO.** Non capisco a cosa si riferisce parlando dei tre direttori. Non vedendo il commerciale in questo settore, perchè non ha da vendere niente, vorrei capire, oltre all'amministrativo e al sanitario, quale è il terzo.

**SCOTTI.** È l'organizzativo. Colui che fa la programmazione non è mai un amministrativo o un contabile. La programmazione e l'organizzazione sono due scienze che, come l'informatica, non fanno parte della contabilità. I nostri coordinatori sono generalmente ex direttori amministrativi specializzati in contabilità dello Stato e diritto amministrativo.

A proposito di finanziamento della spesa sanitaria vorrei aggiungere che in sede di comitato del Ministero della sanità fu riferito che per passare al sistema fiscale si sarebbe dovuto praticamente raddoppiare l'IRPEF; la quota di spesa media per italiano è di circa 600.000 lire, il gettito dell'IRPEF è valutato intorno ai 46.000 miliardi e la sanità attualmente ne assorbirebbe circa 40.000. Segnalo quanto sopra come spunto di riflessione.

**MATTEI.** Non dico che il sistema fiscale nel suo complesso, che è fatto di IRPEF progressiva, di IRPEG, di imposte indirette,

debba essere tutto progressivo, ma la progressività ha la sua importanza.

**SCOTTI.** Senatore Alberti, mi permetto di ricordare che il Piano sanitario nazionale non è stato a suo tempo varato non per inadempienze del Ministero della sanità, che lo presentò tempestivamente, ma per l'adozione di una procedura che prevedeva un atto bicamerale. Credo che lei convenga su questa precisazione. Infatti, so che la precedente Commissione sanità del Senato si è occupata, ed a lungo, di questo Piano sanitario, dopo che era stato presentato, tra l'altro, al Consiglio sanitario nazionale.

Circa il commissariamento, ha già risposto esaurientemente il dottor Mattei. Vorrei aggiungere che da parte mia lo considero come deterrente e stimolo, non come una soluzione sistematica.

Quanto alle apparecchiature sanitarie, senatore Botti, vorrei ricordare che sono vice presidente del gruppo di elettronica medica, bioingegneria e medicina nucleare dell'ANIE.

Con riferimento al settore della cardiologia, la produzione italiana di apparecchiature è limitata agli apparecchi portatili ed ha un suo notevole mercato privato che paga. A livello di unità coronariche, come per tutte le alte tecnologie, siamo in gran parte importatori di apparecchiature straniere.

Sono pronto a fornire, se lo ritiene opportuno, la situazione di indebitamento delle dieci più grandi aziende che rappresentano il 90 per cento di questo settore. Ciò è esemplificativo e vale anche per l'anestesia, la rianimazione e per altri settori. Per le grandi apparecchiature la situazione è differente. Mi permetto infatti di ricordare che queste ultime non sono finanziate con le spese correnti, ma con le spese in conto capitale, il cui meccanismo di finanziamento è diverso. Nel caso delle cosiddette «tecnologie pesanti» il pagamento, malgrado le lente procedure contrattuali, è sempre effettuato in termini accettabili. Invece, per le forniture correnti, la manutenzione, le riparazioni, i pezzi di ricambio, siamo in una situazione tragica. Confermo che attualmente la media di pagamento è superiore ai trecentocinquanta gior-

ni contro una media europea che va dai trenta ai novanta giorni. La Francia è ultima con una media di appunto novanta giorni.

Per quanto riguarda i progetti di ricerca finalizzati, è vero che il CNR ha lanciato dei programmi, ma questi possono interessare l'industria nazionale solo se riguardano prodotti esportabili, che possano cioè essere collocati commercialmente all'estero, e sostenuti attraverso scuole di medicina che possano rappresentare un preciso punto di riferimento nella sperimentazione e nelle referenze scientifiche. Fare, ad esempio, un ossigenatore, senza questi supporti e pensare di collocarlo sul solo mercato italiano, dove non si contano più di quaranta ospedali che possono adottarlo, è un'esercitazione di ricerca più pura che applicata.

