

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

3^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 GENNAIO 1984

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE**Audizione del professor Antonio Brenna, del professor Salvatore D'Albergo, del professor Dino Piero Giarda e del professor Ernesto Veronesi**

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 16 e <i>passim</i>	<i>BRENNA</i>	Pag. 9, 14, 34 e <i>passim</i>
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	29	<i>D'ALBERGO</i>	3, 30
COLOMBO SVEVO (<i>DC</i>)	29	<i>GIARDA</i>	16, 38
MELOTTO (<i>DC</i>)	27	<i>VERONESI</i>	21, 39
RANALLI (<i>PCI</i>)	27, 36, 37		
ROSSANDA (<i>PCI</i>)	14, 28, 37		
TROTTA (<i>PSI</i>)	28		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Antonio Brenna, il professor Salvatore D'Albergo, il professor Dino Piero Giarda e il professor Ernesto Veronesi.

I lavori hanno inizio alle ore 9,45

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria: è in programma oggi l'audizione del professor Antonio Brenna, docente di economia sanitaria, presso l'Università di Pavia, del professor Salvatore D'Albergo, docente di diritto pubblico presso l'Università di Pisa, del professor Dino Piero Giarda, docente di scienze delle finanze presso l'Università cattolica di Milano e del professor Ernesto Veronesi, dell'Assessorato alla sanità dell'Emilia Romagna.

Vengono quindi introdotti il professor Antonio Brenna, il professor Salvatore D'Albergo, il professor Dino Piero Giarda e il professor Ernesto Veronesi.

Audizione del professor Antonio Brenna, del professor Salvatore D'Albergo, del professor Dino Piero Giarda e del professor Ernesto Veronesi.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome di tutta la Commissione gli esperti convocati. L'audizione dei professori Veronesi, Giarda e Brenna sarà incentrata essenzialmente su problemi di ordine finanziario; quella del professor D'Albergo su problemi di ordine strutturale. È evidente comunque che gli auditi potranno anche parlare di problemi di altra natura, sempre che rientrino nelle finalità dell'indagine conoscitiva.

Sarà utile integrare gli interventi con testi scritti ed eventualmente estratti di lavori già pubblicati, in modo che la Commissione si possa formare un'opinione circostanziata sui problemi in esame, tenendo sempre presente

che il lavoro della nostra Commissione è finalizzato alla futura attività legislativa.

Do quindi senz'altro la parola al professor D'Albergo.

D'ALBERGO. Intervengo per primo per esigenze di ordine dei lavori, anche se a mio avviso i problemi istituzionali risultano più proficuamente valutabili alla fine di un'indagine, e non all'inizio. Ciò deriva dall'essere tali problemi «sovrastrutturali», il che non implica una visione meccanicistica della realtà giuridica. Ci si richiama giustamente agli interpreti del diritto, e alla necessità di valutare contenuti e finalità delle forme istituzionali; sarebbe a mio avviso opportuno che una simile valutazione avvenisse, oggi, dopo aver esaminato i problemi di ordine finanziario.

I problemi istituzionali sono al centro dell'attenzione politico-culturale sia per gli aspetti generali del funzionamento del sistema politico, sia per la funzionalità della riforma sanitaria. È importante — ripeto — essere capaci di leggere l'intreccio tra obiettivi e strumentazione istituzionale delle riforme. La Commissione sanità si è assunta il compito di approfondire le questioni all'ordine del giorno, comprese nel tema più generale della riforma sanitaria. È necessario quindi dare una valutazione di insieme che tenga conto, in un determinato arco di tempo, del valore complessivo della riforma sanitaria. Per far ciò occorre essere consapevoli del fatto che la riforma sanitaria è la prima riforma amministrativa tentata nell'ordinamento italiano dopo l'entrata in vigore della Costituzione; tale consapevolezza non è purtroppo particolarmente diffusa tra coloro che studiano la riforma sanitaria dal punto di vista istituzionale. La mia non vuole essere una sottolineatura enfatica, ma desidero cogliere alcuni elementi di difficoltà interpretativa derivanti dal fatto che si tratta della prima legge amministrativa di riforma dopo l'istituzione delle Regioni, e l'emanazione della legge di trasferimento delle funzioni dello Stato alle stesse con il relativo decreto di attuazione, che traccia le linee fondamentali di riforma dell'amministrazione pubblica. Questa premessa vuole essere ricognitiva

degli elementi di novità nell'avvio di un processo riformatore più generale, quello che da un lato ha le sue basi nell'ordinamento regionale e dall'altro attende di essere completato dalla sempre più invocata e troppo a lungo rinviata riforma delle autonomie locali. Se non ci si colloca in questo contesto, ogni valutazione più analitica dei singoli aspetti della riforma sanitaria può facilitare quelle deviazioni e contrapposizioni interpretative certamente note ai membri di questa Commissione.

Quali sono dunque gli elementi di novità della riforma sanitaria? In un campo di interesse sociale, quale quello sanitario, si è introdotto un «servizio nazionale», termine che potrebbe di per sé apparire ovvio, se non si tenesse conto dell'intreccio dei ruoli istituzionali che è proprio della complessità ed unità dell'ordinamento repubblicano, intreccio che si esprime nella ripartizione dei compiti, previsti dalla Costituzione, tra Stato centrale, Regioni ed enti locali. È proprio nell'articolarsi dei diversi livelli istituzionali che deve essere valutata la novità rappresentata dal Servizio sanitario nazionale. In tale ottica occorre innanzitutto avere consapevolezza, non solo politica, ma più generalmente culturale, del fatto che il Comune è anche esso elemento dello Stato repubblicano. È questa una delle difficoltà teoriche maggiori, intendendo con il termine «teorico» il nucleo essenziale dei significati da attribuire ai dati concreti. Pertanto, o riconosciamo nel Comune l'elemento di base di una Repubblica organizzata per ripartizione di compiti, riuscendo in tal caso a comprendere meglio il valore delle attribuzioni di competenza sul territorio nel superamento della vecchia legislazione, oppure si accentuano le difficoltà interpretative legate alla natura delle USL come strumenti dei Comuni.

C'è un momento centrale e un momento decentrato che è politico; vorrei qui sottolineare la natura politica della Regione. Pesa molto, almeno da qualche anno, l'inconsapevolezza della natura politica della Regione e particolarmente della natura politico-amministrativa della Regione e degli enti locali nei rispettivi rapporti. La questione della riforma sanitaria trova come suo punto chia-

ve la USL, non tanto quale terminale (secondo una visione «strutturale», statica) del Servizio nazionale, ma quale espressione centrale di un sistema caratterizzato dalla destinazione funzionale al perseguimento dei fini per i quali la riforma sanitaria è stata concepita.

A mio avviso il dibattito sulla natura delle USL non può approdare a risultati validi se formalisticamente ricollegato alle categorie concettuali già note (azienda municipalizzata, azienda autonoma) perchè, al contrario, si tratta di verificare la centralità nell'assolvimento di compiti istituzionali sul territorio da parte di organismi immediatamente collegati con la domanda sociale e per la soddisfazione di questa.

Mi rendo conto della generalità dell'approccio con cui inizia questo mio intervento, che mira ad individuare gli elementi decisivi della questione, ma a mio avviso viene troppo esasperata — parlando della riforma sanitaria — la contrapposizione tra Costituzione «formale» e «materiale». Non condivido molto questa contrapposizione, neanche in sede teorica generale: a mio avviso non si vuole tener conto che, per quante possano essere le cause di mediazione tra realtà effettiva di funzionamento dell'istituzione e disegno formalizzato di tale funzionamento, è intrinseca alla natura del diritto e al rapporto tra diritto scritto e vita reale una dialettica permanente e varia. Nella vita di un sistema giuridico si constaterà sempre un certo grado di «elasticità»; davvero singolare sarebbe pertanto, proprio di fronte a quella che ho detto essere la prima riforma amministrativa italiana, l'immagine della riforma sanitaria come campo in cui il diritto è meno fedele a se stesso. Il diritto è sempre coinvolto nel complesso rapporto dialettico della posizione di un dato normativo, e della sua proiezione nella funzionalità reale che sono capaci di fornirgli i soggetti in esso coinvolti. Non è vero che la riforma sanitaria, nel farci individuare un campo di esperienza nuova, proprio come tale si presenta più censurabile di qualunque altro elemento del sistema giuridico. Questo pone un problema di riflessione scientifica ben più serrata, e nello stesso tempo liberata da quegli elementi di artifi-

ciosa drammaticità prodotti da un approccio metodologicamente non corretto, piuttosto che dai dati reali che ci risultano.

Domandiamoci, allora, come mai ci sono quegli aspetti di disfunzione che si presentano ovunque nell'ordinamento, e quindi anche nella riforma sanitaria; che cosa vi è di specifico in questa? Vi è da rilevare già il fatto stesso della novità «generale» che la riforma induce nel sistema. Se parliamo della riforma sanitaria come della prima riforma amministrativa italiana, non possiamo non tener conto, nonostante che io abbia detto che ciò fa seguito alla introduzione delle Regioni, degli statuti regionali, e alle leggi di trasferimento di funzioni dello Stato alle Regioni, che la legge di riforma sanitaria intervenuta nel 1978 introduce una novità complessiva; e allora, come appare anche dagli studi che si sono cominciati a fare in termini di «fattibilità delle leggi», e come risulta da un contributo alla commissione presieduta dal professor Barettoni-Arleri proprio per fornire alle Camere elementi di conoscenza più specifica sul rapporto tra legge e sua attuazione, un disegno di complessivo e organico come quello della legge sulla riforma sanitaria del 1978, se ha un difetto ha quello che può presentare una riforma quando è prevista come schema organico formale, senza la precisazione dei tempi di dislocazione dei passaggi necessari per la realizzazione dei singoli elementi della riforma stessa.

In altri termini, quando ci si domanda quali siano i tempi «tecnici», entra in campo la *querelle* dei rapporti tra «tecnica» e «politica», mentre tutti i problemi sono politici, da quelli che più visibilmente appaiono come «sintesi» di valori a quelli che meno corposamente appaiono negli aspetti «analitici»; sicché il disegno organico di una legge come la riforma sanitaria può essere criticato, tenuto conto delle esigenze di funzionalità, in quanto non si sono saputi prevedere i necessari tempi di graduale attuazione delle singole fasi. Chi lamentasse che la materia sia regolata da una legge della Repubblica, intesa come legge nazionale, che prevede interventi del potere centrale, regionale, locale, non tanto avrebbe ragione di lamentar-

si della complessità della legge, che corrisponde alla dimensione del sistema socio-politico, quanto della mancata previsione dei tempi, della cadenza di quello che è pur sempre un complesso processo di elaborazione. Ancora più specificamente: entro quando la Regione deve provvedere? Dico questo con la consapevolezza che questi termini non possono non avere (nel linguaggio a noi noto) che carattere «ordinatorio», in quanto è difficile avere un termine con reale efficacia «perentoria»; ma poichè i nostri ragionamenti si svolgono ormai tutti in termini di programmazione, bisogna che il legislatore, nell'atto di prevedere una struttura complessa, nel momento stesso di creare una struttura, preveda la programmazione organizzativa, consapevole che ogni disegno programmatico implica la processualità nei rapporti istituzionali. Creare una istituzione complessa è programmare la vita di un ordinamento complesso, cioè programmare la dinamica di questa organizzazione, e non solo dei suoi obiettivi, a cui si vuol riferirsi in modo esclusivo quando si parla di «programmazione». Quindi la complessità di un Servizio sanitario nazionale come il nostro, ci deve essere presente non solo quale era nel momento in cui si elaborava la legge, ma anche come si delinea nel momento in cui la si vuol ritoccare, perchè solo così si può permettere alla discussione di passare ad un livello più avanzato rispetto a quello da me ricordato.

Perciò, quando ci si orienta a ritoccare il Servizio nazionale secondo lo *slogan* «riforma della riforma», occorre chiarire in qual senso è corretto ritoccare un ordito normativo del quale a prima vista direi che si presenta come un disegno organicamente significativo di finalità nuove e apprezzabilmente perseguibili. Tenuto allora conto della possibilità di constatare dei difetti di funzionamento, anzichè cogliere una causa generale nella «incapacità del legislatore» — non condivido in generale una formulazione sulla capacità del legislatore, dato che non c'è una scienza della legislazione, perchè la legge è un accordo politico più o meno complesso e proprio la legge del 1978 sulla riforma sanitaria ce ne dà tutti gli elementi di verifica — dovremmo segnalare i rimedi ai possibili

difetti di funzionamento, come quelli relativi ai tempi cosiddetti «tecnici» che poi sono obiettivamente «politico-sociali», dato che la scansione delle fasi corrisponde al pluralismo dei soggetti che intervengono nelle fasi di un processo programmatorio.

Chiarito questo, vediamo come il significato di questa articolazione istituzionale, in cui sottolineo la centralità delle USL, deve essere valutata. A mio avviso tale articolazione va apprezzata, tenuto conto della duplicità del ruolo del giurista, che un tempo interveniva solo dopo l'emanazione delle leggi, mentre ora, dopo il Sessantotto, collabora allo sviluppo stesso delle istituzioni, anziché solo valutarle da un punto di vista statico. Ciò si riflette su quella che in ogni caso rimane la funzione interpretativa del dato normativo; ed ho notato che la tendenza dei giuristi interpreti della legge di riforma sanitaria è quella di applicare «categorie concettuali» che fanno parte del corpo di conoscenza del mondo del diritto valide, così come si usa dire, *sub specie aeternitatis*, astraendo dai processi che incidono su tali «categorie».

Ora, il rischio di applicare meccanicamente questo canone interpretativo, è appunto quello di far sì che questa centralità della USL non riesca ad emergere.

Così nella domanda: «Ma l'USL è o non è ente?», ed a quella: «Ma l'USL è amministrazione autonoma o no?», si ha già implicito il tipo di risposta che deriva dal porre quella questione nei canoni formali tradizionalmente recepiti.

Con questo non voglio sottintendere che sia di per sé un passo in avanti il fatto che negli anni Settanta sia cresciuto un linguaggio giuridico diverso, per così dire «atecnico» e «grezzo». Gli studiosi abituati a canoni interpretativi consolidati, di fronte alla parola «organismo» fanno opera di rimozione; ma è certo che negli anni Settanta, anche nel contesto legislativo, è entrata la locuzione «organismo», che potremmo chiamare intrusa, e che nella concettualità tradizionale del diritto è un «non senso». I giuristi infatti usano dire *tertium non datur* per indicare l'esigenza di una definizione certa; in questo caso, alla domanda: «organo, ente od organi-

smo?» il *tertium non datur* chiama una risposta ovvia.

Con ciò io non voglio legittimare l'introduzione come categoria concettuale nuova, di «organismo», ma avvertire che se vogliamo definire la USL come ente o come organo (sia pure della specie «amministrazione autonoma»), deliberatamente assumiamo concezioni culturali e scientifiche che, nella normativa precedente la legge di riforma sanitaria, trovavano un fondamento diverso nella realtà che è alla base di istituzioni conseguentemente denominate «ente», «organo» (o «azienda autonoma»).

Ma quando interviene una legge come quella del Servizio sanitario nazionale (e risalgo alla notazione introduttiva, secondo cui siamo di fronte alla prima riforma amministrativa) noi siamo obbligati, come interpreti, non tanto a criticare la formulazione legislativa dubitando che il legislatore abbia saputo operare entro i canoni culturali e scientifici elaborati in dottrina con riguardo ad un'altra realtà giuridica; quanto, al contrario, a domandarci se le novità istituzionali non comportino modifiche di quei moduli teorici che risultano inconferenti.

Ora, questi richiami di metodo interpretativo, questi richiami culturali, non li ho fatti per esigenze che non interessano questa Commissione, se non in via incidentale, ma per meglio verificare se il funzionamento delle USL sia interpretabile secondo le caratteristiche formali di altri istituti giuridici, o non piuttosto in base alle caratteristiche nuove con cui si presenta la formula istituzionale comprendente le USL. A mio avviso, i problemi in discussione sono tutti ricollegabili a tali valutazioni teoriche, tanto è vero che (come probabilmente sarà emerso già nell'audizione in cui sono intervenuti i colleghi Pastori e Roversi Monaco), nel dibattito culturale che ha accompagnato l'elaborazione della riforma sanitaria, ci si domandò se proporre l'istituzione di una «amministrazione settoriale», che potesse quindi manifestare a livello locale caratteristiche che già avevano gli enti burocratici nazionali (rimanendo perciò nell'ambito di una medesima tipologia), o se invece proporre la creazione

di una disciplina della sanità, che non può non avere secondo un linguaggio convenzionale carattere settoriale. Ma io non sono tanto d'accordo di chiamare «settoriale» la sanità, anche se la tendenza è quella di chiamare così ciò che è «specifico» nella «generalità» del sistema, ed ogni interesse settoriale diventa «corporativo» nella misura in cui in concreto ogni contenuto specifico della vita sociale venga scisso dai valori generali. Allora io stento a definire «settoriale» la riforma sanitaria poichè si tratta di un contenuto che attiene ad uno dei valori fondamentali della vita, della società e dell'ordinamento, in cui c'è una ripartizione di competenza tra Stato e Regioni che contestualmente coinvolge l'assetto generale del potere.

Si tratta dunque di un valore generale che, come tale, ha una sua collocazione e «identificabilità» specifica, così come avviene, oltre che per la sanità, per l'assistenza e per l'ambiente, tanto per prendere ad esempio alcune denominazioni di quelli che sono stati chiamati «settori organici di materie» già individuati nella riforma avviata con la legge n. 382 del 1975. In realtà, dicevo, si tratta di un valore generale: così come e corrispondentemente è un valore generale l'assetto del potere locale, e la creazione delle USL assume significato se si apprezza il tentativo (io mi permetto di chiamarlo «tentativo», pensando che tutta la vita dell'ordinamento, è un tentativo) di delineare nell'ordinamento una strada nuova, partendo dal campo dei valori della sanità per trasformare l'organizzazione del potere mediante il coinvolgimento di tutte le sedi istituzionali, da quelle del centro fino a quelle che sono sul territorio, sì da organizzare diversamente la struttura del potere locale.

I problemi sorti con riguardo alle USL, per il richiamato ruolo di centralità ad esse riconosciuto, derivano dal fatto che la USL è in base alla legge un «complesso di servizi». E allora bisogna comprendere che nel Servizio sanitario nazionale la USL, mentre appare come un «terminale» nei rapporti istituzionali ha operativamente un ruolo «centrale»; che ha la difficoltà, nel momento stesso in cui ne ha l'ambizione (è importante sapere

che ha questa ambizione), di coinvolgere la complessità dei problemi che il cittadino vive sul territorio con riguardo a quel valore generale che è la salute. Ecco allora che sorge il problema di come la «titolarità» del Comune, che viene fissata nella legge di riforma come punto di riferimento della socialità e democraticità del Servizio nazionale, trovi la capacità di concretarsi attraverso un organismo operativo che non sia interno al Comune stesso: scelta che si è resa necessaria non per una incapacità di disegnare con coerenza il rapporto tra politica e gestione della sanità, ma per una consapevolezza precisa che, proprio perchè i servizi sono così complessi, non poteva essere il Comune, con la sua struttura così come disegnata soprattutto prima della riforma, a prestare questi servizi.