Comunque, sono stati ottenuti ottimi risultati. Ricordiamo ad esempio il settore *pace-makers*. È noto che un'azienda italiana ha ormai raggiunto una produzione superiore al 50 per cento degli apparecchi utilizzati in Italia.

Quanto al dirigente lo vedo solo a contratto. Il dirigente *manager*, si distingue dagli altri perchè non ha la carriera sicura; è pagato moltissimo se rende in proporzione. Se però sbaglia non viene certo promosso per essere trasferito. Cambia mestiere o settore.

Per quanto riguarda i «letti impropri», attualmente, nella durata delle degenze, siamo a livello di quindici giorni. Secondo il Ministero della sanità, il 25-30 per cento della durata delle degenze è fatto in parcheggio, in attesa dell'espletamento delle analisi e degli esami.

Inoltre, una percentuale del 30 per cento del numero delle degenze, è rappresentata dai cosiddetti «ricoveri sociali», che si acuiscono durante le ferie estive. Una degenza media in Italia costa circa 200.000 lire al giorno. Ritengo che una degenza specifica per anziani con cure mediche possa costare almeno il 25 per cento in meno.

Vorrei poi fare un'ultima precisazione: se il Servizio sanitario di Stato pagasse secondo la legge n. 833, cioè a novanta giorni, il risparmio medio sulle forniture, meno che per i prezzi amministrati dei farmaci, sareb-

be mediamente del 12 per cento. Ho esaminato il problema con il Ministero ed ho detto che i fornitori del Sistema sanitario nazionale sono pronti a diminuire i prezzi dal 10 al 15 per cento a condizione che venga rispettata la legge in materia di termini di pagamento.

*MUSCOLO.* Credo, signor Presidente, che ad alcune domande sia già stato risposto in modo esauriente, come a quella relativa all'adattamento dell'industria ai cambiamenti della domanda pubblica.

Vorrei premettere che ho trovato interessanti le domande e le osservazioni fatte dai senatori e che ritengo siano centrate. Sono state fatte affermazioni che non si intende contestare ma che rivelano soltanto un lato del problema; il mio sforzo non sarà quindi tanto quello di dire l'inverso ma solo di attirare la vostra attenzione su altri lati positivi che abbiamo indicato e di invitare la Commissione a fare un bilancio e ad esaminare il meccanismo di evoluzione, i progressi. Ci sono certamente fatti contraddittori, il comparaggio è una iattura che non riusciamo a debellare, lo Stato ha soltanto centosei agenti e riesce a fare tanto con una struttura così ridotta. Quello che ci interessa è che possiate fare un bilancio e vedere i profitti e le perdite nel nostro paese per le prestazioni farmaceutiche, e se i profitti che provengono dal settore farmaceutico in termini di occupazione, di ricerca, di esportazione, di bilancio commerciale, siano sufficienti a coprire i lati negativi.

È stata sollevata la questione dell'allargamento della spesa dai senatori Melotto e Botti: non mi pare che si possa parlare di allargamento della spesa visto che dall'approvazione della riforma ad oggi siamo scesi dal 16,9 al 15,1 per cento, e che la spesa sanitaria non è tra le più alte in Europa. Ciò vuol dire che l'andamento della farmaceutica depone nel senso da me indicato.

Il senatore Melotto ha parlato di assenza di controlli. Ha ragione ma non siamo noi la parte che deve diventare zelante, possiamo solo indicare i meccanismi errati. Spenderò trenta secondi del tempo a mia disposizione per dire questo: nel decreto-legge n. 463 del

1983 relativamente ai sistemi di controllo si è adottato il meccanismo delle fustelle. Si è trovato un meccanismo estremamente sofisticato: ci si basa, cioè, sul sistema del bollino autoadesivo andando incontro a notevoli difficoltà, tanto che non si potrà cominciare prima del giugno 1987 proprio per la complessità di questo meccanismo. Il Ministero si sta preparando a modificare il decreto del giugno scorso perchè i codici da dare alle aziende per individuare i prodotti non sono disponibili, pertanto si slitta al mese di giugno del 1985. Questo comporta soprattutto un costo di 100 miliardi di gestione in quanto si tratta di approvvigionare le imprese e ci sono problemi tecnici notevoli: occorre coordinare la velocità delle macchine con perdite di produttività dell'ordine del 7 per cento. Ci sono invece meccanismi più semplici che potrebbero consentire di far tutto in sei mesi spendendo solo 20 miliardi invece di 100 miliardi.

MELOTTO. Chi ha suggerito quel sistema?

MUSCOLO. Il Ministero della sanità.

MELOTTO. Ci saranno sicuramente degli esperti.

MUSCOLO. Se andrà avanti questo meccanismo parte dell'industria si dovrà attrezzare provvedendo a procurarsi macchinette che sono ancora in fase di studio. Ecco come nasce una domanda indotta. Questo meccanismo è stato impugnato da noi al TAR per l'irrazionalità della scelta dopo che il Parlamento aveva dato all'amministrazione l'alternativa. Lo abbiamo fatto non perchè siamo contro la documentazione ma perchè siamo convinti che la scelta da parte dell'amministrazione del sistema del bollino autoadesivo sia stata non motivata.

Il senatore Melotto ha parlato di concordanza di interessi nel settore; ha ragione, ci sono interessi dell'industria, del medico, del paziente; il ragionamento non fa una grinza. Il problema riguarda il modo con cui interrompere questa concordanza di interessi. Le industrie potrebbero essere finalizzate. Già si è fatto qualcosa, come dicevo prima, sia pure

in chiave generica: l'industria farmaceutica italiana nel 1975 ha avuto solo il 43 per cento di prodotti innovativi, nel 1981 il 76 per cento; l'industria si sta certamente orientando verso un rinnovamento anche di carattere tecnologico.

È stato chiesto se si è in condizione di superare il *gap* esistente per quanto riguarda la ricerca: in aggiunta a quello che ha affermato il dottor Mattei vorrei dire che, secondo indagini con questionari, consultazioni, *hearings*, risulta che il 6 per cento soltanto della spesa per la ricerca proviene da fonte pubblica, tutto il resto proviene dal reddito delle imprese. Nel 1983 l'industria farmaceutica ha speso 438 miliardi nella ricerca; bisognerebbe però misurare la spesa, in quanto potrebbe essere mal gestita ed uno dei modi per misurarla potrebbe essere quello di controllare i risultati della ricerca. Dal 1971 al 1980, secondo una indagine tedesca, ci sono stati 1.515 principi attivi nuovi, di questi 119 riguardano l'Italia che passa da una presenza del 5,34 per cento al 13,24, per cui oggi possiamo già competere con l'Inghilterra. Un altro elemento per misurare questo aspetto è la bilancia tecnologica, quanto paghiamo all'estero per il *know-how* e quanto incameriamo. Abbiamo una situazione pesante ma quello che conta è vedere la dinamica: ebbene, nel periodo che va dal 1970 al 1982 gli esborsi nel settore sono cresciuti del 6,20 per cento laddove per tutto il nostro paese sono cresciuti del 9,69 per cento.

**Presidenza  
del Vice Presidente TROTTA**

(Segue MUSCOLO). Quindi vuol dire che l'industria farmaceutica paga meno di quanto paga il nostro paese nel suo complesso. Diversamente per gli introiti che, sempre nello stesso periodo, sono cresciuti di 25,8 volte per la farmaceutica e di 25,3 per l'intero paese, il che vuol dire che il settore farmaceutico cerca di contribuire a ridurre questo disavanzo notevole del nostro paese con

una velocità maggiore, se si può dire, degli altri settori industriali.

Un altro punto mi pare importante toccare ed è quello posto dal senatore Imbriaco che vorrebbe arrivare ad un prontuario di 1.000 farmaci essenziali.