La titolarità, che i giuristi più tradizionalisti hanno sempre definito come appartenenza di potere, non è una parola priva di senso e non può essere vanificata; in altri campi del diritto si può parlare di «nuda proprietà», ma la titolarità in questo caso non si può chiamare «nuda» sul falso presupposto che l'esercizio, che totalmente spetta ad altri, riassuma la titolarità effettiva del potere. Titolarità vuol dire «appartenenza» giuridico-formale dell'imputazione del servizio e ciò non è eludibile attraverso una inversione provocata in termini fattuali. E nell'attribuzione alla USL dei compiti operativi come organismo creato appositamente, c'è il riconoscimento della necessità di apparati in grado di soddisfare la complessità dell'utenza, nella consapevolezza della grande dimensione della domanda sociale e della sua articolazione, poichè non c'è solo un Comune, ma più Comuni, in una zona: donde, la previsione dell'esigenza ineludibile di associare più Comuni tra loro.

Direi anzi che il punto più decisivo nella valutazione della capacità di funzionare del sistema sanitario non è costituito dalle unità sanitarie locali in sè considerate, ma dalle innovazioni che nel nostro ordinamento si vanno tentando per coinvolgere i Comuni in un processo istituzionale unitario. Poichè le entità istituzionali sono «forma» di «contenuti», dobbiamo volta per volta identificare

il contenuto del dato istituzionale in discussione. Le forze orientate a trovare il modo di potenziare il Comune non hanno fatto un'operazione in se stessa mistificatoria, salvo però il caso di chi ha l'obiettivo nascosto di cancellare il Comune; si è detto giustamente che si deve andare verso gli anni Duemila sottolineando la centralità di un Comune che possa avere in Italia la capacità di funzionare, e ciò comporta allora che si rafforzi ogni Comune in un coinvolgimento istituzionale pensato in tale prospettiva.

Un gruppo di giuristi, noti come «giuristi di Pavia», avviarono agli inizi degli anni Settanta una discussione sull'unione tra Comuni. Proprio i problemi più dolenti che si presentano per la funzionalità delle unità sanitarie locali riguardano questa novità istituzionale non legata alla settorialità della sanità, ma all'anticipazione sul terreno del settore sanitario di una questione istituzionale che va risolta globalmente con la riforma delle autonomie locali. C'è da osservare che la proposta di mettere insieme più Comuni è condivisa sia da coloro che vorrebbero cancellarli, sia da coloro che vorrebbero potenziarli, ed è perciò che si presenta un po' sofisticata la questione delle forme istituzionali del collegamento tra Comuni basata su opposte intenzioni.

Dunque, come mettere insieme i Comuni? Anche qui vengono a contatto concezioni tradizionali e possibili novità culturali e istituzionali, con una scienza giuridica che non cala un suo misuratore sulla legge, ma che si compenetra con lo sviluppo legislativo. Ci sono due possibili proposte: una prima, che è meccanicamente rivolta a riportare tutto alla tradizione, secondo cui l'associazione tra Comuni è un nuovo soggetto; una seconda, che non ha alla base la volontà di creare un nuovo ente, donde una discussione che, come per le USL, verte sostanzialmente sull'uso degli strumenti tradizionali, o nuovi, di interpretazione. Ecco che un passaggio obbligato per capire se l'unità sanitaria locale è una persona giuridica, è costituito dalla soluzione del problema circa la natura dell'associazione di Comuni. L'associazione tra Comuni (può anche essere un problema di sottile semantica, non intendo comunque dilun-

garmi sulla questione e far perdere tempo ai Commissari) è prevista dall'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, che parla di «forme associative» di Comuni, e non parla certo di persona giuridica. Come va letto questo articolo? Se ci domandiamo come mai l'unità sanitaria locale offra il fianco alla polemica contro il distacco totale della sanità dal cittadino — mi rendo conto, onorevoli senatori, che devo giungere al termine di questo mio intervento —, quando la riforma è stata avviata per eliminare la distanza del cittadino che chiede un'utenza diretta, più democratica delle istituzioni, credo che la chiave di volta per una risposta che vada a fondo del problema sia reperibile nella questione della natura dell'associazione tra Comuni. Il difetto di funzionamento delle unità sanitarie locali emerge più nettamente se si osserva la concezione dell'associazione intercomunale come strumento di «rappresentanza» dei Comuni. Infatti, il distacco dalla democrazia nasce nel momento in cui si concepisce l'associazione come sede nella quale è sufficiente che vi siano esponenti eletti dal popolo, eletti però solo per la formazione dei singoli consigli comunali. Poichè chiamiamo democrazia «delegata» quella del Parlamento e delle singole assemblee elettive, passeremmo in questo caso ad un «terzo» grado di livello rispetto al cittadino: se poi si rammenta che il comitato di gestione delle unità sanitarie locali viene eletto da coloro che a loro volta sono rappresentanti indiretti dei Comuni, il grado di quel livello diventa addirittura quarto.

Tra i vari problemi, da quello del funzionamento gestionale, a quello del funzionamento gestionale, a quello del funzionamento politico delle USL, decisivo è quello del superamento del distacco istituzionalizzato del cittadino dal servizio sanitario, problema che va affrontato rapidamente dando luogo ad una reale associazione tra Comuni: tanto più che in un progetto di legge del Partito socialista si prevedeva tra l'altro che nelle associazioni intercomunali l'organo principale, costituito dall'assemblea, fosse composto da tutti i consiglieri dei singoli Comuni, in modo da garantire che l'associazione interco-

munale fosse effettiva espressione democratica della base popolare dei cittadini della zona.

Vi deve essere quindi la consapevolezza che il Comune rimane essenziale nella sua soggettività istituzionale sul territorio e che il consiglio comunale deve essere espressione diretta e piena degli interessi in tutta la zona che viene individuata come zona dell'associazione fra Comuni. La titolarità del potere di ogni Comune deve essere sempre presente in modo attivo e senza deleghe, e il Comune deve essere in ogni caso la sede in cui si esprime la volontà dei cittadini-utenti, volontà che si esprimerà congiuntamente agli altri enti territoriali di zona in quella che io chiamerei piuttosto «conferenza intercomunale». Il Comune deve mantenere la titolarità del servizio sanitario, e non c'è ragione che si privi di un organo come l'assessore alla sanità, che deve garantire la capacità comunale di seguire i problemi operativi della sanità, che sono politico-amministrativi; con la conseguenza che il comitato esecutivo delle USL, per le Regioni che non hanno adottato come la Toscana un modello dell'associazione intercomunale plurifunzionale, sarebbe formato, coerentemente a questa ipotesi di assemblea intercomunale comprendente tutti i consiglieri comunali dei Comuni interessati, dagli assessori alla sanità dei Comuni stessi.

Nella ricerca del numero ottimo di membri del comitato, che non può essere una ricerca astratta del numero «piccolo», rispetto al numero «medio», e al numero «grande», bisogna tener conto della reale titolarità di funzionali inalienabili del Comune, aspetto che la stessa legge, come linea tendenziale, sottolinea. L'unità sanitaria locale, in questo contesto, non può essere considerata nè un'azienda municipalizzata, nè un'azienda autonoma, ma un nuovo tipo di meccanismo istituzionale e non può essere inquadrata in definizioni proprie di precedenti tipi di istituzioni; essa è un'istituzione che in realtà si trova al centro del Servizio sanitario (nonostante la legge la presenti proceduralmente come un terminale) perchè, tenendo conto degli elementi complessivi del sistema sanitario e del ruolo degli organi centrali dello

Stato, partecipa della «regionalità» dei valori della sanità e del carattere «locale» di una attrezzatura politico-gestionale che investe globalmente gli obiettivi del sistema.

In un intervento successivo — tenuto conto dell'estrema importanza dei problemi finanziari in relazione a quelli gestionali — mi riservo, se questa Commissione riterrà che io non abbia già abusato troppo del tempo a nostra disposizione, di fornire ulteriori precisazioni.

PRESIDENTE. Certo, professor D'Albergo, io mi auguro che ci sia ancora tempo, alla fine, per riprendere questo discorso, ma stiamo anche correndo in lotta con il tempo.

Do ora la parola al professor Brenna.

BRENNA. Signor Presidente, io mi scuso di non aver preparato niente di scritto, anche perchè non ho ricevuto la lettera in cui si comunicavano gli argomenti sui quali saremmo stati chiamati ad intervenire; mi permetto pertanto, molto informalmente, di riprendere punto per punto gli argomenti riportati sulla lettera che ora mi è stata consegnata, per fornire qualche informazione e qualche indicazione, salvo poi tornare su qualche argomento particolare se sarà ritenuto opportuno, o inviare eventuale materiale documentativo.

Il primo punto del programma dell'indagine conoscitiva, per quanto riguarda i profili finanziari, parla di entità e composizione delle entrate per gli anni 1981-1983. A questo proposito mi sentirei di fare una duplice premessa. Innanzitutto, una premessa (riguardante non solo le entrate ma anche e soprattutto la spesa) a proposito dell'incertezza dei dati a disposizione, incertezza, sicuramente, dei dati a disposizione del sottoscritto, ma credo anche di quelli a disposizione della Pubblica amministrazione. Il dato dell'estrema incertezza e precarietà delle informazioni va tenuto costantemente presente quando si considerano gli aspetti economici della tutela della salute in Italia.

La seconda premessa riguarda il significato delle entrate per il settore sanitario. Ora, dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, l'attività sanitaria pubblica in Italia è finanziata tramite appositi capitoli del bilan-

cio dello Stato: un capitolo, di parte corrente, iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, e un capitolo che riguarda invece la spesa in conto capitale, iscritto nello stato di previsione del Ministero del bilancio e della programmazione economica. Dal giorno in cui si è attribuito allo Stato il compito di finanziare le attività sanitarie in Italia, a mio modo di vedere, non ha alcun significato economico parlare di entrate per la sanità. Le entrate si confondono nel bilancio dello Stato ed il bilancio dello Stato si finanzia appunto attraverso imposte, contributi sociali, ricorso al debito pubblico. Detto questo ci si può domandare, tuttavia, quanto incidono, rispetto alla spesa sanitaria complessiva, i contributi sociali di malattia. Vi sono a questo proposito alcune indicazioni (tenendo sempre conto della precarietà dei dati cui mi riferivo prima): nel 1980 (purtroppo non dispongo di dati per gli anni 1981 e 1982), i contributi sociali di malattia effettivamente versati incidevano grosso modo per il 50 per cento sulla spesa sanitaria complessiva. I dati possono divergere a seconda delle fonti. Tuttavia, assumendo come fonte la Relazione generale sulla situazione economica del paese, per l'anno 1980 i contributi sociali di malattia che vanno a finanziare, non solo i servizi sanitari, ma anche gli assegni di malattia (cioè trasferimenti monetari alle famiglie) sarebbero pari circa 13.250 miliardi, al lordo della fiscalizzazione; siccome parte di questi contributi è stata fiscalizzata per un ammontare di circa 3.800 miliardi, l'incidenza dei contributi sociali sulla spesa complessiva sarebbe grosso modo del 50 per cento. Ripeto, al lordo della fiscalizzazione l'incidenza sarebbe di circa il 70 per cento, ma, poichè la fiscalizzazione assorbe circa un 20 per cento, si arriva alla percentuale netta di circa il 50 per cento. Da questo 50 per cento dovrebbero però essere detratti gli assegni di malattia che vengono finanziati esclusivamente, in questo caso, con contributi sociali. Eventualmente su questo argomento si tornerà in seguito; mi auguro comunque che il professor Giarda dica qualcosa di più in proposito, anche in relazione ai problemi più generali di finanza che interessano questa materia.

Passo ora al secondo punto del programma di questa indagine che riguarda i criteri e i tempi di determinazione del fabbisogno del settore sanitario, rispettivamente per la competenza e per la cassa. Non credo di dire nulla di nuovo affermando che il criterio base di determinazione del fabbisogno di competenza è stato un criterio sostanzialmente incrementale. Cioè, fatto il calcolo di quanto si è speso in un determinato anno e valutate le variazioni da apportarsi a tale spesa per effetto dell'aumento dei costi di varia natura, si arriva a determinare il fabbisogno finanziario di competenza dell'esercizio in parola. Le critiche che si possono rivolgere a questo modo di procedere sono sostanzialmente due: i criteri di fatto seguiti per stabilire il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale appaiono contraddittori rispetto agli obiettivi di cambiamento propri della legge di riforma sanitaria in quanto criteri di mera conservazione. È stata conosciuta l'espressione, che ormai si ritrova anche nei testi legislativi, di «spesa storica», espressione che sta per l'appunto ad indicare la spesa dell'anno prima. Sulla base della spesa effettuata l'anno precedente, in altre parole, si arriva a determinare il fabbisogno dell'anno successivo. Sono stati compiuti ripetuti tentativi per ritagliare una quota della spesa complessiva e destinarla al finanziamento di funzioni innovative — quelle che avrebbero dovuto contraddistinguere il passaggio dal vecchio al nuovo sistema —, ma le quote destinate a tali funzioni innovative sono sempre state estremamente modeste. Questo anche perchè la spesa sanitaria è rigida, mutarne destinazione è molto problematico e, conseguentemente, il finanziamento di funzioni nuove comporta lo stanziamento di risorse aggiuntive.

A ciò va aggiunto che, in assenza di consuntivi di spesa, di fatto la «spesa storica» ha assunto il significato non già di «spesa sostenuta» ma di «spesa concordata» tra le varie parti in causa, ed in particolare tra le Regioni e l'amministrazione centrale dello Stato. L'accertamento della cosiddetta «spesa storica», in altri termini, è stato purtroppo non il portato di rilevazioni contabili ma di valutazioni effettuate, sulla base dei dati

parziali, dalle Regioni e dai Ministri interessanti, valutazioni spesso divergenti e come tali da concordare. Da qui, la modifica del significato che il termine «consuntivo» in sanità è venuto assumendo. Sulla base della spesa concordata e della proiezione di questa sull'anno successivo si è messo quindi in moto un processo dialettico di contrattazione tra Stato e Regioni: ovviamente le Regioni tendenti ad aumentare gli stanziamenti, e l'amministrazione centrale dello Stato, per ovvie preoccupazioni di politica economica generale e finanziaria in particolare, tendente a ridurli. Tuttavia in genere il fabbisogno stabilito inizialmente — sul tema dei tempi tornerò tra poco — si è manifestato insufficiente a finanziare la spesa: da qui la formazione di un *deficit*, la cui esistenza, pur di entità non ancora accertata, è stata riconosciuta ufficialmente con la recente legge finanziaria; da qui, ancora, l'esigenza di ricorrere a stanziamenti successivi durante l'anno per integrare il Fondo inizialmente determinato in misura palesemente insufficiente.

A questo proposito, nel corso di lavori ad altro finalizzati, si è compilata una tabella in cui vengono indicati gli stanziamenti iniziali e le variazioni successive apportate nel corso dei vari esercizi al Fondo sanitario nazionale. Tale tabella è contenuta nel volume «Il governo della spesa sanitaria», curato dal sottoscritto. Essa si riferisce alla serie di anni dal 1979 al 1983. Ogni anno, come si può notare, è caratterizzato da uno stanziamento iniziale palesemente insufficiente e da successive integrazioni nel corso dell'anno o degli anni successivi.

Per quanto riguarda invece i movimenti di cassa, suppongo che i criteri ad essi sottostanti obbediscano ad esigenze del Tesoro. I trasferimenti sono sempre stati inferiori agli stanziamenti di competenza, per cui oltre ad avere un debito che si è andato accumulando in questi anni per effetto dell'insufficienza degli stanziamenti di competenza, abbiamo anche ritardi nei pagamenti dovuti ai ritardati trasferimenti da parte dell'amministrazione centrale dello Stato dei fondi stanziati.

A proposito di stanziamenti e trasferimenti di fondi, vorrei aggiungere qualche breve parola di commento.

E ciò faccio ricordando come il disegno su cui si basava la cosiddetta «governabilità del sistema», previsto dalla legge di riforma, apparisse del tutto coerente, cioè privo di contraddizioni interne. Tale disegno poggia su tre principi, cui corrispondono altrettanti adempimenti: primo, la fissazione a livello centrale dell'ammontare di risorse destinato al settore sanitario, fissazione che avrebbe dovuto avvenire tenendo conto delle esigenze del settore sanitario medesimo e dell'equilibrio della politica economica e finanziaria del paese; secondo, fissate le dimensioni della «torta» a livello nazionale, si tratta di stabilire quella delle singole «fette» a livello regionale tramite l'individuazione di appositi parametri di ripartizione; terzo, tali «fette», a loro volta ripartite tra le USL, rappresentano altrettanti *plafond* di spesa. In coerenza al disegno illustrato, la legge n. 833 contiene anche norme precise che prevedono la copertura del *deficit* eventualmente formatosi rispetto alle risorse distribuite alle USL. Tale disegno, come è noto, non ha funzionato. E la ragione principale del suo mancato funzionamento va ricercata nella inosservanza di ciò che in sanità vengono definite le «regole del gioco», da parte dell'amministrazione centrale dello Stato. Regole che consistono nella fissazione di un Fondo nazionale ragionevolmente congruo rispetto al reale fabbisogno e nella tempestività della sua fissazione, in modo da permettere a Regioni e USL la conoscenza delle risorse di cui possano disporre prima dell'inizio di ogni esercizio. Ora la prassi, finora seguita, consistente nel fissare risorse incongrue ed in ritardo è estremamente deresponsabilizzante. Faccio notare che a mio avviso, sulla base di dati disponibili, la prassi è stata ripetuta con l'ultima legge finanziaria. Come loro probabilmente fanno, le previsioni di spesa per il 1984 si collocano intorno ai 38.500 miliardi (anche in questo caso la cifra è basata su consuntivi che non sono tali, ma che più semplicemente rappresentano «spese concordate»). Tuttavia, proiettando il «consuntivo concordato» tra Regioni e Stato per il 1983, sul 1984, emerge una cifra di circa 38.500 miliardi. Lo stanziamento previsto dalla legge finanziaria per il medesimo esercizio è di

34.000 miliardi. La legge finanziaria sembra proporsi il compito di mettere a disposizione delle Regioni e delle USL i mezzi per ridurre la spesa tendenziale: la riduzione ipotizzata dovrebbe essere pari a 4.500 miliardi. Qualora si vada ad esaminare le norme che dovrebbero consentire una minore spesa a partire dal 1° gennaio 1984, ci si accorge che la legge finanziaria è ricca di buone intenzioni ma povera di misure atte a spiegare la propria efficacia sull'esercizio in corso. Le varie innovazioni in essa contenute probabilmente possono servire a diminuire il saggio di incremento della spesa negli anni a venire; nella maggior parte dei casi, esse riguardano i comportamenti (più precisamente i comportamenti di coloro che nella legge finanziaria vengono chiamati «ordinatori di spesa» e che, fuori metafora, sono i medici), ma i comportamenti notoriamente si cambiano soltanto col tempo. Oltre tutto, la modifica e il controllo di tali comportamenti presuppongono l'esistenza di supporti informativi a livello periferico, cioè a livello di unità sanitarie locali, che attualmente non esistono. Buona parte delle norme riguardanti la spesa sono quindi proiettate nel futuro in quanto ad efficacia: a questa regola non fanno eccezione le norme che riguardano l'assistenza farmaceutica. Basta fare quattro calcoli per vedere quanto irrealistiche siano le previsioni di risparmio a tali norme attribuite. Citando a memoria, la proiezione della spesa per assistenza farmaceutica nel 1984 è grosso modo pari a 6.350 miliardi; l'obiettivo dei 34.000 miliardi presuppone la riduzione della spesa per assistenza farmaceutica da 6.350 miliardi a 4.000. La minor spesa di 2.350 miliardi è pari al 37 per cento del totale. In assenza di modifiche del prontuario terapeutico, per ottenere questo obiettivo si sarebbe dovuto imporre dal 1° gennaio 1984 un *ticket modérateur* pari al 37-38 per cento su tutti i farmaci in prontuario, anche su quelli attualmente esenti. Si badi che non sto facendo considerazioni di merito, ma di fatto, puramente contabili, molto terra terra, banali ma non per questo meno vere. Nel caso in esame, le cifre, quindi, indicano il 38 per cento. Considerando che una parte dei farmaci è esente da *ticket*, calcolando l'incidenza del

consumo dei farmaci esenti sul consumo totale dei farmaci nell'ambito della assistenza farmaceutica pubblica, il *ticket*, dal gennaio 1984 dovrebbe ammontare, fermo restando l'attuale prontuario, al 45-50 per cento. Ma dal 1° gennaio questo *ticket* non è previsto e dubito che sia politicamente proponibile un *ticket* di tale entità anche in futuro. Di fatto all'ultimo momento l'intera «questione farmaceutica» è stata demandata dalla legge finanziaria ad un apposito piano di settore (anche se un piano di settore esiste già), e con ciò il legislatore ha apertamente ammesso la necessità di riconsiderare l'intera materia. L'obiettivo dei 34.000 miliardi quindi è palesemente irrealizzabile se non altro per l'impossibilità di contenere la spesa farmaceutica entro i 4.000 miliardi inizialmente ipotizzati a meno di tagli drastici che il piano di settore potrebbe suggerire, tagli che tuttavia avrebbero conseguenze distruttive sull'industria e sull'occupazione. Al di là di queste considerazioni sull'assistenza farmaceutica, ripeto, altre misure aventi efficacia immediata sulla riduzione della spesa, nella legge finanziaria, con tutta la buona volontà, non riesco ad individuarne.