È possibile, senatore Imbriaco, e lo ha già detto anche il dottor Mattei, quali che siano i limiti della domanda pubblica e di ciò che lo Stato vuole stabilire come prestazione farmaceutica (questo compete al potere politico, noi non possiamo che adeguarci); tuttavia direi che potrebbero bastare anche duecento se accettiamo il concetto dell'OMS, che è forse opportuno, però, reinterpretare nel suo significato. Infatti l'OMS quando ha fissato l'elenco dei duecento farmaci essenziali ha indicato il minimo vitale che ciascun paese emergente del terzo mondo, se vuole fare un minimo di assistenza sociale secondo un grado di civiltà, deve avere; si tratta, quindi, del «pavimento» dell'assistenza farmaceutica.

Da qui, si può arrivare anche al ventaglio dei farmaci di conforto o dei farmaci per piccole terapie; c'è veramente una serie di soluzioni che il Parlamento potrà individuare. E ciò, secondo me, non è strano, perchè la Svezia, per esempio, da tempo segue questo criterio: le malattie che devono essere tutelate a carattere gratuito — di conseguenza anche le farmacoterapie ad esse attinenti — sono stabilite con legge del Parlamento.

Vorrei ora spendere una semplice parola sul discorso della essenzialità dei farmaci e del problema sollevato dalla senatrice Ongaro a proposito dei farmaci inutili.

Sul discorso del 60 per cento di farmaci inutili vorrei rispondere anche con una battuta sul piano logico. Questa battuta del 60 per cento di farmaci inutili vigeva anche nel 1962 quando i farmaci erano 26.000. Noi ce la sentiamo ripetere anche adesso quando essi sono 12.500 in commercio e 7.800 nel prontuario terapeutico.

Stabilito questo, per quanto riguarda i farmaci che possono essere considerati di secondaria importanza, devo citare un episodio molto breve, ma reale, avvenuto in occasione del terremoto nel Friuli. Abbiamo allora fiancheggiato il sistema pubblico nei mez-

zi di soccorso organizzando l'incontro collettivo, dai nostri centri industriali di Roma, di Bologna e di Milano, dei prodotti di massima emergenza.

Mi ha colpito allora, forse per la mia impreparazione, il fatto che il commissario da Udine continuava a chiedere i prodotti lassativi, i microprodotti, perchè in una situazione da terremotati — vita in un villaggio o in un attendato — si trattava di un farmaco estremamente importante, specialmente per i bambini.

Occorre quindi, senatore Imbriaco, rettificare il concetto dell'essenzialità.

**IMBRIACO.** Concordo con lei, ma il problema è di sapere — perchè vedo che oltre tutto lei parla da tecnico di assoluta preparazione — se lei ritiene che negli 8.000 farmaci che noi abbiamo oggi nel prontuario ci sia una gran parte assolutamente inutile, nel senso che si può tranquillamente scaricare da quel dovere che ha lo Stato di tutelare non la piccola patologia o l'emergenza assoluta da terzo mondo, ma il 99 per cento della nosologia che noi registriamo nel nostro paese. Avevo parlato di 1.000 farmaci, non di duecento.

**MUSCOLO.** Senatore Imbriaco lei ha ragione a ritenere che possano esserci dei farmaci superati, obsoleti. La nostra produzione avanza regolarmente; scalziamo farmaci superati o semisuperati, che non raggiungono l'effetto, con farmaci nuovi. Se lei guarda la terapia per l'ulcera gastroduodenale, soltanto cinque anni fa la curavano con il carboxenolo, oggi, invece, la curiamo con la ranetidina che ha evitato perfino gli interventi chirurgici. Oggi chi non si vuole operare di ulcera deve soltanto prendere questo farmaco.

Il senatore Botti scuote la testa, ma è una scelta; semmai si arriverà ad una farmacodipendenza.

**IMBRIACO.** Il senatore Botti scuote la testa perchè è un chirurgo.

**MUSCOLO.** Se lo Stato, quindi, riduce la propria domanda, la riduce anche sotto il

profilo tecnico, perchè la via più corretta non è tanto quella di agire sul prontuario a quel fine; c'è la via maestra, che è quella comunitaria europea, della revoca della registrazione. A questo scopo c'è già un programma concordato di revisione, ci sono delle scadenze fisse alle quali presentare tutti i farmaci a seconda della loro anzianità.

Quello che mi preoccupa, invece, è che la domanda possa mutare ed essere sottoposta a colpi di fendente da legge finanziaria in legge finanziaria. Programmare un prontuario anche di 1.000 farmaci o di 5.000 o di 200, da qui a dieci anni, è un discorso possibile, ma si tratta di realizzare soltanto delle regole, tra le quali vorrei innanzitutto ricordare il rispetto della concorrenza tra le aziende, cioè che i trasferimenti dal settore pubblico a quello privato avvengano senza creare distorsioni di mercato, senza far sì che determinati farmaci rimangano nel prontuario a fare la concorrenza agli altri concorrenti che per determinare tipologie sono estromessi.

Riteniamo che sia necessario stabilire tempi adeguati. Ecco un punto che forse interessa anche la sua parte politica perchè conosciamo, giustamente, certe avversioni: perchè passare al mercato privato dei restanti farmaci di colpo, passando dalla gratuità al 100 per cento del carico? Quale interesse si ricava per il cittadino a dover passare dalla gratuità, per i farmaci di cui si vuole sospendere l'erogazione, al totale costo a suo carico?

Tornando ancora una volta sul discorso dei farmaci più o meno inutili (per esempio tra una categoria che potrebbe essere indiziata di estromissione sotto questo giudizio relativo ci sono i vasoattivi cerebrali, cioè quei farmaci che servono prevalentemente per la persona anziana) domando, soprattutto a voi medici, qual è il vantaggio che le persone anziane ricavano da questa terapia? Voi sapete quanto sia importante per il loro modo di vivere la quota che derivante dalla gratuità di questi farmaci. Se voi ritenete che sono farmaci che non vanno più erogati tirateli fuori. Ma che senso ha levarli dal prontuario per passare poi al 100 per cento del pagamento?

Avete realizzato, giustamente, il 15 per

cento di cittadinanza italiana esente dal *ticket*, tra cui i pensionati, e poi di colpo portate a pagare il 100 per cento per i farmaci per i quali invece i cittadini sono stati esenti addirittura anche dal 15 per cento. Ci sembra che ci sia almeno una contraddizione.

Allora, non è preferibile che l'estromissione dal prontuario avvenga gradualmente e, se mai, con un gravame di partecipazione progressivo che riduca l'aspetto traumatico del cambiamento?

Credo poi che l'ultima domanda riguardasse le aziende estere con il loro fatturato in Italia. Questo è un problema che riguarda tutti i paesi. In Italia ci troviamo con il 52 per cento di capitale estero. Voglio ora fornire altri dati: nella Gran Bretagna il capitale estero assorbe il 59 per cento del fatturato; in Francia il 42 per cento; in Germania il 32 per cento; in Belgio l'80 per cento. Credo quindi che nel campo farmaceutico la presenza delle multinazionali sia irrilevante perchè fa parte dell'avanzamento di tutta la tecnologia mondiale.

**BONANNO.** Sarò brevissimo anche se sono stato chiamato in causa da quasi tutti i senatori che sono intervenuti. Desidererei chiarire che non è assolutamente vero che l'ospedalità privata prospera dove vige «la legge della giungla» oppure «il disordine pubblico». Alcuni dati mi dicono — non so se siano esatti al massimo — che la nostra percentuale di utilizzazione dei posti-letto è dell'89,07 per cento in campo nazionale; del 93,44 per cento in Lombardia; dell'88,11 per cento in Sardegna; dell'82,02 per cento in Sicilia; del 90,99 per cento in provincia di Bolzano, del 92,89 per cento in Veneto.

Non riesco quindi a capire in quale luogo sia la giungla: se in Lombardia, in Sardegna, in Sicilia, in provincia di Bolzano o in Veneto.

**IMBRIACO.** E in Veneto quante cliniche private esistono?

**BONANNO.** In Veneto abbiamo 1.770 posti-letto con ventiquattro case di cura convenzionate.



IMBRIACO. A Roma, invece?