Con la scorsa legge finanziaria le unità sanitarie locali hanno per la prima volta avuto la possibilità di effettuare un bilancio di previsione entro il 31 dicembre e quindi di dotarsi di uno strumento fondamentale di gestione. Dubito tuttavia che tutte le USL italiane siano riuscite a raggiungere tale obiettivo. Anche se uno dei requisiti per la governabilità della spesa (alludo appunto alla possibilità di disporre di un bilancio di previsione), è stato rispettato per la prima volta dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale ad oggi, l'altro requisito da ricercarsi in stanziamenti compatibili con il flusso di spesa ragionevolmente prevedibile, è ancora una volta assente, con conseguente perpetrazione della deresponsabilizzazione dei gestori della spesa a livello locale.

La legge finanziaria del 1984 per la prima volta ha cercato di inserire un discorso rigoroso nel settore sanitario, ponendo da un lato le USL nella possibilità di effettuare un bilancio di previsione e di dotarsi di uno strumento fondamentale di gestione e, dal-

l'altro, fissando dei fondi che, date le nuove norme di contenimento della spesa, avrebbero nelle intenzioni dovuto essere tali da coprire ragionevolmente la spesa prevedibile (ovviamente con certi sacrifici, certe economie, certe razionalizzazioni). Se tale progetto fosse riuscito, anche il provvedimento di sanatoria per il debito pregresso delle USL, stimato grosso modo intorno ai 7.000 miliardi, sarebbe apparso giustificato. Alludo in particolare alla norma che autorizza i tesoriери delle unità sanitarie locali a procedere alla liquidazione dei debiti pregressi accumulati dalle stesse ovviamente alla presenza di certe condizioni. Tale operazione, a mio modo di vedere, sarebbe stata perfettamente giustificata se le norme riguardanti la gestione nel 1984 avessero rappresentato un effettivo cambiamento di prassi. Purtroppo la vecchia prassi, consistente nel rincorrere la spesa, mi pare non sia stata modificata con la legge finanziaria del 1984, per le ragioni che, in maniera probabilmente confusa, ho cercato di esporre.

Il punto successivo riguarda l'entità e la composizione della spesa per gli anni 1981-1983 e la sua incidenza sul prodotto interno lordo, con particolare riferimento alla spesa ospedaliera, specialistica e farmaceutica. Per la raccolta dei dati concernenti tale materia, si può attingere a più fonti che tuttavia forniscono informazioni non uniformi. Rifacendosi ai dati ufficiali, che ritengo siano quelli contenuti della Relazione generale sulla situazione economica del paese, nel mio istituto è stata ricostruita la spesa sanitaria per destinazione funzionale e per classificazione economica. Non credo di dover precisare le cifre, ma sarà mia premura inviare il resoconto delle elaborazioni non appena rientrato a Milano.

Desidero aggiungere un'osservazione riguardante l'entità della spesa. Molto spesso la discussione sulla spesa sanitaria in Italia viene basata, più o meno appropriatamente, sui confronti internazionali. Il confronto più frequentemente citato è dato dal rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo. Ebbene, il significato dipende sia dall'attendibilità dei dati, sia dalle definizioni di sistema sanitario che i vari paesi adottano. Quan-

to ai dati, ricordo la precarietà di quelli italiani (troppo spesso in contesti internazionali, quali ad esempio la CEE o l'Organizzazione mondiale della sanità si è costretti a «correggere» gli importi in precedenza forniti in quanto i nostri dati — alludo a quelli ufficiali — sono oggetto di revisione a *posteriori*). Quanto alle diverse definizioni dei nuovi sistemi sanitari e dei contenuti degli stessi, i confronti internazionali assumerebbero maggior significato qualora fosse dato di conoscere le prestazioni fornite e la loro qualità.

Molti come me ritengono che bisognerebbe accentrare l'attenzione sul fatto che il sistema sanitario non sarà gestibile fino a che non si riuscirà a far funzionare gli apparati amministrativi a livello locale, apparati che rappresentano la fonte di ogni informazione. Non si può pretendere di gestire nell'incertezza di dati e di informazioni.

Qualora si passi poi alle informazioni di carattere non finanziario (informazioni per esempio sulla dotazione dei servizi, sulla loro utilizzazione, sul volume di prestazioni, sui mezzi impiegati, eccetera) il quadro si fa ancora più precario. Faccio notare a questo riguardo che fino al 1978 tutto sommato erano reperibili, dalle pubblicazioni statistiche degli enti mutualistici — anche se con grossi problemi di aggregazione e di confronto a causa della loro eterogeneità —, varie serie di informazioni del tipo testè esemplificato. Dal 1979 tali informazioni sono più reperibili, o meglio lo sono a volte a livello locale ma non a livello nazionale. È assolutamente necessario dare l'avvio ad un sistema informativo, anche se semplificato, poichè la conoscenza di alcuni dati fondamentali, sia di natura economico-finanziaria, sia riguardanti l'entità dei servizi, la loro composizione, le prestazioni e così via, rappresenta il requisito necessario per poter gestire il sistema. Questa è la chiave della quale bisogna venire in possesso se si vuole rendere gestibile, non solo dal punto di vista economico, ma in tutti i sensi, il nostro sistema sanitario (si tenga presente che tale sistema non è stato creato per risparmiare sulla spesa ma per difendere la salute della popolazione e quindi è necessario possedere un minimo di in-

formazioni anche sulla quantità e qualità dei servizi disponibili). Su questo punto punto ci battiamo da anni anche se i risultati ottenuti sono estremamente modesti. L'impressione è che con la riforma sanitaria anche la scarsa informazione prima esistente sia purtroppo notevolmente diminuita: così che tutte le disquisizioni sull'entità della spesa e soprattutto sull'entità dei servizi che essa va a finanziare, diventano estremamente problematiche.

Per l'ultima questione, riguardante i controlli sulla spesa, lascerei la parola ai colleghi in quanto l'argomento non è di mia stretta competenza. Vorrei tuttavia a questo proposito sottoporre alla loro attenzione alcuni problemi di fondo, il primo dei quali riguarda le unità sanitarie locali e la loro veste istituzionale: infatti le modalità di controllo proponibili non sono indipendenti dalla collocazione istituzionale e dalla veste giuridica ricoperta dagli organismi oggetto di controllo. Preliminare al tipo di controllo mi pare il riesame, oltre che della natura giuridica della USL, anche dei rapporti che essa intrattiene con i Comuni e le Regioni. Rilevante è anche la disciplina dei rapporti tra componente politica e componente tecnica della USL. Infine di estremo rilievo è la specificazione dell'autonomia e delle responsabilità che fanno capo alla USL stessa. Se si vuole tendere verso un elevato grado di autonomia delle USL, i controlli migliori non sono certamente quelli sugli atti, ma quelli sulla scelta. Riconosco che questo è un principio assolutamente nuovo nella prassi amministrativa italiana, però credo che il controllo sulla gestione sia maggiormente responsabilizzante ed efficace soprattutto in presenza — ripeto — di una USL dotata di un elevato livello di autonomia (il che presuppone, con tutta probabilità, una modifica normativa della sua collocazione istituzionale e dei suoi rapporti con gli enti locali e con le Regioni). Oltretutto, il controllo sulla gestione è coerente con la procedura del finanziamento «a pioggia» oggi in vigore: infatti le unità sanitarie locali oggi sono dotate in un Fondo che dovrebbe essere fissato *ex ante* e alla fine di ogni anno dovrebbero rendere

conto non solo di come hanno speso quel Fondo ma anche di ciò che con esso sono state in grado di offrire alla popolazione.

Concludo citando alcuni problemi che assumono, quanto meno per l'attenzione che ad essi viene posta in altri paesi, un'importanza fondamentale per il governo della sanità ed in particolare della spesa sanitaria soprattutto per il futuro; di questi problemi in Italia ancora non si sente molto parlare.

Le cause di dilatazione della spesa sanitaria che si è verificata negli anni Sessanta e nella prima metà degli anni Settanta sono note (il fenomeno della «esplosione della spesa sanitaria» fortunatamente non è soltanto italiano, ma ha toccato — in maniera a volte anche più accentuata che da noi — tutti i paesi industrializzati del mondo occidentale). Tra le principali cause operanti in passato si ricorda la progressiva dilatazione dei sistemi di copertura sociale delle malattie (sotto forma di assistenza mutualistica o di Servizio sanitario nazionale), il mutamento della struttura della popolazione per fasce d'età (l'invecchiamento della popolazione ha comportato ovviamente una maggiore domanda di servizi sanitari), la disponibilità di nuovi mezzi diagnostici e soprattutto terapeutici, i fenomeni indotti dal tumultuoso sviluppo industriale, e così via. Con la metà degli anni Settanta questo panorama ha iniziato a modificarsi; le cause tradizionali di dilatazione della spesa, infatti, sono state affiancate o sostituite da altre cause. In questo periodo, permane il fenomeno — che anzi si è via via accentuato — dell'invecchiamento della popolazione (ciò che richiede non solo un aumento delle risorse di cui bisogna disporre, ma anche e soprattutto un grado di elasticità del Servizio sanitario notevole perchè comporta una modifica del servizio stesso: in Italia, ad esempio, abbiamo troppi pediatri e pochi geriatri).

ROSSANDA. Abbiamo invece pochi pediatri pubblici in Italia.

BRENNA. Sì, ma qui il discorso è diverso. Sono pochi se consideriamo i pediatri pubblici convenzionati come pediatri di base, ma sono molti se confrontiamo il numero dei

medici dotati di specializzazione in pediatria con la popolazione in genere, ed in particolare con quella in età pediatrica. Se poi il medico non ha convenienza ad esercitare come pediatra di base, ma come specialista, questo è un altro tipo di discorso: il problema esiste, ma è diverso. Si tratta di vedere infatti se le norme sono tali da incentivare il medico a fare il pediatra di base o meno (comunque volevo fare solo un esempio, citando la pediatria).

Dicevo che il dibattito internazionale sul futuro della sanità, per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione, insiste sulle capacità di modifica del sistema sanitario, cioè sulla sua elasticità. Infatti devono essere previste nuove forme di assistenza sanitaria e di assistenza sociale a mano a mano che l'età della popolazione si sposta verso le alte classi e soprattutto a mano a mano che il numero degli anziani aumenta nelle varie società europee. Ma ci sono altri due temi sui quali si dibatte costantemente e che in Italia non vengono presi in considerazione: sono infatti temi esplosivi per gli effetti che possono avere sulla spesa sanitaria ed anche sulla capacità di gestire l'evoluzione del sistema sanitario nel suo complesso. Alludo ai due problemi che si possono sostanzialmente definire come l'enorme ed improvviso aumento della popolazione medica da una parte, e l'introduzione di tecnologie avanzate nel settore sanitario, dall'altra.

Il primo fenomeno, che riguarda particolarmente anche se non esclusivamente l'Italia, presenta almeno due riflessi di natura economica: il primo è che il livello di preparazione media dei medici va regredendo, non solo perchè le facoltà di medicina sono sempre più affollate, cosicchè diminuisce il rapporto tra docenti e discenti, ma anche perchè non esistono strutture in grado di dare una preparazione professionale ai neo-dottori dopo il conseguimento della laurea (in Italia in particolare non si è fatto assolutamente nulla in questa direzione). Il secondo effetto del fenomeno, che presenta riflessi economici, è che, entro certi limiti, in sanità è l'offerta che crea la domanda. Si dice infatti che il medico è il professionista che più di ogni altro ha la possibilità di crearsi il proprio

mercato; ciò vale non solo per la medicina privata, ma anche per quella pubblica. È noto come esistano correlazioni significative tra densità della popolazione medica e certi consumi sanitari o farmaceutici: ad esempio, aumentando il numero dei medici rispetto alla popolazione, aumentano i consumi farmaceutici, le richieste di indagini diagnostiche e così via. Esiste quindi un grossissimo rischio, derivante dal fatto che i medici, come qualsiasi altra categoria, costituiscono un gruppo di pressione. Il rischio è che l'evoluzione del sistema sanitario sia sempre più orientata dalle necessità occupazionali dei medici e sempre meno dai bisogni sanitari della popolazione. Ci siamo mai domandati, ad esempio, come mai in Italia il «massimale», per un medico generico, è di 1.500 assistiti mentre in Inghilterra è ancora di 3.500? Ciò nonostante, è noto come la medicina di base inglese sia molto più efficiente di quella italiana: ovviamente il più basso «massimale» in Italia — dato che non esistono norme per stabilire numeri ottimali — è solo il riflesso della pressione esercitata dai medici. Inoltre, ci si è mai chiesti perchè la convenzione unica, anzichè ampliare le responsabilità dei medici di base (ossia anzichè fare del medico generico un vero e proprio medico di famiglia) non fa altro che frammentarne le funzioni, creando un medico di guardia notturna, uno di guardia festiva, un pediatra di base, eccetera? Si vuole evidentemente anche in questo caso rispondere all'esigenza di trovare in qualche modo un'occupazione alla massa di neo-laureati in medicina, massa che è — e chiedo scusa per l'espressione — difficilmente «riciclabile» in altri settori, data la specificità della sua preparazione. Non si può neanche ipotizzare che i medici facciano gli infermieri professionali, visto che questo personale è carente: un medico può non essere un bravo infermiere, perchè non solo le capacità e la preparazione ma anche soprattutto le aspettative sono diverse. Ovviamente, tralascio di sottolineare le ripercussioni di carattere sociale di una massa crescente di neo-laureati sostanzialmente sottoccupati o disoccupati.

Per quanto riguarda il progresso tecnologico — la cosiddetta «sfida tecnologica» nel

settore sanitario — posso dire che, secondo le previsioni di alcuni esperti a livello internazionale, questo settore è uno dei più innovativi; e tale sua caratteristica vale già per il presente ma soprattutto in prospettiva. Ora, le nuove tecnologie hanno diversi effetti sul settore sanitario tra cui, innanzitutto, quello di dilatare i costi a dismisura perchè esse di norma sono molto più costose delle tecnologie che vanno a sostituire. Spesso si tratta di tecnologie aggiuntive che permettono di fare accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici impossibili in passato. È stata più volte sottolineata l'onerosità di tali tecnologie in termini di investimenti; questa è comunque una sola componente della spesa: ogni nuovo investimento comporta infatti l'attivazione di un flusso di spesa corrente difficilmente modificabile negli anni a venire. Un altro fattore che incide sull'aumento della spesa è la creazione di nuova domanda, non sempre giustificata, a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie.

Con il progresso tecnologico e scientifico della medicina, la frazione di popolazione cronicamente dipendente dal settore sanitario va aumentando. In inglese è stato coniato il termine *medical paradox* per indicare come, con il progredire della medicina, le condizioni di salute medie della popolazione si logorino, perchè persone destinate a morte prematura sono oggi mantenute in vita: basti pensare, ad esempio, al grosso contributo dato dall'emodialisi.

Considerando questa serie di fattori, sui quali sempre più si concentra l'attenzione di chi si occupa del settore sanitario in diversi paesi, e guardando poi alla gestione della sanità in Italia in questi anni, si ha l'impressione che ci si sia molto preoccupati di questioni di breve periodo, perdendo di vista le grosse tematiche del futuro, futuro che per molti versi può considerarsi già iniziato.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Brenna per la sua interessata esposizione e do la parola al professor Giarda.

GIARDA. Intendo presentare alla Commissione alcuni temi scelti selettivamente anche

se, dopo l'intervento del professor Brenna, mi resta ben poco da dire.

Primo tema è quello della crescita della spesa sanitaria, crescita che dovrebbe essere considerata nel contesto più generale della crescita della spesa pubblica nel suo complesso, tenuto conto dei fattori che l'hanno caratterizzata soprattutto a partire dall'inizio degli anni Settanta. Il periodo del dopoguerra ha visto una fortissima espansione della spesa pubblica in tutti i settori. Se consideriamo la crescita della spesa pubblica complessiva, escludendo gli interessi passivi, e depurandola dai fenomeni inflazionistici, osserviamo che tale crescita avviene a tassi decrescenti per lunghi periodi.

Negli anni Cinquanta la spesa pubblica è cresciuta mediamente ad un tasso pari all'8 per cento annuo in termini reali; negli anni Sessanta il tasso di crescita è stato di circa il 7,5 per cento e a partire dal 1970 il tasso medio annuo è sceso a circa il 5,7 per cento. L'enfasi con cui nel dibattito politico si sottolinea la crescita della spesa pubblica si scontra paradossalmente con una situazione nella quale il settore pubblico sta crescendo, nell'ultimo decennio, in termini reali meno rapidamente di quanto non sia cresciuto negli anni Cinquanta e Sessanta. Questo andamento abbastanza peculiare deve essere considerato a fronte del contesto economico. Gli anni Cinquanta e Sessanta sono stati caratterizzati, per il nostro paese, da tassi di crescita dell'attività economica superiori a quelli sperimentati all'inizio degli anni Settanta. Il tasso medio di crescita del reddito nazionale negli anni Cinquanta e Sessanta è stato del 5,6 per cento all'anno, mentre a partire dal 1970 le capacità di crescita della nostra economia si sono dimezzate: il tasso di crescita medio dal 1970 al 1983 è di poco superiore al 2,3 per cento. L'ultimo decennio si presenta con una drammatica caduta del tasso di crescita dell'attività economica reale e con un rallentamento in termini reali del tasso di crescita della spesa pubblica, rallentamento che non è stato sufficiente per adeguarsi alle mutate caratteristiche di crescita del nostro sistema economico.