BONANNO. A Roma non so esattamente, ma nel Lazio sono centodue con circa 10.000 posti-letto. In Calabria trentasei case di cura con circa 3.200 posti-letto. Parlo di posti-letto in convenzione; se, poi, vengono usati posti-letto anche non in convenzione, il discorso non può interessare in questo momento.

Io noto, poi, che proprio dove vi è un certo ordine pubblico sanitario, come in Lombardia, in Veneto, le case di cura private hanno una occupazione abbastanza alta.

È stato chiesto perchè l'AIOP non si è data un codice di comportamento o un meccanismo di autocontrollo. Non esiste un vero codice di comportamento, ma le leggi sono state tali che automaticamente hanno portato a seguire un certo codice: le classificazioni delle case di cura, in base al decreto ministeriale del 1975, sono state fatte con molto rigore — il senatore Melotto, che allora era Assessore alla sanità alla regione Veneto, sa quante case di cura sono state chiuse perchè non avevano i requisiti richiesti dal decreto ministeriale —; ecco il nostro codice: adeguarsi alle leggi e alle disposizioni regionali vigenti. La stessa classificazione è stata fatta molto bene, anche in Sicilia e in Calabria, con rappresentanti di parte pubblica e di parte privata. Naturalmente la parte pubblica — maggiormente rappresentata — non ha largheggiato nella classificazione ed infatti in Calabria, come mi è stato chiesto, non vi è stato un aumento di posti-letto rispetto a quelli che vi erano in precedenza.

Per terminare, rispondo alla domanda, abbastanza importante, sui costi. Noi non intendiamo fare un confronto *sic et simpliciter* dei costi delle case di cura con quelli degli ospedali. Vi è un notevole divario tra le due strutture ma la forbice è troppo aperta; il comparto pubblico ha senz'altro un ruolo diverso, comunque qualunque paragone diventa difficile. Per quanto riguarda, però, il rapporto costo-benefici, dobbiamo dire che risulta abbastanza soddisfacente per le case di cura e siamo pronti a qualsiasi verifica su

ciò, e sarebbe auspicabile un accertamento condotto con obiettività e serenità.

Vi è tuttavia un altro punto che mi sembra importante e di cui stasera non ho inteso parlare — si è accennato solo alla funzione e all'inserimento complementare delle case di cura nel Servizio sanitario nazionale —, e cioè quello della libera scelta del medico e del luogo di cura, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione. Sembra quasi che i cittadini debbano essere esclusivamente indirizzati verso il settore pubblico, e solo in mancanza di posti-letto, eventualmente possano essere indirizzati verso il settore privato. Ora, noi vogliamo far osservare che l'articolo 32 della Costituzione è la base della legge n. 833, in quanto tutela il «bene salute», non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo e, quindi, deve essere tenuto presente anche nel convenzionamento con le case di cura private, perchè noi non desideriamo che detto convenzionamento avvenga soltanto sulla base di rapporti numerici o di analoghi parametri (tra l'altro sempre opinabili e quasi mai rappresentativi delle reali esigenze di assistenza). In tal caso si porrebbe in contrasto con i principi costituzionali, i quali viceversa impongono che ai cittadini sia assicurato il diritto della libera scelta nei limiti oggettivi della regolamentazione dei servizi sanitari (articolo 19 della legge n. 833). È chiaro quindi che si tratta di verificare se le disposizioni legislative riguardanti l'ospedalità privata abbiano trovato in concreto l'applicazione e se quando sono state effettivamente attuate, questo sia avvenuto correttamente.

Manca lo schema previsto dal decreto delegato n. 761 del 1979 (articolo 35) per l'utilizzazione delle strutture sanitarie private ai fini dell'esercizio della libera attività professionale del personale medico; detto schema viene richiesto non solo dagli operatori della ospedalità privata ma anche dalle USL e dalle Regioni.

La libertà di scelta pone come indispensabile corollario la necessità che tra i servizi sanitari siano oggettivamente considerati i presidi e le strutture private, con funzioni

complementari — nei sensi già indicati — rispetto ai presidi ed alle strutture pubbliche come del resto, è stato già detto dal senatore Alberti e dallo stesso Presidente.

*CAMPARI.* Spero che gli onorevoli senatori vogliano farmi l'onore di leggere la breve memoria che ho inserito nel materiale consegnato alla Commissione, dove forse alcune domande da loro poste possono trovare una risposta meglio organizzata; in essa si prevede un po' tutto il meccanismo gestionale, dal medico di base all'ospedale, agli indicatori di controllo. Quando parlo di competizione non intendo dire che questo deve essere l'obiettivo del servizio ma un mezzo per conseguire l'obiettivo, che deve essere il livello di servizio all'utente. Dove si introduce la competizione si migliora la qualità del servizio sanitario, in cima al quale deve stare l'utente, il cliente. In questi anni noi abbiamo trascurato le «assicurazioni di qualità» le *quality assurances* di tipo americano, ma anche inglese e svedese. Su questo argomento vi è una documentazione molto ampia, ma non posso parlarne nel breve tempo che ho a disposizione. Il termine «assicurazione» è preferibile a quello di «controllo», che a me non piace, come non piace agli americani, quindi parliamo di assicurazione. Le *quality assurances* sono a tutti i livelli sanitari: esami di laboratorio, esami di radiologia, casi clinici trattati all'interno degli ospedali. Sono meccanismi che si instaurano sulla base di realtà ben precise e non è affatto vero che troviamo resistenze da parte dei medici, se ne sono coinvolti. A seguito di esperienze che posso definire positive, posso affermare che i medici sono disponibili a discutere regolarmente, definendo protocolli di tipo diagnostico e di tipo terapeutico, naturalmente sempre nello ambito della loro professionalità e senza interesse.

A questo punto rispondo anche ad una domanda che riguarda un certo tipo di competitività, pubblica o privata. È chiaro che le distorsioni dei meccanismi competitivi vanno combattute e tra queste il comparaggio, che non è un meccanismo competitivo. Vi sono vari meccanismi per combattere le distorsioni e in questa direzione deve essere

anche affrontato il problema delicatissimo della compatibilità del medico operante contemporaneamente in strutture pubbliche e in strutture private. È questo un elemento di fondo che, ripeto, per quanto sia delicato, va comunque affrontato, perchè è come se un *manager* di un'industria fosse anche *manager* di un'industria concorrente, il che non mi risulta che sia possibile. La chiarezza del resto gioverebbe anche ai medici privati seri, i quali sono sufficientemente stanchi di essere assimilati ai medici meno seri.

A proposito della domanda sul finanziamento come meccanismo competitivo devo dire che i meccanismi organizzativi, quelli di finanziamento e di coinvolgimento richiedono studi approfonditi, modelli e sperimentazioni. Noi facciamo poco di tutto ciò; facciamo pochissimi modelli e non li sperimentiamo mai. Risponderò ora alla domanda del senatore Melotto proponendo un meccanismo che dovrebbe essere ulteriormente approfondito e quindi sperimentato.

Attualmente i costi di ogni USL possono essere divisi in costi interni, che sono i costi di gestione delle strutture che le appartengono, ed in costi esterni, rappresentati dai pagamenti dei farmaci e dai rimborsi verso le case di cura private e le strutture ambulatoriali convenzionate.

Con un buon sistema informativo locale si potrebbero valutare le richieste presso le altre USL e valorizzarle ad un prezzo pari a quello indicato per il convenzionamento esterno. Le USL che «perdono», i loro iscritti si troverebbero così ad affrontare un forte aumento dei costi esterni, mentre le USL che li attirano godrebbero di un interessante aumento delle entrate. Il meccanismo proposto avvantaggia colui che meglio gestisce il servizio. Questa ipotesi, certamente imperfetta, potrebbe dare al *manager*, ammesso che ci sia un *manager*, che dovrà gestire la USL, la misura del flusso di denaro che si dirige al di fuori, non solo verso la struttura privata ma anche verso la struttura pubblica che ha saputo meglio gestire il rapporto con il paziente.