Altro elemento importante è quello del

finanziamento della spesa pubblica. Negli anni Cinquanta c'è stata una fortissima crescita della pressione tributaria — la più elevata che il nostro paese abbia mai storicamente sperimentato —, che è passata dal 21 per cento degli inizi degli anni Cinquanta al 30 per cento degli anni Sessanta; essa ha consentito di finanziare lo sviluppo della spesa pubblica senza sostanzialmente generare disavanzo. La pressione tributaria è cresciuta anche negli anni Settanta, soprattutto nella seconda parte, dato che dal 1970 al 1982 la pressione tributaria è passata dal 32 al 42 per cento circa del reddito nazionale. Vi è stato quindi un forte aumento della pressione tributaria che però non è stato sufficiente a tener dietro all'espansione della spesa pubblica. Nel decennio la spesa pubblica è cresciuta infatti più rapidamente delle entrate tributarie. L'aspetto che porta oggi all'attenzione generale i problemi della spesa pubblica è costituito ormai dalla storia del nostro paese, e in particolare da un aspetto specifico di questa storia e cioè dall'incapacità del nostro sistema tributario, negli anni Sessanta, a recuperare i dividendi della crescita economica. Il reddito nazionale in quegli anni infatti si è sviluppato, come ricordavo, a tassi molto elevati — intorno al 5,8 per cento medio annuo — e la pressione tributaria è aumentata nel decennio solo di un punto e mezzo per cento, dal 30 al 31-32 per cento circa.

Data l'incapacità del nostro sistema tributario di raccogliere negli anni Sessanta il dividendo della crescita economica, alla fine di questo decennio, cioè paradossalmente alla fine di un periodo di forte espansione economica, il nostro sistema finanziario si è trovato in disavanzo. Questo è l'elemento che ha veramente caratterizzato il nostro paese ed è questa l'eredità che si porta sostanzialmente appresso: cioè una politica — in un periodo di forte crescita economica — per la quale il sistema tributario non è stato in grado di pagare l'espansione della spesa pubblica. Il disavanzo che il nostro paese si porta oggi appresso, al netto degli interessi passivi, considerando cioè le erogazioni finali per servizi e prestazioni al cittadino, è sostanzialmente lo stesso che si aveva all'inizio degli anni Settanta. Allora, vi era un periodo

di bassi tassi di interesse, adesso invece i tassi d'interesse sono alti; ma stiamo pagando non la dissennatezza di oggi, ma quella di qualche generazione precedente, quando si è dato luogo ad una forte espansione della spesa pubblica in situazioni di forte crescita finanziandola col ricorso al disavanzo. Oggi abbiamo questo sistema economico che deve pagare — con quei problemi macroscopici che abbiamo di fronte — gli oneri per il servizio del debito pubblico, che costringono di fatto a svolgere politiche recessive e di contenimento della spesa pubblica, di inseguimento del disavanzo in una situazione di recessione.

In questo quadro di forte sviluppo della spesa, credo che valga la pena di ricordare come la forte espansione, in particolare, di quella sanitaria, è stata in un certo senso precedente anche alla riforma; voglio ricordare a questo riguardo alcuni dati. Negli anni dal 1970 al 1982, l'occupazione nel nostro paese è aumentata di circa 1.200.000 unità; ora, negli anni Settanta, esattamente 1.200.000 posti di lavoro sono stati originati nel settore pubblico, cioè tutto l'incremento dell'occupazione a partire dal 1970 ha trovato posto nel settore pubblico. Il settore privato ha generato degli spostamenti di occupazione dall'agricoltura verso i servizi ed in parte molto modesta verso l'industria, ma l'incremento netto di occupazione si è verificato per intero nel pubblico impiego. Uno degli elementi fondamentali che hanno garantito l'assorbimento di mano d'opera e la creazione di questi nuovi posti di lavoro è stato il settore ospedaliero; vale la pena di ricordare come lo sviluppo della spesa ha in un certo senso preceduto la riforma. Questo è un elemento molto caratteristico ed importante, e distingue l'esperienza del nostro sistema sanitario rispetto a quella del sistema sanitario inglese, che si è caratterizzato soprattutto per il piano ospedaliero, nel senso che l'espansione delle strutture ospedaliere in Gran Bretagna è stata gestita all'interno del sistema sanitario, mentre in Italia l'espansione del sistema ospedaliero ha preceduto l'introduzione del Sistema sanitario nazionale: credo che nel decennio degli anni Settanta circa 200.000 posti di lavoro, su 1.200.000 complessivamente generati dal set-

tore pubblico, sono stati creati nel settore della sanità.

Sono questi elementi di lungo periodo che devono farci vedere l'espansione della spesa nel sistema sanitario, soprattutto nel contesto di una politica di sostegno dell'occupazione che consapevolmente o meno il nostro paese ha messo in atto in modo particolare nella prima metà degli anni Settanta, un periodo in cui il legislatore — sostenuto in questo dalle opinioni degli economisti — ha cercato di fare in modo che il settore pubblico si opponesse alla caduta dei tassi di crescita del sistema economico con una politica — diciamo «aggressiva» — della spesa pubblica: l'esperienza della fine degli anni Sessanta-inizio anni Settanta è illuminante al riguardo. In questo contesto sono rilevanti alcuni fenomeni istituzionali: la struttura della spesa pubblica, avendo soprattutto riguardo ai centri decisionali, è cambiata in modo radicale nel decennio. Vi sono stati dei cambiamenti molto consistenti nelle responsabilità in materia di spesa pubblica che hanno comportato uno spostamento dei centri decisionali dal centro alla periferia. Questo ha riguardato i consumi pubblici e quindi l'erogazione di servizi (la sanità, le Regioni, gli enti locali). In qualche caso per effetto di decisioni esplicite del Parlamento, in altri casi sotto la spinta dei fatti come è stato per gli enti locali che hanno visto aumentare in misura rilevante il loro peso nella gestione della spesa pubblica. D'altra parte, c'è stato anche il fenomeno indotto dalla riforma tributaria e poi dalla riforma sanitaria che ha portato all'accentramento delle entrate sul bilancio dello Stato; questo fenomeno del decentramento delle responsabilità di spesa e del contemporaneo accentramento delle responsabilità di finanziamenti, ha portato alla rottura di alcuni di quei vincoli di bilancio che caratterizzavano la gestione degli enti del settore pubblico.

Tutti questi vincoli di bilancio si sono sostanzialmente rotti: gli enti locali hanno operato al di fuori di essi ed il sistema della sanità — come ci ricordava prima il professor Brenna — si è messo in un certo senso ad operare al di fuori dei vincoli di bilancio. Questo sistema ha in generale favorito il

fenomeno della deresponsabilizzazione, che non ha connotati particolari negativi, che non è assunto come elemento negativo, ma che indica un nuovo *way of life* del nostro sistema pubblico, le cui conseguenze erano in un certo senso ignote o difficilmente prevedibili. In questo contesto di espansione della spesa pubblica, la spesa sanitaria ha giocato il proprio ruolo, così come altri settori: per esempio, il settore degli enti locali negli anni a cavallo della grande riforma che li ha caratterizzati.

Il settore dell'istruzione ha avuto forti tassi di crescita soprattutto all'inizio degli anni Settanta. La sanità ha avuto forti tassi di crescita soprattutto a partire — secondo i dati che ho — dal 1978; a fronte di tassi di crescita del reddito reale non superiori al 2 per cento, la spesa sanitaria è cresciuta, in termini reali, dal 1978 al 1982, di circa il 5,7 per cento, battendo quindi di 3,7 punti percentuali la dinamica inflazionistica e battendo anche la crescita della spesa pubblica complessiva in termini reali, spesa che, nel periodo dal 1978 al 1982, è cresciuta secondo tassi di circa il 5,2 per cento.

Se sono vere le informazioni che ci dava prima il professor Brenna sulla prevedibile spesa del 1984, abbiamo che la spesa sanitaria sul reddito nazionale cresce dal 5 per cento del 1978 al 6,4 per cento del 1984: quindi si tratta di un balzo di rilevante valore.

A questo proposito vorrei ricordare come a volte queste statistiche dell'incidenza sul reddito nazionale siano poco attendibili perchè il denominatore, cioè il reddito nazionale (che è il numero rispetto al quale calcoliamo i rapporti), ha pure esso delle variazioni. Per esempio, uno dei giochi preferiti, io credo, del mondo della sanità è stato quello di dire che l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, rispetto al 1975 era diminuita anche negli anni iniziali della riforma: questo è vero, però si tratta di una statistica molto ingannevole perchè il 1975 è stato l'anno peggiore della nostra economia dal dopoguerra in poi, l'anno nel quale il reddito reale era caduto in misura superiore al 4 per cento in termini reali. Prendere come base di riferimento il 1975 per dire che l'incidenza della

spesa sanitaria era andata rallentando è un imbroglio e non bisognerebbe farlo: non è giusto prendere come base di partenza, per dire che l'incidenza della spesa sanitaria diminuisce, l'anno di crisi maggiore che la nostra economia ha avuto e, se sono vere queste informazioni statistiche, bisogna anche stare attenti a non valutare con animo troppo preoccupato la crescita dell'incidenza della spesa pubblica in questi ultimi anni perchè il 1981, il 1982 e il 1983 sono anni (soprattutto il 1982 e il 1983) di crisi della economia italiana e quindi, in un certo senso, ci si deve aspettare che l'incidenza della spesa pubblica aumenti anche per effetto del fatto che il sistema economico va male, e che quindi il denominatore del rapporto tende a crescere in misura rallentata per la crisi dell'economia.

Naturalmente le previsioni che si possono fare per il 1984 (se sono veri i 38.500 miliardi) ci dicono che, date certe previsioni del reddito nazionale, la spesa sanitaria arriverà intorno al 6,3 per cento del reddito nazionale, una percentuale che non è molto dissimile da quella che le cifre statistiche ci indicano per il 1975, che è un altro anno di crisi.

Quello che volevo mettere in evidenza era un invito all'attenzione nel considerare le percentuali rispetto al reddito nazionale; io preferirei fare riferimento in modo strutturale ai tassi di crescita in termini reali della spesa pubblica, cioè quanto le diverse categorie di spesa battono il tasso di inflazione: penso che sarebbe un modo forse più ragionevole per considerare gli andamenti di lungo periodo. A questo riguardo aggiungo che certamente la spesa sanitaria ha battuto storicamente il tasso d'inflazione per importi non trascurabili, anche superiori alla crescita delle altre categorie di spesa.

Un altro commento che voglio aggiungere alla esposizione del professor Brenna riguarda il problema delle entrate, che mi sembra essere un po' mal posto.

Sul problema delle entrate, dicevo, non si capisce bene quale sia la preoccupazione degli operatori della sanità quando dicono che la spesa per la sanità è finanziata dai prelievi contributivi: non è vero che le pensioni siano finanziate dai contributi, così

come non è vero che la spesa sanitaria sia finanziata dai contributi. Non si capisce come si possano diffondere queste informazioni e perchè ci si debba preoccupare di esse. Se si fa un rapporto tra i contributi per malattia e spesa sanitaria, si osserva che questo rapporto continua a decrescere, sostanzialmente, perchè mentre il prelievo contributivo cresce, press'a poco, proporzionalmente alla crescita del reddito nazionale in termini monetari, la spesa sanitaria cresce invece molto più rapidamente, in quanto le sue componenti crescono molto più rapidamente: le spese per il personale, ad esempio, crescono più rapidamente del reddito nazionale perchè tutte le paghe crescono più del reddito nazionale.

Anche per quanto riguarda i confronti con gli altri paesi non ho niente da aggiungere a quello che diceva il professor Brenna perchè le statistiche ci mettono più o meno a metà strada in una media generale dei paesi dell'OCSE. Ci sono le statistiche che possono essere fornite e che fanno vedere come noi, grosso modo, siamo più verso il basso che verso l'alto; non so bene quanto però queste informazioni siano indicative.

Ho qualche altro commento da fare sul problema del riparto del Fondo sanitario nazionale. Per avere dei termini di confronto, vorrei ricordare come la riforma sanitaria abbia affrontato il problema del riparto rispetto alla riforma della finanza locale, quella del 1978. Gli enti locali (anche perchè erano sostenuti da una corporazione molto più robusta di quanto non sia, per il momento, quella della sanità), quando c'è stata la riforma, hanno gestito il problema della «spesa storica» in modo serio, nel senso che questa grande riforma ha accettato sostanzialmente il piè di lista, in linea di prassi ed in linea di principio, perchè i trasferimenti agli enti locali per il finanziamento dei loro servizi sono stati determinati sulla base delle dichiarazioni degli enti locali stessi: non c'è stata contrattazione di nessun genere. La corporazione delle autonomie locali ha imposto la base di partenza in modo netto: e la base di partenza erano le spese degli enti locali nel 1977, così come queste risultavano dai bilanci di previsione degli enti, senza nessuna regola di contrattazione.

E ancora, nel 1981 e nel 1982, il bilancio dello Stato pagava i conti del primo anno della riforma degli enti locali, cioè del 1978; piccoli importi in progressiva diminuzione e che ancora venivano pagati perchè il legislatore aveva voluto porre un freno alla spesa del 1977 assunta come base, e che era quella che veniva dichiarata dagli enti locali senza nessuna forma di contrattazione. Tutto questo è stato molto importante perchè ha consentito al legislatore di gestire l'attività degli enti locali nel senso di accedere in modo sistematico alle richieste per tre o quattro anni. Soltanto nel 1982, e nel 1983 soprattutto, il legislatore è intervenuto per riprendere il controllo della spesa dopo un periodo di quattro anni di piè di lista, riconosciuto in modo esplicito.

Per la sanità si è voluto contrattare *ex ante* i livelli di spesa, ma è stato un errore di presunzione pensare di poter contemporaneamente attuare una grande riforma istituzionale — il professor D'Albergo lo ricordava prima — e innovare anche i meccanismi finanziari. Probabilmente bisognava gestire la riforma istituzionale lasciando più libertà finanziaria almeno per i primi anni, cercando di stabilire controlli per i finanziamenti in un momento successivo.

Vorrei infine evidenziare un ultimo problema, rifacendomi un po' ad alcune considerazioni di tipo istituzionale che sono state svolte prima. A me sembra che il settore sanitario nella gestione costituisca un pasticcio con tre soggetti: Stato, Regioni ed enti locali, oppure le associazioni di enti locali. Occorrerebbe che il legislatore tenesse presente per il futuro alcune situazioni, chiamiamole così, «astratte», cui fare riferimento. Una prima situazione astratta, a mio avviso, consisterebbe nel restituire piena autonomia alle Regioni, cancellando la nozione di sistema sanitario nazionale, nel senso di lasciare piena autonomia organizzativa, finanziaria alle Regioni.

Ho constatato che la legge finanziaria in un certo senso quest'anno ha fatto un primo passo — che doveva del resto fare — in questa direzione, mi sembra nell'articolo 29, in cui si afferma che se si spende di più le Regioni devono provvedere con loro stanziamenti.

A mio avviso, si sarebbe dovuto anche fare il passo simmetrico, nel senso di affermare che qualora spendano di meno, possano destinare quanto avanza nella gestione sanitaria agli impegni che ritengono politicamente più opportuni. Infatti, non si è capito perchè il legislatore abbia pensato alla costruzione di questo tipo di sistema sanitario, non più nazionale ma solo a metà strada: forse per la logica del funzionamento delle innovazioni che è sempre graduale; pertanto si può pensare che il Parlamento avesse in mente questa prima situazione astratta e dobbiamo quindi aspettarci qualcosa per il futuro.

La seconda tipologia astratta è quella dell'accentramento totale della trasformazione dell'unità sanitaria locale (ma non vorrei confondermi con quello che diceva il professor D'Albergo proprio poco fa), in agenzie del Ministero della sanità, in organi del Dicastero. Effettivamente, il nostro legislatore sembra avere in mente anche questo modello: nel momento in cui si muove nella direzione di dare maggiore autonomia e responsabilità alle Regioni, costruisce un sistema per il quale i Ministeri della sanità e del tesoro sono sempre più coinvolti nella gestione finanziaria delle unità sanitarie locali. Trovo che questo atteggiamento sia schizofrenico e mi piacerebbe che prima o poi qualcuno decidesse se abbiamo un sistema sanitario nazionale oppure no, perchè qualora lo volessimo avere le unità sanitarie locali dovrebbero diventare responsabili nei confronti del Parlamento e non delle Regioni. Se invece si volesse andare verso un sistema di piena autonomia, che è quello che personalmente preferirei, penso che bisognerebbe avere il coraggio di fare un passo anche nella direzione di confondere praticamente quello che oggi viene chiamato Fondo sanitario nazionale con le risorse che lo Stato attribuisce per altri versi alle Regioni. Penso che questa segmentazione del sistema sanitario sia elemento distruttivo dell'autonomia regionale, il più grave elemento distruttivo nel funzionamento delle Regioni, perchè ha costituito al loro interno, parlo di quelle che conosco meglio e che sono quelle che funzionano meglio, questi mega-assessorati. Regioni che

sostanzialmente gestiscono risorse per importi pari a circa tre o quattro volte l'importo complessivo per l'insieme di tutte le altre attività sono un elemento di grave disfunzionalità nell'ordinamento che ritengo dovrebbe essere eliminato o confondendo le risorse, o sottraendole addirittura alla competenza delle Regioni affinché vengano gestite direttamente dal centro.

Penso, signor Presidente, che questo grande pasticcio a tre tra Stato, Regioni ed enti locali, sia un elemento che debba essere in qualche modo eliminato.

PRESIDENTE. Ringrazio anche il professor Giarda per il suo prezioso contributo e do la parola al professor Veronesi.

VERONESI. Cercherò, signor Presidente, di essere il più conciso possibile.

Per quanto riguarda la parte delle entrate, condivido quanto è stato segnalato precedentemente, nel senso che effettivamente abbiamo una serie di carenze di ordine informativo relativamente ai dati. La carenza informativa credo che si possa riscontrare sia sul lato delle entrate che su quello delle uscite. Cominciano tuttavia ad essere individuati determinati canali di informazione e ad apparire dati che reggono meglio ad un riscontro anche dopo due, tre, quattro mesi, oppure ad un riscontro annuale.

La parte relativa alle entrate è meno conosciuta per tre elementi: il primo è che le normative relative ai diversi sistemi assicurativi sono rimaste immutate, mentre il Servizio sanitario nazionale ha modificato le prestazioni, omogeneizzandole. Il secondo elemento è che l'INPS funziona quale esattore dello Stato per la raccolta dei contributi, ma è un esattore anomalo, oserei dire, nel senso che lo Stato non fornisce all'INPS i ruoli di esazione, ma iscrive le cifre che l'INPS segnala essere il gettito contributivo. Non c'è riscontro tra gettito teorico e reale, che può indicare il *quantum* di evasione. Anche se è vero (concordo su questo) che non ci deve essere un'attenzione troppo puntuale su contributi e spesa sanitaria (ricordando peraltro che il Servizio sanitario nazionale non è soltanto un servizio di cura e di riabilitazione in funzione del quale erano stati

definiti i contributi), è altrettanto vero che combattere l'inflazione vuol dire anche far affluire al bilancio dello Stato risorse, e non soltanto incidere nella ripartizione del disavanzo sul totale complessivo della spesa pubblica.

Il terzo elemento che vorrei porre in rilievo è che occorre far chiarezza in relazione alla fiscalizzazione degli oneri sociali, che quest'anno ammonta a 8.400 miliardi. O la fiscalizzazione degli oneri sociali non ha alcun collegamento con il tentativo di trovare l'equilibrio economico tra contributi e spesa sanitaria, e allora si tratta di un falso problema, oppure tale fiscalizzazione deve avere un collegamento di tal genere, e allora occorre prendere alcune decisioni. L'equilibrio economico preesistente, in presenza di 8.400 miliardi di fiscalizzazione, non potrà comunque essere raggiunto. Bisogna quindi scegliere fra varie alternative: incremento dei contributi, incremento degli oneri fiscali, riduzione dei servizi forniti. Non è possibile pensare, qualora si voglia considerare il problema della fiscalizzazione come un problema della sanità, che poi si possa mantenere lo stesso equilibrio che si avrebbe se i contributi fossero introitati per intero. A questo punto, ovviamente, una parte del disavanzo del bilancio del settore sanitario potrebbe assumere un diverso aspetto.

Penso anche che potrebbe essere valutata la possibilità di sottoporre a contribuzione (e mi rifaccio a quanto ha detto il professor Brenna poco fa circa l'invecchiamento della popolazione), secondo formule da studiare e magari solo parzialmente, le pensioni di vecchiaia. Ritengo che ciò potrebbe essere valutato in alternativa all'istituzione di *tickets*, perchè credo che sarebbe più logico sottoporre l'utente a questo tipo di contribuzione piuttosto che ad una logica di consumo, che penalizza chi è nelle condizioni di dover fare maggior uso delle prestazioni sanitarie.

Bisogna, a mio avviso, valutare anche (dato che oggi i contributi sottopongono a prelievo sostanzialmente il reddito prodotto da lavoro) se non sia il caso di modificare questo sistema predisponendo, se possibile, una diversa base contributiva. Ciò può naturalmente comportare una spinta ad un muta-

mento di indirizzo verso il problema della fiscalizzazione.

Arrivo ora agli auspici che desidererei formulare a questa Commissione: nell'immediato, un riequilibrio fra i diversi ordinamenti mutualistici; un riequilibrio fra ordinamenti dei lavoratori autonomi e dei lavoratori dipendenti, e all'interno di questi, perchè esistono, tra i settori produttivi, oneri diversi collegati al settore di appartenenza; un miglioramento tecnico dei rapporti contabili fra INPS e Stato, essendo questo uno degli scottanti problemi che oggi non riusciamo ancora a definire esattamente (l'INPS versa allo Stato il 90 per cento dei contributi iscritti sul bilancio dello Stato, salvo un rendiconto successivo; però non è detto quando tale rendiconto venga effettuato e, per conseguenza, un 10 per cento su cifre dell'ordine delle migliaia di miliardi non è poca cosa). Nel futuro, e comunque come auspicio strutturale, lo studio delle conseguenze generali della fiscalizzazione o, al limite, di una assicurazione obbligatoria unica per tutti i cittadini italiani.

Passerei a questo punto alla spesa; in relazione ai dati in possesso delle Regioni a questo momento, la situazione, al 31 dicembre 1983, in termini di trasferimenti e di spesa effettivamente rilevata a livello del Servizio sanitario nazionale negli anni che vanno dal 1980 al 1983, registra un disavanzo tra la spesa ed i trasferimenti di circa 10.500 miliardi. I 7.000 miliardi indicati dal professor Brenna sostanzialmente concordano con tali valutazioni, perchè non ritengo che i 10.500 miliardi siano nella loro totalità debiti liquidi ed esigibili, cioè fatture scadute o oneri da pagare. Parto da una base di 34.013 miliardi per l'anno 1983, stimata a Pisa prima delle conseguenze dell'articolo 18 del decreto legge 12 settembre 1983, n. 463, recentemente convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, che potrebbe portare, se il controllo dei revisori dei conti non sarà di un certo tipo, a dei risultati ancora superiori. In relazione a questo, penso anch'io che le conseguenze dell'articolo 26 della legge 27 dicembre 1983, n. 730 (legge finanziaria 1984) porteranno ad

un esborso da parte del sistema bancario di circa 7.000 miliardi per il pagamento dei debiti pregressi.

Da questa premessa passo alla valutazione della stima per l'anno 1984, e vorrei proiettarla anche negli anni 1985 e 1986. Dai valori che si rilevano mi sembra di poter dire — non sono il primo, ovviamente — che i 34.000 miliardi previsti per l'anno 1984 dall'articolo 25 della legge finanziaria non sono assolutamente sufficienti e non lo sono soprattutto in relazione ad alcuni interventi che vengono previsti per la riduzione della spesa, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica ma anche, credo, alla spesa per il personale, sia pure in misura molto ridotta. Faccio riferimento ad un documento che il Servizio centrale della programmazione sanitaria ha fornito al Senato per la discussione della legge finanziaria. E, più in particolare, faccio riferimento alla necessità di interventi per ricondurre la spesa dai 38.500 ai 34.000 miliardi. Sono questi, a mio giudizio, tutti interventi che incidono a livello centrale o, al limite, regionale, ma mai a livello di unità sanitaria locale. Imporre quindi un finanziamento fisso a livello locale, senza che vengano assunti quei provvedimenti capaci di produrre la riduzione di spesa richiesta, ritengo che crei incoerenza e quindi penso che la cifra di 34.000 miliardi non possa essere sostenuta. Come revisore di una piccola unità sanitaria locale dell'Emilia Romagna, quella di Vignola, che ha un *budget* di 18 miliardi e 500 milioni annui circa, ho esaminato la stima fatta dal servizio amministrativo, per il comitato di gestione, in relazione ai 34.000 miliardi (avendo la nostra Regione emanato le disposizioni per il riparto nell'ambito dei 34.000 miliardi) ed ho potuto verificare che la spesa farmaceutica — che nel 1983 ammontava a 4 miliardi e 150 milioni — per l'anno 1984 dovrebbe essere compressa a 3 miliardi e 143 milioni, con una riduzione del 37 per cento. Dico con estrema chiarezza che, su una spesa di 4 miliardi 150 milioni, assolutamente non potrà essere raggiunta una riduzione di circa un miliardo.

Questo bilancio, che pure come revisore

dei conti approverò, nel senso che esso è in regola con la normativa oggi prevista, è perciò un bilancio che non si può realizzare.

Penso che una dimensione di 36.500 miliardi sia già una sfida, nel senso che forse potremmo rimanere a questa cifra; tuttavia anch'essa per essere ottenuta presuppone variazioni sulla spesa farmaceutica e sui beni e servizi. Non penso che potremmo rimanere, nell'ambito della ipotesi di 34.000 miliardi, con una spesa per beni e servizi di 5.300 miliardi, quando già nel 1983 essa ammontava a 5.325 miliardi. Pur considerando che gran parte del debito per beni e servizi sarà pagato attraverso l'articolo 26 della legge finanziaria, vorrei richiamare l'attenzione sul fatto che i contratti, soprattutto quelli di somministrazione, dovrebbero essere già stati eseguiti, e soprattutto che una parte di questi beni e servizi corrisponde a prezzi amministrati, il cui costo non è in relazione alla capacità di pagare prima o dopo, bensì alla eventualità che venga modificato il prezzo o meno da un organo ministeriale.

Per quanto attiene ad esempio all'impiego di fattori energetici, già nella legge finanziaria la variazione di 11 lire sul prezzo del metano produce un automatico aumento.

Ma una certa preoccupazione mi crea anche la proiezione negli anni 1985-1986, proiezione rispettivamente del 7 e 5 per cento. Se si raffrontano questi valori con il Rapporto n. 5 del Centro europeo di ricerche, ed in particolare con i prezzi impliciti al prodotto interno lordo, si trova che nel caso della legge finanziaria questi valori, rispetto al 1983, per il 1984 e 1985 sono rispettivamente del 12,8 e del 10,9 per cento e, rispetto alla manovra integrata, cioè rispetto alla politica dei redditi, sono rispettivamente del 10,5 e dell'8,4 per cento. In tutti e due i momenti i valori sono superiori agli incrementi che vengono riconosciuti alla spesa sanitaria. Si ha l'impressione che anche in questo caso ci troveremo nel successivo periodo ad avere dei problemi. Vorrei quindi ancora una volta spezzare una lancia in favore della possibilità, presente nella prima ipotesi di disegno di legge di Piano sanitario nazionale, di iscrivere una cifra a prezzi costanti per il triennio,

lasciando poi alla legge finanziaria la modifica di tale cifra in relazione ai tassi di inflazione che vogliono raggiungersi o che vogliono considerarsi nei confronti del servizio sanitario e della spesa sanitaria. Cioè è preferibile trovare iscritti 36.500 miliardi nei tre anni, salvo decidere di anno in anno l'inflazione, piuttosto che trovare una proiezione come quella della legge finanziaria, che porterà a ulteriori difficoltà.

In conclusione, quindi, con l'articolo 26 della legge finanziaria ancora una volta è stato ripianato un disavanzo sanitario e quindi ancora una volta si dimostra che la spesa sanitaria viene finanziata in disavanzo, nel senso che si opera per previsioni iniziali poco coerenti, salvo ripiani successivi. Un recente lavoro dell'Istituto di ricerche economiche e sociali (IRES) di Milano curato dal professor Brenna, ricorda che fin dal 1966 vi sono stati interventi a ripiano di situazioni patrimoniali, prima degli enti mutualistici, poi degli enti ospedalieri, ed oggi, aggiungo, nei confronti del Servizio sanitario nazionale attraverso l'articolo 26 della legge finanziaria.

Vi è tuttavia, rispetto al passato, una novità: mentre tutti gli interventi operati fino ad oggi sono stati a carico del bilancio dello Stato, i futuri interventi, per effetto dell'articolo 29 della legge finanziaria per il 1984, saranno a carico delle Regioni: a carico cioè della decisione regionale.

Il professor Giarda sa meglio di me, perchè è un brillantissimo cultore della finanza regionale, come il Fondo comune regionale è dimensionato in misura tale che non potrà mai intervenire nel ripiano dei disavanzi della sanità, mai! Abbiamo dei grossi problemi a mantenere le linee della spesa regionale, anche se è da tempo che ritengo comunque che il Fondo sanitario possa essere valutato anche all'interno del discorso sul Fondo comune regionale.

Tornando all'articolo 29, in esso viene inserita una nuova caratteristica: la partecipazione da parte degli utenti, non più sotto forma contributiva o fiscale, ma sotto forma di vera partecipazione al costo. Non credo che le Regioni avranno delle economie sulla quota del Fondo sanitario nazionale, non

avranno economie sul Fondo comune e quindi dovranno ricorrere per forza alla seconda ipotesi, che è quella della partecipazione regionale al costo, che assume a questo punto una caratteristica, quasi, d'imposta sui consumi.

Penso perciò che il nuovo sistema che esce dalla legge finanziaria può essere individuato nei termini seguenti: il Fondo sanitario nazionale non è più l'unica fonte di finanziamento; partecipano al finanziamento le entrate dirette trattenute alla produzione che assumono quindi caratteristiche di tariffazione; contribuiscono al finanziamento, all'equilibrio del sistema, le partecipazioni regionali al costo, che saranno stabilite in relazione al disavanzo.

Vorrei richiamare l'attenzione sul fatto che le tariffe acquisite direttamente possono spingere all'aumento delle prestazioni non necessarie nel momento stesso che le unità sanitarie locali si accorgono che questa è una linea di cassa più veloce del finanziamento tramite il Fondo sanitario o, comunque, degli altri finanziamenti. Trattandosi di tariffe che non ricoprono il costo, ovviamente, ogni incremento anomalo di queste attività comporterebbe oneri maggiori dei ricavi.

L'auspicio potrebbe quindi essere, anche per questo aspetto, il seguente: innanzitutto previsioni più obiettive basate sui fattori storicamente impiegati e sul loro grado di conversione, quindi sulla loro elasticità e sulla fattibilità di tale conversione; *standards* obiettivi di riferimento che al momento attuale potrebbero essere, non disponendo di altro, gli indicatori «macro» su base storica, salvo avviare un sistema che possa sostituire tali indicatori «macro» con degli indicatori di modello. Non credo che potremmo raggiungere mai un modello che valga per tutto, ma penso che per settori potremmo determinare molti di questi aspetti. Terzo punto del mio auspicio: fare previsioni, nell'ambito della legge finanziaria o comunque del Piano sanitario, a prezzi costanti come ho detto precedentemente. Infine, aggiungerei nel fondo globale previsto dalla legge n. 468 del 1978 un eventuale stanziamento di somme qualora, durante l'anno, debbano essere rinnovati i contratti o le convenzioni per evitare

di inquinare la determinazione della somma che deve già essere effettivamente impiegata per condizioni preesistenti.

Sui criteri di riparto mi sembra che la proposta formulata dall'ANCI al convegno di Sorrento sia ancora quella migliore, dal momento che tiene conto del principio generale della ripartizione rispetto alla popolazione.

Realisticamente poi si adegua al fatto transitorio, ma comunque esistente, di strutture non omogenee ripartite su tutto il territorio che comporterà il permanere di una certa mobilità sanitaria (il professor Brenna parlò già di mobilità sanitaria nel 1975 a proposito del Fondo sanitario nazionale per l'assistenza ospedaliera). Si veda finalmente di attivarla, perchè se ne è sempre parlato ma non si è mai concretizzata.

Inoltre, tale proposta prende pragmaticamente atto che alcune funzioni non saranno mai omogenee su tutto il territorio e per queste funzioni ipotizza un finanziamento al bilancio secondo *budget* di *standard* di efficienza omogenea: mi riferisco in particolare ai centri di cardiocirurgia, anche se non ne potremo organizzare oltre un certo numero. Inoltre gli stanziamenti dovranno essere fissati rispetto ad un modello che sia insieme efficiente ed efficace.

Individua infine un terzo raggruppamento di risorse, da aggiungere al fondo per le spese correnti e al fondo per le spese di investimento: cioè il Fondo di sviluppo, che sarà l'unico attraverso il quale potremo ottenere il famoso equilibrio che si sta cercando dal 1979 in poi, costituendo insieme il volano ed il cemento per avviare ed edificare interventi equilibranti e programmati.

La proposta ANCI di Sorrento è idonea per gestire risorse non aggiuntive ma ricavate da azioni di efficienza sulla «spesa storica» (in funzione della quale si vuole intervenire in termini di efficienza), che vengono oggi utilizzate in maniera inopportuna. È una proposta di amministrazione «budgetaria» alla quale è obbligatorio, se s'intende gestirla, collegare la programmazione; possiamo affermare che è un modo come un altro per costringerci alla programmazione.

La proposta formulata dall'ANCI (gran parte della quale è riscontrabile nella nuova

legge finanziaria che, ed è questo un segno positivo, è diversa dalle precedenti) prende in considerazione la spesa sanitaria avanzando progetti ulteriormente migliorativi rispetto alla stessa legge finanziaria. Come nella legge, anche qui sono considerate le piccole realtà regionali in modo da garantire ad esse un certo livello di spese amministrative generali, che esistono indipendentemente dalla loro determinata struttura, grande o piccola che sia.

Colgo l'occasione per sottolineare l'impressione che il Ministero del tesoro non abbia ben compreso la funzione del collegio dei revisori. Se è un collegio, la funzione è naturalmente collegiale e non del singolo. Sarebbe quindi opportuno che le circolari di competenza del Ministero del tesoro, le quali indirizzano e coordinano determinati settori, siano conosciute non solo dal rappresentante del Ministero (il quale, invero, molto spesso, per il rapporto di colleganza esistente all'interno del collegio, le invia ai colleghi) ma dal collegio nel suo complesso; poichè tutti sono tenuti a seguire gli indirizzi emanati dal Ministero nell'ambito di sua competenza. Come Presidente di un collegio di revisori di conti, non credo di offendermi se chi ha il potere di emanare determinati indirizzi, me li fa conoscere, anzi gliene sarei sicuramente grato.

Passando ai criteri di riparto tra le USL, non credo che essi possano essere modellati su quelli per il riparto tra le Regioni, soprattutto per la diversità dell'ambito territoriale di riferimento. Però è necessario che le Regioni attuino una volta per tutte, come previsto dal quarto comma dell'articolo 51 della legge n. 833 del 1978, le loro normative di riparto alle singole USL. Molte delle nostre Regioni, riguardo alle percentuali di riparto, ancora si reggono con norme transitorie e provvisorie, collegate a piani sanitari regionali, qualche volta a delibere del consiglio regionale, altre volte a circolari regionali. Al limite occorre una normativa generale, sostitutiva, da applicarsi alle Regioni inadempienti perchè fin quando non diverrà esecutiva questa parte della riforma (mi ricollego quindi a quanto diceva all'inizio di questa lunga seduta il professor D'Albergo) si creere-

ranno sempre difficoltà per la comprensione dell'evoluzione del fenomeno.

Ritengo che occorrerebbe modificare peraltro il concetto di contabilità pubblica alla quale siamo tenuti, che è organizzata per fattori di produzione, per autorizzazione sugli atti (in fondo un bilancio di previsione autorizza a spendere ma non dice come e che cosa si deve spendere) e a volte non è altro che una semplice riclassificazione contabile per funzioni. Questa logica per funzioni non vuol dire una polverizzazione dei centri di servizio generale, del settore degli acquisti, della contabilità, dei magazzini, ma significa l'individuazione, nel divenire della gestione, del prelievo per l'utilizzo dei fattori disponibili, e l'addebito del loro costo all'utilizzazione che ne risponde in termini di rapporto tra quantità del servizio e costo sostenuto, fra obiettivi assegnati e spese per raggiungerli, tra risorse impiegate e *standard* di impiego. Ne consegue quindi la facoltà di scelta di fattori da parte dell'operatore sanitario. Ritengo che si debba convincere la dottrina a indirizzarsi verso un bilancio per programmi, anche se non immediatamente tutto per programmi: un bilancio che possa rendere veramente responsabili coloro che sono individuati come tali.

L'ultimo aspetto riguarda i controlli e le certificazioni. Gli attuali controlli, se riferiti al merito della gestione, risultano tendenzialmente inefficaci. Credo che da nessun controllo, da nessuna relazione del revisore dei conti e da nessuna analisi nel tempo delle delibere approvate o non approvate dal comitato di controllo, si riesca a capire il merito dell'azione all'interno di una determinata USL.

Tra l'altro è da segnalare che solo quattro Regioni che hanno adottato le normative finora emanate per il collegio dei revisori, hanno spinto il controllo di tale collegio sino al sindacato sul merito, anche se poi tutto è rimasto lettera morta per la mancanza di modelli di riferimento. A causa della inesistenza di un criterio base, anche nella nostra Regione incontriamo grosse difficoltà.

Alla certificazione bisognerà porre molta attenzione per il motivo che essa può essere un buon mercato di oneri aggiuntivi. Bisogna

tener conto delle profonde differenze tra i criteri contabili vigenti per le imprese e quelli vigenti per gli enti pubblici perchè è diversa sia la contabilità che il fine. Infatti, nelle imprese, il bilancio che viene sottoposto all'approvazione dell'assemblea dei soci o degli azionisti è sintetico. Negli enti pubblici, il conto consuntivo è analitico, sono elencati i singoli capitoli e per ogni capitolo vengono indicati quanto è l'autorizzato, l'impegnato, l'economia, il pagato ed altri elementi. Inoltre il bilancio di previsione nelle imprese è facoltativo, normalmente non riguarda l'intera attività imprenditoriale, è di tipo «budgetario» e si riferisce soltanto a determinate aree. Il bilancio di previsione degli enti pubblici è obbligatorio (ed anche autorizzatorio poichè autorizza la gestione) ed è sempre generale perchè attiene all'intera attività.