Credo, quindi, che il meccanismo di competitività nasca, come ho detto prima, anche e soprattutto a livello del finanziamento e

che il *manager* debba verificare la destinazione dei flussi finanziari, l'utilizzazione delle risorse che gli sono state messe a disposizione e il comportamento dei pazienti quando, rivolgendosi ad altre strutture, assorbono le riserve delle USL di appartenenza; sulle quali il *manager* viene misurato. In questo processo deve essere coinvolto anche il medico di base: si parla di protocolli diagnostici e farmaceutici, si parla di indicatori di consumo in questo senso. Benissimo, si coinvolga il medico di base e — come avviene, ad esempio, nelle HMO americane — a fine anno, se l'USL chiude entro determinati *budgets*, o magari chiude con qualche attivo (in alcune già accade), ci sia un minimo di redistribuzione di questo attivo anche a livello dei medici.

Si tratta di meccanismi di coinvolgimento già studiati e sperimentati, io ho portato un esempio piuttosto semplice, ma ci sono anche sofisticazioni molto più avanzate in materia. È chiaro, comunque, che il medico di base va coinvolto perchè è l'elemento determinante della spesa sanitaria, è al vertice della piramide da cui discende la spesa.

Volevo, infine, rispondere ad una domanda del senatore Bompiani che mi sembra molto importante. Egli ha detto che le Università dedicano scarsa attenzione alla formazione dei *managers* e ciò è senza dubbio vero. Tuttavia mi chiedo, essendo in un certo qual modo *manager* nell'ambito della sanità, che tipo di prospettive potrei avere se qualcuno mi offrisse la possibilità di andare a dirigere un grande ospedale, ad esempio Niguarda. Potrei accettare un contratto a termine perchè il problema della stabilità dell'impiego per i dirigenti non esiste, ma non potrei invece accettare l'impossibilità di operare. Mi saranno dati gli strumenti affinché possa veramente fare il *manager* e conseguire determinati obiettivi? E viceversa, per quale motivo dovrei fare presso l'Università il corso per *managers* se poi non riesco a trovare sbocchi operativi?

Queste sono le domande di fondo che è necessario porsi. Occorrono, certo, adeguate strutture nell'ambito delle Università, ma si deve anche dare a chi ne usufruisce la possi-

bilità di aver giusti sbocchi per la carriera e, quindi, preparare questi sbocchi. Se tutto ciò sarà fatto credo che si potranno trovare *managers* disponibili e che questo meccanismo potrà così avere un inizio. Ritengo che il dirigente dovrebbe essere a contratto e che potrebbe anche fare carriera, passando da USL piccole ad USL più grandi. I dirigenti di azienda sviluppano la loro carriera anche in questo modo, da direttore generale di una piccola azienda a direttore di una più grande.

C'è, quindi, un certo tipo di sviluppo per la carriera che potrebbe attirare una classe manageriale ad entrare nel Servizio sanitario nazionale.

Vi è poi un'ultima questione, se il *manager* debba o no essere medico. Si tratta di una domanda piuttosto difficile. A mio parere può essere medico nella misura in cui riesce ad essere *manager*, ma può anche non essere medico (io, ad esempio, sono ingegnere e faccio il *manager* in una struttura sanitaria piuttosto grande da dodici anni). L'importante, comunque, è avere il coraggio di despecializzarsi. Il medico, in genere, ha una certa resistenza ad abbandonare la sua professionalità di medico, ma se avrà il desiderio di abbandonarla, di despecializzarsi ed apprendere quella cultura despecializzata che è tipica della direzione generale, potrà allora benissimo fare il *manager* come, d'altronde, potranno farlo anche altri laureati, altre persone che vogliano intraprendere questa carriera.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti per le risposte ed i chiarimenti che hanno cortesemente fornito alla Commissione e dichiaro conclusa l'audizione.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 20,20.*