L'obiettivo dell'impresa è, in senso generale, — mi si permetta questa espressione — la massima differenza tra costi e ricavi; nell'ente pubblico, l'obiettivo è costituito dal pareggio contabile e finanziario tra risorse disponibili e spese necessarie. Nell'impresa il risultato finale (utile o perdita) sintetizza il raggiungimento dell'obiettivo; nell'ente pubblico il risultato di amministrazione, quello che noi troviamo all'inizio di ogni bilancio di previsione — parlo non del bilancio dello Stato, ovviamente, ma di quello degli enti pubblici territoriali e delle Regioni — non è l'indice sintetico del raggiungimento degli obiettivi. Mi spiego: ci può essere un avanzo di amministrazione pur essendo stata la gestione fallimentare, nel senso che non è stato raggiunto alcun obiettivo; mentre ci può essere un disavanzo di amministrazione che può essere fisiologico in una certa situazione per il raggiungimento di determinati obiettivi. Quindi sono d'accordo per la nuova funzione di cui stiamo parlando, cioè per la certificazione contabile, tenuto però presente che questa già esiste ed è fatta da un lato dal collegio dei revisori sul conto consuntivo e dall'altro dal comitato di controllo quando approva il conto consuntivo stesso. Con la certificazione contabile si verifica soltanto se le somme contenute nei diversi capitoli corrispondono o meno alle scritture dell'ente.

Non esiste invece una seconda certificazione che riguarda l'efficienza dell'amministrazione, ossia il rapporto tra le attività prodotte e i loro costi; e a mio giudizio — salvo rarissime eccezioni — attualmente non esiste neanche un personale professionalmente e specificatamente preparato per questa attività. Occorre pertanto ricercarlo, magari prevedendo una scuola nazionale o un albo speciale, oppure bisogna fare in modo che l'università sia in grado di preparare elementi di questo tipo. Infine, non esiste una terza certificazione che riguardi l'utilità dell'attività prodotta ai fini di una significativa modificazione del bisogno evidenziato, e non credo che potrà esistere in forma organica fino a quando i protocolli terapeutici non avranno raggiunto un valore più probante di quanto non abbiano oggi.

Per concludere, questa attività di certificazione dovrà da un lato tener conto della funzione dell'operatore sanitario quale ordinatore di spesa e dall'altro utilizzare strumenti, procedure e metodi già impiegati per la certificazione nell'impresa, in relazione però — ripeto — alla specifica funzione dell'operatore sanitario quale ordinatore di spesa. A questo proposito peraltro voglio ricordare quanto ha detto prima il professor Brenna sul fatto che il medico crea, oltre all'offerta, anche la domanda.

Questa attività dovrà anche tener conto dell'obbligatorio coinvolgimento dell'operatore sanitario nella valutazione di efficacia e di efficienza. Non si può infatti pensare di poter valutare l'efficienza di un'unità sanitaria locale senza coinvolgere coloro che sono gli ordinatori della spesa; altrimenti, anche se ricorressimo all'aiuto del miglior professionista aziendale esistente in Italia, credo che non otterremmo alcun risultato utile ai fini della nostra conoscenza.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Veronesi. Con il suo intervento abbiamo esaurito la prima fase dei nostri lavori odierni, che è stata molto ricca di considerazioni «diagnostiche». Vorrei che i vari colleghi senatori che intendono intervenire, tenuto conto che abbiamo a disposizione ancora un'ora di tempo, presentino liberamente le loro domande.

RANALLI. Professor D'Albergo, mi è parso che con la sua esposizione lei si sia richiamato al titolo V della Costituzione repubblicana nel considerare coerente l'intreccio tra funzioni statali, regionali e comunali, a differenza del professor Giarda che successivamente, con una parola singolare, lo ha giudicato un «pasticcio». Tuttavia ritengo che sia necessario un chiarimento a proposito delle associazioni tra i Comuni cui si è fatto riferimento e la cui mancata costituzione, secondo lei, ha in effetti introdotto un limite al funzionamento organico di questo sistema a tre (Stato, Regioni e Comuni); infatti ciò ha portato ad assemblee generali delle USL ed ha accentuato il fenomeno dei Comuni titolari di alcune funzioni che sono poi state svolte effettivamente dalle unità sanitarie locali, in un modo che è apparso anche dissociante rispetto alla centralità del Comune.

Vorrei dunque capire se a giudizio del professor D'Albergo la correzione — se in qualche misura di ciò si può parlare — dovrebbe andare proprio in questa direzione; cioè se egli intenda auspicare un'assemblea intercomunale costituita da interi consigli comunali. Professor D'Albergo, è questo tipo di assemblea generale la struttura funzionale di cui ci parlava? È questo che lei suggeriva? Gradirei una sua precisazione perchè, a mio avviso, e per chi la pensa in un modo corretto sotto il profilo istituzionale, questo rappresenterebbe un punto di riflessione.

La mia seconda domanda è rivolta al professor Brenna. Lei ha parlato, tra l'altro, professore, della inutilità — se non addirittura della pericolosità ai fini di una valutazione complessiva del sistema sanitario — del sistema di controlli sui singoli atti ed ha suggerito, più propriamente a suo giudizio, un controllo sull'intera gestione. Vorrei pregarla di specificare meglio le caratteristiche di questo controllo di gestione: a chi debba essere affidato, e se debba avvenire con un esame del concreto funzionamento dei servizi, cioè di quanto il sistema sanitario dovrebbe produrre soprattutto con maggiore efficacia e produttività.

MELOTTO. La mia prima domanda si collega a quella che il senatore Ranalli ha rivol-

to al professor D'Albergo, per capire esattamente il suo pensiero circa il problema sollevato. Quando ero assessore, in questa sede mi fu detto che ad un certo momento sarebbe stata la giurisprudenza a definire la natura giuridica delle USL, ma dopo quattro anni l'unità sanitaria locale non è ancora nè carne nè pesce. Pertanto i numerosi problemi non sono stati risolti, diciamo chiaramente; d'altra parte se così non fosse, la nostra indagine conoscitiva sarebbe inutile.

Mi è parso — non so se ho frainteso — che il professor D'Albergo abbia sottolineato la «centralità» delle unità sanitarie locali; io ho un po' paura di questa affermazione, perchè l'USL, a mio avviso, dovrebbe essere solamente una struttura erogatrice di servizi, non un ente di governo generale; altrimenti, si stravolge completamente l'ottica della legge n. 833, che ha reso prioritario il Comune rispetto alla gestione del Servizio sanitario nazionale tramite le USL.

È necessaria oggi una definizione chiara ed univoca della natura dell'USL, valida per l'intero territorio nazionale, se non vogliamo trasferire sempre a livelli superiori la responsabilità della sommatoria delle lacune; in caso contrario, il Parlamento si troverà ogni anno a dover sanare i conti di una gestione che diventa sempre più degradata.

Pregherei poi il professor Giarda di fornirci i dati statistici, cui prima ha fatto riferimento, per considerare lo sviluppo che si è verificato in questi anni.

Infine, il professor Brenna ha affermato che ci stiamo occupando esclusivamente di problemi di breve periodo, senza considerare i possibili sviluppi della situazione attuale. Il sistema delle leggi finanziarie è ripetitivo del piè di lista premiando, tutto sommato, chi fa di meno. In questa situazione coloro che fanno di più, che più qualificano la struttura, saranno costretti anche a pagare le spese effettuate per conto terzi. Che significato ha il coinvolgimento di chi ha la responsabilità di erogare un servizio? Il preventivo è un documento di rito che non serve a nulla, oppure si vuole veramente introdurre il principio che chi eroga il servizio possa beneficiare dei risparmi ottenuti per aver creato un sistema migliore?

Si parla di tagli; da anni invece non si è chiuso un servizio, un posto-letto o una divisione, operazioni necessarie se si vuole realizzare un servizio unitario.

Il professor Giarda ha fatto presente che fra le entrate delle Regioni dovrebbero figurare anche le quote per la sanità, non più come fondo speciale, e quindi le Regioni dovrebbero essere poste in grado di provvedere autonomamente coprendo così eventuali disavanzi. La legge n. 833 stabiliva che i Comuni avrebbero dovuto assumere tale funzione; la legge finanziaria di quest'anno ha spostato questa competenza dal Comune alla Regione. È una inversione di tendenza? Si può prevedere che divenga stabile?

ROSSANDA. Rinnovo innanzitutto la richiesta al Presidente di prevedere incontri successivi con gli esperti, quando avremo esaminato anche il materiale scritto che i nostri invitati ci faranno pervenire.

Vorrei ora approfittare della casuale presenza di esperti finanziari insieme a giuristi per chiarire un problema. Il professor Giarda alla fine del suo intervento ha parlato di «pasticcio» tra i tre livelli. Anche io ho la sensazione che questo pasticcio esista, ma non ho capito il riferimento che egli ha fatto all'articolo 29 della legge finanziaria per il 1984, che parla dell'utilizzo del Fondo comune regionale e delle eventuali nuove quote di partecipazione degli assistiti. Considerata la serie di variazioni nella numerazione degli articoli della legge finanziaria di quest'anno, mi era sorto il dubbio che egli potesse riferirsi agli articoli 27 e 28 in cui sono attribuite alle Regioni alcune competenze prima dei Comuni, assegnando loro una quota di spesa da gestire autonomamente, o ad altri punti della legislazione successiva alla riforma che hanno spostato sistematicamente verso il centro alcuni poteri affidati esplicitamente nella riforma ai Comuni singoli ed associati. Si è cioè proceduto nel senso di uno spostamento di alcune competenze al potere centrale, il quale, come è emerso in modo concorde da tutte le dichiarazioni degli esperti, è stato assolutamente inadempiente da tutti i punti di vista. Come considerano dunque gli esperti oggi presenti questo aspetto del

problema? Perché il controllo di contabilità deve essere affidato al Ministero del tesoro?

Altra questione che mi ha lasciato perplessa è la gestione del personale, che secondo la riforma è centralizzata sul piano dei contratti e delle convenzioni, mentre è affidata alla competenza regionale per quanto riguarda i ruoli e i concorsi. Il potere periferico si trova così totalmente tagliato fuori da questi poteri. Come considerano gli esperti questo processo di ricentralizzazione che è ora in corso?

Vorrei chiedere in particolare al professor Giarda se mi spiega che cosa voleva dire quando accennava alla ipotesi di separazione tra la riforma del sistema di finanziamento rispetto alla riforma del sistema istituzionale, perchè mi sembrano aspetti così collegati tra di loro che non riesco ad immaginare come si possa dividerli.

TROTTA. Credo di avere poco da chiedere ai nostri esperti, anche perchè — come diceva la collega Rossanda — stamattina abbiamo sentito talmente tante cose che se abbiamo una riflessione da fare è proprio quella di aver conosciuto dagli esperti degli aspetti che forse non avevamo neanche intuito; mi riferisco in particolare a quello che diceva il professor D'Albergo. Certamente una delle cause delle disfunzioni delle USL risiede nello scollamento e nella frattura che esiste tra i cittadini, la gestione e l'assemblea, perchè con il sistema delle nomine dei rappresentanti delle USL nelle gestioni che, come sappiamo, è un mezzo mediato attraverso i consigli comunali, il cittadino si sente di sicuro scarsamente rappresentato e scarsamente partecipe della gestione delle USL. Mi sembra quindi che le osservazioni del professor D'Albergo siano veramente pertinenti e tocchino seriamente il problema; rimane sempre però il fatto che le USL non sono ancora in effetti un soggetto autonomo e su questo problema vorrei domandare al professor D'Albergo come secondo lui potrebbero proiettarsi nel futuro per acquisire veramente una capacità gestionale autonoma con una propria figura giuridica. È questo il problema che ritengo fondamentale e che credo vada chiarito.

Nel suo discorso il professor Giarda diceva poi delle cose molto interessanti: c'è da chiedersi se ciascuna Regione non vada a costituire un proprio servizio sanitario regionale, considerando qual è l'attuale sistema di distribuzione dei fondi e che la responsabilizzazione delle Regioni per quanto riguarda la spesa non è sufficiente. Mi chiedo perciò: se ogni Regione gestisse la sanità in modo autonomo e scollato dalla rimanente realtà del paese, potremmo avere in Italia delle Regioni che forniscono una assistenza sanitaria di serie A e Regioni che ne forniscono una di serie B, o di serie C o D; mi sembra che ciò sia assolutamente ingiusto e che sia un motivo di preoccupazione in un paese democratico come il nostro.

Non vorrei aggiungere altro, se non dichiarare la mia soddisfazione nell'apprendere quello che diceva il professor Veronesi, e cioè che come abbiamo detto anche in Commissione, questi controlli non servono a nulla e che risultano inefficaci.

COLOMBO SVEVO. Vorrei sottolineare l'importanza e lo stimolo venuto da questa riunione per l'accostamento tra esperti istituzionali ed esperti della economia e della finanza. Questo stimolo è stato ancora più sentito perchè abbiamo vissuto proprio in questi giorni il dibattito sulla legge finanziaria, che sotto ipotesi di razionalizzazione della spesa e di responsabilizzazione delle Regioni nei confronti della spesa stessa, ha introdotto anche alcune ipotesi che finanziarie non sono e che a mio avviso prefigurano alcuni cambiamenti istituzionali che dovranno essere in seguito discussi, ma che sono non di meno prefigurati. Da questo punto di vista mi piacerebbe che nelle risposte che ci potranno dare, gli esperti oggi presenti sottolineassero due degli elementi che sono emersi.

Il primo è quello della centralità dell'unità sanitaria locale, e del suo referente politico cioè l'associazione dei Comuni. Mi piacerebbe sapere dal costituzionalista a quali condizioni l'associazionismo dei Comuni è una modalità che — non soltanto per la sanità, ma anche per altri servizi — può rafforzare l'autonomia del Comune e se esistono anche

delle possibilità giuridiche di rafforzamento dell'associazione stessa che consentano che la centralità della funzione del Comune possa essere approfondita. Mi pare che contrasti con questa ipotesi l'associazione dei Comuni come risulta dal disegno di legge governativo sull'ordinamento delle autonomie locali, che è del tutto aleatoria e volontaristica e di per sé fa crollare l'impostazione della legge n. 833 e le previsioni del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977.

Passo ora alla seconda richiesta. Il professor Giarda ha collegato il problema istituzionale con quello finanziario. Mi pare che desse un giudizio positivo non già all'attribuzione alla Regione di alcune competenze, ma al fatto che per la prima volta fosse consentita una discrezionalità da parte della Regione su come utilizzare determinati finanziamenti. La domanda è pertanto questa: un sistema finanziario che veda una responsabilità maggiore della Regione è incompatibile rispetto al sistema delle unità sanitarie locali, basato sull'associazionismo dei Comuni? Vorrei cioè tentare di collegare i due momenti, quello finanziario e quello istituzionale, per vedere se esiste una possibilità per le Regioni di acquisire una qualche responsabilità finanziaria senza arrivare all'accertamento, senza cioè che le unità sanitarie locali siano agenzie delle Regioni restando ancora strumenti operativi dei Comuni.

ALBERTI. Il professor Veronesi ha detto che alcune Regioni hanno già stabilito una normativa di riparto tra le USL. Vorrei sapere quali criteri sono stati adottati e quali dovrebbero comunque essere i criteri per altre Regioni. Lei, dottore, parlava addirittura della possibilità che venissero imposte, attraverso dei provvedimenti legislativi, delle normative per quelle Regioni che non abbiano ancora provveduto al riparto; sarebbe questo forse un punto da chiarire fino in fondo.

Volevo poi chiedere a tutti gli esperti (perchè tutti hanno parlato della insufficienza dei meccanismi di controllo, e quelli intervenuti ieri dicevano addirittura che alcuni meccanismi di controllo sulle USL sarebbero essi stessi produttori di spesa) quali potreb-

bero essere i meccanismi di controllo della gestione, a chi dovrebbe essere affidato tale controllo, e se questo deve essere, per esempio, un controllo sugli obiettivi ottenuti.

Inoltre vorrei che il professor Giarda chiarisse fino in fondo il suo concetto di autonomia e di programmazione di spesa delle Regioni, tenuto conto del fatto che, se non ho capito male, egli addirittura auspica che la quota del Fondo sanitario nazionale venga messa nel Fondo comune delle Regioni e, quindi, successivamente riprogrammata.

Vorrei dunque che egli chiarisse meglio questo aspetto, cioè che cosa si intende per autonomia che deve essere data alle Regioni.

Mi pare poi che il professor Giarda accennasse addirittura alla possibilità che il Servizio sanitario nazionale venga trasformato in un Servizio sanitario regionale.

PRESIDENTE. Vorrei fare anch'io una domanda prima di dare luogo alle risposte: si tratta della stessa domanda che ho presentato a due esperti per il settore finanziario (che sono stati ascoltati appunto ieri sera) e la faccio anche perchè credo che le vostre risposte siano utili per il formarsi di una opinione globale.

È emersa — è stato ribadito anche questa mattina — l'attribuzione di maggior potere alle Regioni con la legge finanziaria per il 1984 rispetto all'assetto precedente. Questo fatto certamente esalta sempre di più la formazione di una serie di sistemi sanitari regionali, relativamente più autonomi dal centro rispetto alla situazione sanitaria attuale.

Tutti i sistemi però, quando si spostano in una certa direzione — questa è, per così dire, una teoria generale dei sistemi — creano dei meccanismi di compenso e di contropinta nell'opposta direzione. Se questo si verificherà sotto l'aspetto finanziario, probabilmente i sostenitori della centralità vorranno prevedere uno strumento che in qualche modo riequilibri questo passaggio di poteri ancor più spinto verso le Regioni: uno strumento legislativo per esempio, il quale, sotto forma di legge-quadro, comprenda tutti i meccanismi di formazione e di erogazione del Fondo

sanitario nazionale, cioè di finanziamento e di gestione del Fondo.

Io penso che, bene o male, il Fondo sanitario debba sempre rimanere come distinta entità quantificabile, anche se più o meno aperta all'integrazione con il Fondo regionale globale.

Diciamo quindi che tutte le procedure per la formazione del Fondo, per il trasferimento alle Regioni, per la erogazione nelle varie categorie della spesa e per la ripartizione alle singole USL da parte delle Regioni potrebbero essere radunate in una legge-quadro, prevedendo forti modalità «centrali» di disciplina che riguardino tutte le Regioni italiane. Questo forse potrebbe costituire il punto di equilibrio fra responsabilità periferica regionale e l'accoglimento della «contropinta» verso quella centralità che, tra l'altro, si è certamente manifestata in questi ultimi due anni da parte dei precedenti Governi.

Vorrei conoscere allora l'opinione dei nostri ospiti in merito a tali questioni.

D'ALBERGO. Questa volta andrò più a fondo nelle mie valutazioni, pur tenendo conto della riduzione del tempo a disposizione, augurandomi però di non essere accusato di schematismo, come si suol fare in circostanze simili.

A me sembra che la seduta odierna abbia consentito — causa il differimento del mio intervento — di attuare sia pur casualmente quell'incontro che viene chiamato «interdisciplinare» con un metodo che i politici realizzano normalmente, conseguendo risultati non meno «culturali» solo perchè è «politica» la sede.

Dicevo all'inizio che consideravo sovrastrutturale, per come era collocato, il mio intervento: sono perciò lieto di poter intervenire dopo gli altri colleghi. Qualunque sia stata la logica che ha ispirato le loro valutazioni, si è trattato comunque di un contributo a rispondere alle domande relative a quello che si chiama «momento istituzionale».

La chiave del momento istituzionale è infatti nei problemi finanziari: non voglio dare l'impressione di fare una involuzione accade-

mica, nel rammentare che lo stato moderno è nato sulla questione del potere finanziario. Quanto più presentiamo le questioni finanziarie come separate, tanto più noi non siamo in grado di inquadrare le questioni istituzionali. La questione istituzionale più determinante per lo sviluppo della società e della sua organizzazione giuridica è quella che assume le forme del potere finanziario. Oggi, ascoltando gli interventi predisposti, ho capito meglio i problemi cui accennavo parlando in termini sovrastrutturali, insistendovi in modo separato e cercando di dare le risposte che ho accennato.

Voglio partire dall'osservazione che aveva fatto il professor Giarda quando aveva parlato della necessità di avere un sistema di informazioni, che non riguardi tanto i singoli dati informativi, quanto il sistema stesso ed il suo funzionamento.

Quella non è che in apparenza la chiave interpretativa di quelli che chiamiamo «i problemi democratici delle istituzioni». E se ho chiamato le USL elementi «centrali», mi spiace di aver dato una falsa impressione e cioè quella che tale attributo può dare appunto, quasiché la USL debba essere un ente a sé; al contrario, «centralità della USL» significa centralità nel Servizio sanitario nazionale della sede e della forma delle prestazioni, sul presupposto ben chiaro che il Comune è titolare degli interessi amministrati con le USL.

Ma perchè, allora, faccio riferimento ai problemi finanziari? Perchè, come qui è stato impostato, l'essenzialità del problema finanziario sta nel rapporto tra centro e periferia: se si parte da una visione tradizionale e accentratrice della finanza, il piè di lista centrale assume significato «razionale» secondo la logica di superiorità del potere, mentre se è locale è «plebeo» e quindi, come tale, va censurato e respinto.

Bisognava cominciare, partendo dal potere finanziario, a capire che tutte le istituzioni sono elementi costitutivi della Repubblica, e che il piè di lista del Ministero non è più lecito del piè di lista delle Regioni, degli enti locali, o delle USL. Bisogna quindi cominciare a superare l'ideologia della contrapposizione secondo cui il potere centrale,

per una stessa destinazione, corrisponde ai bisogni della società, mentre il potere locale dovrebbe rispondervi ma si presume che in concreto non possa.

Certo è che casi come quelli sotto i nostri occhi — alludo al «caso Teardo», e a casi simili — non aiutano nel senso da me indicato: questo lo capisco, però solo qualificando certi principi si può intensificare la democrazia.

Vengo al merito delle risposte.

Se è vero quello che è stato detto — ed il professor Veronesi lo ha detto in modo più compiuto, anche per una diversa valutazione d'insieme del punto di vista finanziario — la questione come si presenta? Bisogna ritornare, nella gestione del sistema sanitario, al significato con cui il sistema è stato concepito nella legge di riforma e ribaltare la tendenza in atto non solo in materia sanitaria ma in tutti i settori investiti da leggi di riforma negli anni Settanta, che è quella secondo cui, una volta emanata la legge, le esigenze della sua «gestione» chiamerebbero in causa solo il ruolo di «governo» delle istituzioni, nella separazione dalla società. Dobbiamo invece ricostituire nella gestione della legge di riforma sanitaria, e quindi del Servizio sanitario nazionale, le condizioni che erano state alla base della sua elaborazione, che saranno «reali» se operanti nella «gestione».

Poichè nell'indagine conoscitiva è prevista la partecipazione di rappresentanti della CGIL, CISL e UIL, essenziale è che ci si riconduca alle motivazioni di quel movimento che è stato la base di partenza e la garanzia dell'elaborazione della legge di riforma sanitaria, cioè la classe operaia. Partendo dalla lotta per l'ambiente di fabbrica, e sviluppandola nell'ambiente inteso come territorio ha trovato risalto l'interesse più generale dei cittadini, e non solo quello dei cittadini in una particolare condizione.

Tutto ciò porta alla questione dell'ente locale e del suo ruolo nel Servizio nazionale: se noi invece ci mettiamo sul piano della forma della gestione come questione staccata dalla società, è ovvio che ci si rinchiuda nel dilemma se la USL sia una azienda municipalizzata o un ente, che ci si domandi se

contano di più gli amministratori, e quali di essi in particolare; con la conseguenza che perdiamo di vista lo scopo che è sancito nella legge, e che rimanda ad una svolta politica nella prevenzione, nella cura e via dicendo.

Il passaggio dalla fase di elaborazione della riforma a quella della sua attuazione non può svalutare ma deve accentuare la valenza politica della riforma, che ha un rilievo coerente solo se si fa concreta socialità nell'azione politica di tutti i soggetti operatori coinvolti nelle prestazioni del servizio sanitario.

Il Comune, in tale contesto, si può considerare titolare del servizio? In diritto privato, si parla di nuda proprietà; ma la titolarità del potere del Comune non può essere considerata «nuda», perchè l'unità sanitaria locale non è un potere sostitutivo e non può che essere «servente» nei confronti del Comune, che è il titolare effettivo del servizio sanitario. Ma non basta valutare il Comune sul versante della sanità, dovendo portare l'attenzione all'assetto istituzionale locale nel suo complesso. Il movimento democratico da alcuni anni è combattuto, diviso sulla questione che va sotto la formula di «ente intermedio» e che si è presentata sotto le vesti di comprensorio, provincia e associazione intercomunale. La provincia, per coloro che ritengono che debba rimanere, ha un ruolo — e sono personalmente d'accordo su questo — come soggetto di programmazione economica; si è riconosciuta anche la necessità di collegare i Comuni per la gestione dei servizi che vanno al di là della zona relativa ad ogni singolo Comune, nel momento stesso in cui per poter funzionare hanno bisogno al loro interno delle circoscrizioni. Se si parla di *welfare state*, vuol dire che si riconosce che la necessità di soddisfare i bisogni degli utenti comporta che l'istituzione sia dislocata nel modo più adesivo sia sul territorio della singola circoscrizione, sia su zone più ampie, perchè ogni Comune ha una gravitazione ultraterritoriale.

Come si fa ad ottenere tutto questo con la democrazia? Se si dà per scontato che la democrazia è un valore astratto, scritto nella Costituzione, ma che poi in termini reali conta solo l'efficienza, si rientra in un'altra

logica indifferente alla natura dello stato. Io sposo l'indirizzo culturale che vuole coniugare e non separare democrazia ed efficienza, notando di passaggio che non c'è posizione teorica di sorta nel mondo culturale sulla inefficienza, poichè a nessuno è venuto in mente di teorizzare un potere fondato sull'inefficienza.

E come si fa democrazia, nel settore sanitario? Partendo dall'applicazione della legge, ciò che implica la centralità del Comune, attraverso l'azione della unità sanitaria locale, nonchè un chiarimento di fondo sull'associazione intercomunale che in Toscana è al centro di attenta discussione. Mi trovo ad operare a Pisa ed ho occasione di sentirne l'eco, perchè l'associazione intercomunale è destinata a costituire causa di corrompimento del potere locale se rimane imperniata sulla rappresentanza dei consigli comunali e non del popolo. Se c'è bisogno delle circoscrizioni perchè si espliciti un potere realmente democratico nel Comune, mi chiedo come possa esprimere un potere democratico una associazione intercomunale i cui membri, come esponenti indiretti del popolo, sono senza controllo democratico.

Quando ci si lamenta dei comitati gestionali delle USL, ai quali è stato affidato dalle Regioni un ruolo distorsivo, occorre partire dall'analisi critica dell'associazione intercomunale, altrimenti le ipotesi di modifica del comitato di gestione, compreso il numero dei membri, hanno una portata solo efficientistica, eludendo il problema politico reale, dato che il numero può essere ridotto utilmente in base ad una logica politica. Per quanto riguarda la scelta tra esperti o politici, si tocca la questione della «lottizzazione», e devo dire che ritengo sia mistificatorio un discorso destinato a perdere rilievo il giorno in cui tutti i partiti fossero immessi negli organi dei vari organismi, tenuto altresì presente che è dal 1944 che c'è il pluralismo, ma non si parlava di lottizzazione allora.

È nata ora una sorta di rigetto per un certo modo di intendere la politica nelle unità sanitarie locali; ma se si ammette la politica nei Comuni, nelle Province, nelle circoscrizioni, non la si può rimuovere dalla sanità come se questa avesse valore a sè,

disgiunto dalla politica comunale. Certo, si tratta di evitare che vi sia un uso delle USL come espansione meccanica di quella che è divenuta in molti casi ricerca di occupazione di potere, ma per l'unità sanitaria locale ciò è indotto dalla separazione di essa dal Comune, sicchè si ritiene che i partiti legittimamente ma meccanicamente vi si dislochino. La mia proposta è che l'associazione intercomunale sia composta da tutti i consigli comunali, con una soluzione «assemblearista» che ritengo più democratica della rappresentanza dei vari consigli comunali poichè il cosiddetto «assemblearismo» attuerebbe con coerenza il ruolo dei Comuni, che si potrebbero ritrovare collegati non in un ente ma in quella che io chiamo «conferenza intercomunale». L'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 parla di forme associative, perchè mettere insieme i Comuni di una zona significa rilanciare la titolarità effettiva — cioè operativa — del servizio sanitario dei singoli Comuni. Tutti i cittadini hanno diritto di rivolgersi al consiglio comunale del proprio Comune per controllare il funzionamento delle unità sanitarie locali, ma attualmente non sanno a chi rivolgersi perchè l'associazione intercomunale, nella forma in cui è ora disciplinata, non è collegabile coerentemente ai cittadini.

Come si potrebbe riformare, allora, il comitato di gestione? L'abolizione degli assessori alla sanità è sembrata la più assurda delle involuzioni per chi l'ha adottata, essendo tale organo indispensabile per realizzare nell'ambito dei Comuni una politica sanitaria, sicchè il comitato di gestione potrebbe essere costituito dagli assessori alla sanità per mantenere in modo organico i rapporti che realizzano i vari Comuni nell'assemblea intercomunale.

Mi è stato chiesto se sarei a favore di una associazione polifunzionale. Se avesse le caratteristiche che critico, no. In Toscana vi è un dibattito al riguardo per il rischio di ripetere enti burocratici polifunzionali come i consorzi amministrativi, di cui l'associazione potrebbe costituire una alternativa positiva se si apportassero certe correzioni. Dove si dovrebbero fare queste correzioni? Ebbene, vi è innanzitutto un dibattito di verifica

sull'attuazione della legge n. 833 e nel frattempo dovrebbe riprendere il cammino il disegno di legge di riforma sulle autonomie locali. Se si presentasse l'occasione di modificare la legge n. 833, in essa si potrebbero anticipare aspetti di una riforma più generale ma la via maestra rimane la riforma delle autonomie locali, per la quale apporterei una correzione al progetto del Partito comunista che prevede la rappresentanza dei consigli comunali nell'assemblea delle associazioni intercomunali.

Un'ultima cosa vorrei dire per collegarmi ancora una volta al discorso generale, ed alle cose dette dalla senatrice Rossanda. C'è la tendenza ad una modifica del Servizio nazionale di cui stiamo parlando, nei caratteri che «fingiamo» siano quelli della legge n. 833, senza neppure criticare il principio stesso per cui la legge finanziaria modifica le leggi sostanziali, specialmente la legge di cui parliamo. Dove è scritto che la legge finanziaria ha una competenza istituzionale a modificare la legislazione? A proposito degli ispettori, voglio ricordarvi che esiste un progetto governativo, elaborato da anni (ora porta il nome del Ministro dell'interno in carica), che prevede il controllo ispettivo sulle Regioni. È chiaro che s'è aperta una battaglia, dal 1977 in poi, su come concepire il sistema delle autonomie locali. Vi sono tendenze governative ad imbrigliare il sistema delle autonomie in una logica che ha portato allo stallo fra le forze politiche in questa materia. Non è che il Parlamento sia incapace: la colpa dei ritardi è da attribuirsi allo stallo fra forze politiche che si contrappongono su linee determinanti. Il controllo ispettivo nella sua matrice teorica, nella formulazione presentata dall'attuale Ministro dell'interno, e quindi dal Governo, prevede forme di ispezione con riferimento agli organi regionali. Molte volte, se mi si consente l'espressione, è in una sola riga che si cela la capacità di un disegno politico di contrastare un altro tipo di disegno. E questo va respinto in una strategia complessiva che riguardi la concezione in base alla quale deve essere articolato il sistema delle autonomie. Questo progetto di legge, che tende ad irretire il sistema delle autonomie (con il metodo delle conferenze

centralizzate) nell'orbita del Ministero dell'interno, con prefetti, commissario, eccetera, si colloca in una visione di restaurazione che, non avendo ancora il coraggio di porsi frontalmente contro la Costituzione, cerca di cancellare tutto ciò che dagli anni Settanta in poi è maturato nel nostro paese. Anche la questione relativa alla riforma sanitaria, a mio avviso, va letta entro questo quadro di riferimento. Dietro l'apparenza di problemi di funzionamento delle USL, si cela uno scontro tra diverse concezioni del potere, relative al soddisfacimento delle reali esigenze della società.

BRENNA. Ho pochi argomenti, signor Presidente, sui quali intervenire in relazione alle cose dette in questa sede ed alle domande poste. Voglio riferirmi, prima di tutto, al problema sollevato dal senatore Ranalli, che mi chiede che cosa io intenda con l'espressione «controllo di gestione». Ovviamente, io credo che le forme di controllo siano strettamente legate non solo alla natura giuridico-istituzionale degli organismi da controllare ma anche alla loro struttura organizzativa. È quindi possibile un controllo sulla gestione complessiva, nel limite in cui l'unità sanitaria locale, come strumento operativo dei Comuni, sia dotata di un notevole grado di autonomia.

Pur non essendo nè un costituzionalista nè un giurista, ho apprezzato molto quanto ha detto il professor D'Albergo. Tuttavia, al di là della constatazione della necessità che le USL agiscano come strumento dei Comuni, singoli e associati, resta ancora da stabilire quale configurazione organizzativa specifica debbano assumere le USL; da chi debbano essere svolte le funzioni strettamente amministrative, attualmente svolte in larghissima misura dai comitati di gestione; che genere di rapporti debba esistere tra gli organi di amministrazione, i coordinatori e l'assemblea. Bisogna anche chiarire che tipo di rapporti debbano esservi tra USL e Regioni da un lato, e quali rapporti diretti tra USL e Amministrazione centrale dello Stato dall'altro, rapporti, questi ultimi, che vanno intensificandosi sempre più.

Supponiamo tuttavia per un momento che all'USL si riconosca un notevole grado di autonomia, così come la legge n. 833 lascia supporre; supponiamo quindi che l'USL sia dotata di un proprio bilancio preventivo e sia chiamata a rispondere dell'utilizzo delle risorse che le sono affidate. Sorgono a questo punto problemi di controllo, inteso come verifica complessiva atta ad accertare, da un lato come siano state spese le risorse, e dall'altro che cosa esse abbiano prodotto. Questo secondo aspetto della questione non è oggetto di attenzione alcuna finora in Italia. Sorge a questo punto il problema degli strumenti conoscitivi necessari per effettuare il genere di verifiche sommariamente descritte: quando alludevo al sistema informativo (del quale tanto si parla, ma sul quale così poco si fa), mi riferivo prevalentemente a questo aspetto. La soluzione del problema non è poi così ardua: la letteratura è ricchissima di indicazioni, come pure esistono diversi lavori in proposito, svolti in Italia a livello di USL, di Regione ed anche a livello centrale, che forniscono utili suggerimenti in materia di indicatori sulla *performance* delle organizzazioni sanitarie. Facendo tesoro di ciò, è possibile attivare un flusso informativo (inizialmente modesto ma da arricchire strada facendo, perchè la capacità informativa aumenta con il crescere dell'organizzazione) che permetta di formulare giudizi complessivi via via più completi sull'operato delle USL. Ciò, almeno in una prima fase, non può certo essere alternativo rispetto alle forme di controllo tradizionali sui singoli atti ma in prospettiva il controllo sulla questione nel suo complesso può perfezionarsi fino a sostituire le altre forme di controllo. Faccio notare un particolare: non contento dei controlli inizialmente previsti nel testo della legge n. 833, il legislatore ha creato nuovi meccanismi di controllo che sono però — guarda caso — sempre basati sui singoli atti.

Essi, nell'ipotesi più favorevole, rappresentano delle duplicazioni, ed in quella meno favorevole dei sistemi di copertura con conseguente effetto deresponsabilizzante. Al comitato di controllo, si è aggiunto il collegio dei revisori, ed ora si parla di servizio ispettivo che solo alcune Regioni stanno cercando

di attivare... Probabilmente proprio nel servizio ispettivo potrebbe essere ricercato l'organo di controllo più innovativo, purchè esso venga concepito come servizio specializzato composto da una *équipe* di tecnici ed esperti nominati dalla Regione e preposti alle verifiche non solo contabili ma anche e soprattutto riguardanti il funzionamento dell'istituzione.

Il professor Veronesi ha ben messo in evidenza le differenze che intercorrono fra le finalità dell'impresa e le finalità della istituzione pubblica, nonché le complesse differenze di procedure contabili che da tali differenze di fini discendono. Continuo tuttavia a ritenere che sia necessario fornire gli strumenti per consentire l'espressione di un giudizio complessivo anche per quanto riguarda le attività pubbliche. Solo tale giudizio infatti, è veramente responsabilizzante per i gestori i quali devono essere posti nella condizione di rendere conto dell'insieme del proprio operato. La contabilità pubblica è articolata in una serie di capitoli, di sottocapitoli e così via; benissimo: tuttavia, senza alterare questi meccanismi, è necessario mettere a punto tutta una serie di indicatori, sia sulla spesa che sul suo rendimento, tali da permettere un giudizio complessivo.

L'accentuazione dei controlli per atto è, oggi come oggi, a mio modo di vedere, sostanzialmente inefficace. Quelli esistenti sono già eccessivi; due organismi già operano in quest'ottica ed un terzo si va attivando (tra l'altro non si sa bene come). È una questione di cultura, di sensibilità, di preparazione tecnica: tuttavia i problemi del controllo di gestione, vanno affrontati se si vuol accrescere la capacità di gestire anche politicamente la materia.

Ciò ovviamente non vale solo a livello locale, ma un problema del tutto analogo si pone a livello regionale. La legge n. 833 prevede una relazione annuale, ma finora tale adempimento è stato svolto da poche Regioni. E anche laddove questi rapporti sono stati redatti, essi di norma sono composti da grossi volumi ricchi di parole ma da cui è difficile estrarre qualche criterio di giudizio sul funzionamento del settore sanitario. Anche in questo caso basterebbe formulare

(scusate se scendo in dettagli così minuti) degli schemi di compilazione dei rapporti annuali (le Regioni per le USL e lo Stato per le Regioni), con note a piè di pagina in cui si dica, ad esempio, che in una certa casella va riportata una data informazione con l'uso di certi parametri, eccetera: a ciò si può arrivare ovviamente nel tempo.

Ora, se loro permettono, vorrei entrare nel merito del problema sollevato nel corso della discussione dal professor Giarda, circa la scelta da compiere tra servizio sanitario nazionale o servizio sanitario regionale. Mi permetto di intervenire a questo proposito perchè ho sollevato lo stesso problema in varie occasioni ed in particolare in un incontro italo-inglese non molto lontano nel tempo, organizzato dal «Formez» e dallo stesso professor Giarda, centrato sul confronto tra il servizio sanitario italiano e quello del Regno Unito, servizio quest'ultimo, come noto, distinto in vari servizi nazionali (relativi a Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord). Molto spesso, soprattutto nelle discussioni che hanno preceduto l'approvazione della legge di riforma sanitaria, si è assunto il servizio sanitario britannico a modello; tuttavia le differenze tra i due sistemi sono molto più accentuate rispetto alle similitudini, la maggior parte delle quali è puramente apparente. È vero che, ad esempio, le funzioni sanitarie sono organizzate anche in Gran Bretagna su tre livelli di governo: un livello centrale, uno regionale ed uno di area; ancora è vero che anche in Gran Bretagna il finanziamento del servizio è accentrato a livello nazionale e quindi, per mezzo di una formula allocativa, le risorse finanziarie vengono ripartite tra le regioni e da queste tra le aree. Tuttavia le differenze istituzionali sono di notevole rilievo: il servizio sanitario nazionale britannico è sostanzialmente accentrato; i componenti degli organi di governo e di gestione inferiori a quello centrale sono nominati in massima parte dal *Department of health and social security* e ad esso rispondono. Ricordo che in incontri avuti con i rappresentanti inglesi, il professor Brian Able-Smith diceva che se un amministratore locale sfonda un determinato «tetto», *he is kicked out*, viene semplicemente

licenziato. Questo non è ovviamente il caso italiano, a causa se non altro della diversa Costituzione, che si riflette sul nostro sistema sanitario.

Non è mio compito esprimere giudizi politici e dire se sia meglio l'un sistema o l'altro. Faccio solo osservare questo punto: il servizio sanitario nazionale britannico è interamente coerente; nel senso che le risorse vengono stabilite a livello centrale e spese in periferia, ma sotto stretto controllo del livello centrale. Quindi le leve di gestione restano accentrate.

Il nostro sistema — e qui sta il pasticcio a cui alludeva il professor Giarda, ed io concordo — ha mostrato invece delle incoerenze interne. Innanzitutto da un lato vi è la responsabilità del finanziamento con tutto quello che implica politicamente, mentre dall'altro vi è la facoltà di spesa. Siccome si tratta di organismi, di livelli di governo che hanno una propria autonomia ed un proprio potere politico (tutti gli amministratori appartengono agli stessi partiti politici), si è generato un processo dialettico, una conflittualità difficilmente componibile.

Ci si era illusi, con la legge n. 833, che bastasse stabilire determinati «tetti» di spesa, dire alle Regioni di non spendere una lira di più rispetto a quanto avrebbero avuto a disposizione; le Regioni avrebbero dovuto dire (e lo hanno fatto) la stessa cosa alle unità sanitarie locali e queste, essendo strumenti dei Comuni, avrebbero dovuto trovare copertura da parte dei Comuni stessi, chiamati in causa dalla legge n. 833, ove fossero stati superati i «tetti» prestabiliti. Questa costruzione, però, apparentemente coerente, si è dimostrata estremamente debole.

Il nodo, servizio sanitario nazionale o servizio sanitario regionale, va dunque risolto. Se si opta per un servizio sanitario nazionale (non so come ciò potrebbe andare d'accordo con la Costituzione) allora il grado di autonomia delle Regioni deve necessariamente diminuire. Se si stabilisce invece, secondo il disegno costituzionale, che l'esercizio di certe funzioni spetta alle Regioni, necessariamente occorre incamminarsi verso un servizio sanitario regionale. Questa via, di fatto, è già stata imboccata ma in maniera surretti-

zia. Mi associo a quanto diceva il professor D'Albergo circa l'uso piuttosto disinvolto che viene fatto della legge finanziaria, legge con la quale la direzione indicata è stata accolta. È stato compiuto un primo passo ed ora occorre guardare alla realtà per quello che è. Facevo prima delle considerazioni circa le contraddizioni interne, per quanto riguarda gli aspetti finanziari: se si vogliono le Regioni autonome bisogna accettarne le conseguenze fino in fondo: le Regioni siano dunque dotate di autonomia anche per quanto riguarda la potestà impositiva, con la conseguente confusione delle disponibilità per la sanità con gli altri fondi di cui le Regioni dispongono. Si avrebbe così un preciso livello di responsabilità non solo giuridico-amministrativa, ma anche finanziaria. In tale ipotesi cambierebbe anche il sistema di finanziamento, di ripartizione dei fondi, eccetera. Sempre nella stessa ipotesi si potrebbe riservare la finanza statale alla copertura di livelli minimi (od essenziali) di prestazioni, al fine di attuare una certa redistribuzione territoriale del reddito da Regione a Regione (cosa che peraltro veniva già operata dagli enti mutualistici, poichè i contributi venivano raccolti nelle Regioni industrializzate e venivano utilizzati anche per finanziare le prestazioni sanitarie delle altre Regioni).

RANALLI. Ma allora occorre comprendere anche gli obiettivi ed i principi della riforma! Se procediamo ad una disarticolazione regionalistica del Servizio sanitario nazionale, ciò evidentemente esclude l'unicità, l'univocità e l'uniformità, che sono insistentemente scritte tra i principi e gli obiettivi della riforma che tutti conclamiamo di voler salvaguardare. Questo peraltro è l'unico punto sul quale si realizza il massimo di unità tra le forze politiche. Se ci dirigiamo verso un regionalismo che cambia questa uniformità nazionale, andiamo verso il rischio di cui parlava prima il collega Trotta.

BRENNA. Mi chiedo se tali disomogeneità non esistano necessariamente: comunque esse risultano accentuate nel momento in cui si enfatizza l'autonomia regionale. Il disegno proposto dalla legge n. 833 comporta questi

problemi e queste contraddizioni: non so come essi possano essere risolti politicamente, la mia intenzione essendo solo quella di sottolinearne l'esistenza.

Estremizzando per chiarezza di esposizione, posso ipotizzare due modelli alternativi: quello centralistico, tipo *National health service* (ed in questo caso non si insista troppo sull'autonomia regionale), in cui le Regioni devono essere sottoposte a controlli stretti e puntuali da parte dello Stato ed analogo discorso vale nei confronti delle USL; e quello regionalistico, secondo il dettato costituzionale, prima ancora che secondo la legge n. 833, che riconosce alle Regioni certe funzioni, la loro gestione e la loro responsabilità (in tal caso vi sono certe conseguenze che vanno politicamente pesate).

ROSSANDA. Non confondiamo le Regioni con le autonomie locali.

RANALLI. Un equilibrio anziché un «pasticcio» non è possibile tra questi due istituti?

BRENNA. Certo che è possibile.

PRESIDENTE. Non è nella prassi delle indagini conoscitive consentire il dialogo. Prego quindi di far proseguire il dottor Brenna, poichè abbiamo ancora altri due interventi.

BRENNA. Allora lascerei questo argomento, signor Presidente, perchè ho già espresso il mio pensiero su di esso.

Il senatore Melotto si è chiesto quali siano gli strumenti reali per il governo del settore che comportano da un lato la conoscenza della spesa e dall'altro un giudizio sul rendimento della stessa.

Ora, esistono dei fattori che vanno al di là, che passano sopra la testa (se così posso esprimermi), dei modelli istituzionali dei vari sistemi sanitari.

Osservando per esempio la dinamica «spesa sanitaria-reddito nazionale» dell'ultimo ventennio, si constata come il fenomeno dell'esplosione della spesa sanitaria stessa interessi molti paesi, dagli USA, che sono dotati

di un sistema sostanzialmente privato, a paesi, come la Svezia, dove esiste un servizio sanitario nazionale fin dalla fine della seconda guerra mondiale. Si può pertanto affermare che hanno operato determinate cause di dilatazione della spesa che sono di portata universale, che non ineriscono alle caratteristiche istituzionali dei vari sistemi.

Mi permetto di attirare ancora l'attenzione sulle cause di espansione della spesa negli anni a venire. Nonostante la creazione di barriere istituzionali e organizzative, esse sono infatti tanto forti da coinvolgere comunque il sistema. La sfida tecnologica, a parere di tutti, presenta tali caratteristiche. L'Italia è uno dei pochissimi paesi in cui non esiste una commissione o un organismo ad alto livello che si occupi delle implicazioni, soprattutto economiche, della introduzione delle nuove tecnologie in sanità. In Italia una casa di cura privata che intende comprare un apparecchio per la tomografia assiale computerizzata (la comunemente detta TAC) può farlo tranquillamente, mentre nelle istituzioni pubbliche si tergiversa, a causa delle pressioni dei venditori, dell'opinione pubblica, dei medici che operano nelle istituzioni e così via. Bisogna innanzitutto cercare di controllare meglio e conoscere meglio queste realtà esplosive.

A prescindere da tali enormi problematiche, l'impressione generale, leggendo le misure di politica sanitaria introdotte dal varo della riforma ad oggi, è che più che badare alle cause reali di dilatazione della spesa, si è badato al controllo dei flussi finanziari che esse provocano, attuando quindi un controllo tardivo. In fondo, la politica finanziaria nei confronti della sanità si è interessata soprattutto degli stanziamenti, a partire dalla istituzione del Fondo sanitario nazionale. Le norme esistenti non incidono sulle cause prime di dilatazione della spesa, salvo alcune, peraltro in parte rientrate, come quella riguardante il blocco degli organici.

Il suggerimento forse immodesto che intendo proporre, è che forse sarebbe bene che nei dibattiti politici, soprattutto nell'ambito dei Ministeri appositamente competenti in materia, si accentrasse l'attenzione non tanto sulle manifestazioni finanziarie di una spesa

ormai avvenuta (le decisioni di spesa si prendono quando si assume il personale, quando si costruisce un nuovo ospedale, quando si allargano le strutture), ma sulle cause ultime di spesa.

A questo proposito, ho l'impressione che l'Amministrazione centrale dello Stato ed in particolare il Ministero della sanità siano completamente carenti. Tematiche come quelle che ho evocato riguardanti ad esempio l'eccesso di medici (se le previsioni non sono errate, calcolando il numero di coloro che concluderanno i corsi nelle scuole di formazione professionale che si stanno istituendo nelle varie Regioni, negli ospedali e così via, nel 1987-1988 avremo un eccesso non solo di medici ma anche di infermieri professionali), non sono sufficientemente trattate. Manca un piano del personale, mentre il 70 per cento circa della spesa globale interessa proprio il personale. Come possiamo pretendere di controllare la spesa quando bisogna pagare gli stipendi e mantenere le strutture esistenti?

Il Piano sanitario dovrebbe riguardare periodi variamente lunghi. Il piano a lungo termine dovrebbe interessare soprattutto il personale e dovrebbe tener conto dell'afflusso degli studenti nelle scuole di vario ordine e grado, dalle scuole di formazione professionale alla facoltà di medicina, alle altre facoltà che sfornano personale per il Servizio sanitario. Ho l'impressione che il dibattito politico in questi ultimi anni abbia rifuggito tali tematiche fondamentali alle quali invece sarebbe bene porre l'attenzione.

Nell'articolo 25 della legge finanziaria sono previsti 34.000 miliardi a carico del bilancio dello Stato per il 1984, mentre la spesa prevista si aggira intorno ai 38.500 miliardi. Non si è tenuto conto dei rinnovi delle convenzioni e dei contratti scaduti. È stato infatti modificato l'articolo che regolamentava la materia; nella versione originale si parlava di «slittamento del rinnovo» mentre oggi l'articolo rinnova i contratti fino al 30 giugno 1985, con l'intenzione motivata di concordare le scadenze dei vari accordi. Quindi esiste probabilmente una fonte di maggiore spesa della quale bisogna tenere conto.

GIARDA. Desidero soltanto rispondere alla senatrice Rossanda per chiarire il problema della separazione tra riforma istituzionale e riforma del sistema di finanziamento.

Dal 1978 abbiamo tentato, a livello nazionale, di modificare la fabbrica che produce sanità, cambiando l'intero sistema produttivo del servizio, cercando di sovrapporre a quest'ultimo un sistema di finanziamento alternativo non più basato sul «piè di lista ministeriale», come lo ha chiamato il professor D'Albergo, o sul piè di lista degli istituti mutualistici. Abbiamo cercato un sistema di finanziamento tale da predeterminare i flussi di spesa. Ma forse abbiamo osato troppo: desideravamo cambiare completamente la fabbrica e spendere meno, mentre l'abbiamo fatta crescere male e senza riuscire a risparmiare.

Nel settore degli enti locali sono avvenute importantissime riforme mentre la legge più iniqua approvata dal Parlamento è stata la legge cosiddetta «Stammati-due» sulla finanza locale, che è diventata una caratteristica del nostro ordinamento ed è rimasta in vigore inalterata per quattro anni, consentendo agli enti locali un certo adattamento comportamentale.

Si è formata una nuova classe di amministratori locali completamente diversa dalla precedente, con obiettivi e preoccupazioni differenti; però l'abbiamo lasciata vivere per cinque-sei anni. Penso che il Sistema sanitario nazionale sarebbe nato meglio con un finanziamento più «indolore», che lo avesse accompagnato con maggiore gradualità e con minori pretese; e poi forse oggi, se avessimo agito in modo da dare maggiore tranquillità, avremmo potuto cercare di imporre delle regole più rigide e più vincolanti. Ritengo che si è cercato di fare un po' troppo, come d'altra parte, per esempio con la legge n. 833 del 1978 e le successive delibere CIPE, si è pensato di risolvere il problema del riparto e di correggere i modelli di spesa «storica» con molta velocità. Questo è un altro errore che ripetutamente ci siamo trascinati appresso: cioè quello di pensare di modificare il mondo nel giro di cinque anni. Sono disegni riformisti troppo avveniristici; probabil-

mente bisognava raccordare il sistema sanitario col modello di spesa «storica» per dieci anni, onde consentirgli di mettere in moto alcuni meccanismi di funzionamento che erano quelli previsti dalla riforma e, in seguito, gradatamente modificarne le tendenze di tipo finanziario. In questo senso non so se ho reso più chiaro quello che era il mio atteggiamento di fronte al problema della separazione tra la riforma e le istituzioni della fabbrica di produzione sanitaria ed il sistema del finanziamento.

L'altro problema più generale riguarda il tipo di sistema sanitario che sia giusto predisporre. Penso che si tratti di una questione molto complicata sulla quale spero che la Presidenza vorrà esonerarmi dal rispondere. Certamente credo che una scelta vada fatta; infatti non mi sembra che questo «doppio binario» sul quale si regionalizza da un lato il sistema sanitario e dall'altro si intensificano i controlli centrali sull'attività delle USL, sia fundamentalmente la strada giusta. Bisognerebbe fare una scelta più coerente o per l'uno o per l'altro sistema.

Vorrei fare un ultimo commento sul problema della differenziazione dell'Italia: sì, la Lombardia è diversa dalla Calabria (cito le due Regioni che amo di più, una perchè vi provengo, l'altra perchè ci sono stato quattro anni come professore). Infatti, i calabresi, piuttosto che farsi ricoverare in ospedale al Lido di Cosenza, sono disposti a fare di tutto. Certamente questi sono elementi che bisognerebbe valutare; altrimenti, come si possono apportare efficaci correzioni al sistema sanitario? Questi problemi peraltro si collegano a quelli del sottosviluppo, che si evidenziano in tutte le manifestazioni della nostra vita nazionale. Non ho ricette da consigliare per risolvere questi profondi differenziali di prestazione dei servizi pubblici, che riguardano non solo il settore sanitario ma tutti i servizi pubblici del nostro paese; mi dispiace, ma non ho soluzioni da proporre a questo riguardo.

VERONESI. Risponderò telegraficamente alle domande che mi sono state poste.

Per quanto riguarda la necessità di parlare una unica lingua al fine di fare le necessarie

valutazioni, ritengo che sia senz'altro di fondamentale importanza una norma-quadro che ne costituisca il dizionario; altrimenti ogni volta continueremo a non capirci, ritenendo ciascuno di avere ragione.

Relativamente alla portata dell'articolo 29 della legge finanziaria per il 1984, non credo che questo comporti una modifica di ordine istituzionale; si è preso atto che, non riuscendo a modificare i contributi relativi alla proposta di una sostituzione fra contributi e fiscalizzazione, non riuscendo cioè ad avere gli elementi per determinare una stima coerente in termini economici rispetto agli obiettivi che rimangono quelli stabiliti con l'articolo 5 della legge n. 833, si è trasferito l'onere di ripianare la differenza che si avrà a pie' di lista alle Regioni, prevedendo in tal modo delle imposte sui consumi.

Al senatore Alberti, in relazione alla domanda sulle normative per il riparto delle risorse alle USL, vorrei precisare che la prima fu quella emanata dal Piemonte (una delle prime in materia) che puntò direttamente all'individuazione di indici di necessità sanitaria organizzati in diverso modo a seconda delle diverse aree, dagli interventi di prevenzione nel campo del lavoro alla attività tipicamente curativa e ospedaliera. Tali indici, nella loro attuazione, erano troppo incidenti tant'è vero che si sono dovuti riesaminare perchè, altrimenti, nell'arco di uno, due o tre anni ci sarebbero stati spostamenti di risorse eccessivi in relazione al vincolo della mobilità e della sua rigidità. Tra le ultime leggi recentemente approvate cito quella del Lazio — mi pare che sia la legge regionale n. 83 — che si attiene ancora ad un discorso di ordine storico: a quanto ammonta la spesa farmaceutica, quella per l'attività ospedaliera, eccetera. Questo non è certamente il punto di arrivo. L'obiettivo dovrebbe essere quello di cercare di delineare un quadro delle funzioni svolte dalle unità sanitarie locali. Infatti, l'attuale modello delle USL non va bene per tutto; è un albero sul quale possono crescere, a seconda delle esigenze, i relativi rami. Occorre a mio parere, come ho già detto, delineare un quadro delle funzioni, individuare i costi di tali funzioni e cercare di apportare le singole realtà, nell'ar-

co di un determinato periodo di tempo, al modello stesso. Questo è il principio che ritengo fondamentale. Tale principio è legato ad una maggiore responsabilizzazione di coloro che sono chiamati ad operare in questo settore. Per esempio, il responsabile del servizio, che ha facoltà di impiegare i fattori, non deve procedere all'acquisto ovvero — in termini formali — alla gara per l'acquisto ad esempio dei prodotti farmaceutici, ma ovviamente deve decidere quale prodotto può essere utilizzato in quel determinato momento e poi, rispetto allo *standard* di riferimento, e cioè a seconda che la spesa sia superiore, minore o uguale a tale *standard*, fare la sua scelta; è evidente che in un secondo momento tale operatore sarà chiamato a rendere conto della scelta compiuta.

Vorrei aggiungere a questo punto un'ulteriore considerazione che forse non riguarda solo la sanità, ma un po' tutti i settori: secondo il mio parere i responsabili non devono essere di ruolo, a tempo indeterminato; devono invece ricoprire un incarico a tempo determinato. Tutti i responsabili, dai medici agli amministrativi e ai tecnici di una struttura quale quella sanitaria, non possono che rivestire un ruolo a termine; ogni 3-5 anni si deve cioè, a mio avviso, confermarli o meno nell'incarico. Non si tratta di un criterio nuovo, ci sono realtà di questo genere all'interno delle aziende municipalizzate; occorre solo vedere se è possibile applicarlo al sistema sanitario, perchè solo

allora si potrà parlare effettivamente di criteri manageriali e di tutto quello che segue a questo termine.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente tutti gli intervenuti. Vorrei solo ricordare che ciascuno di loro riceverà i resoconti stenografici dei propri interventi, che potrà correggere e quindi restituirci. Per quanto ci riguarda saremo lieti di ricevere le tabelle promesse nel più breve tempo possibile, nonchè ogni ulteriore materiale che riterranno opportuno porre a disposizione della Commissione, quali studi, monografie o dattiloscritti vari.

Infine vorrei precisare che in futuro spero di organizzare con gli «esperti» un secondo incontro informale (non nell'ambito formale della nostra indagine conoscitiva perchè il nostro Regolamento non prevede la possibilità di una seconda convocazione delle stesse persone per la stessa indagine conoscitiva) per una valutazione collegiale di quanto segue man mano dall'indagine stessa.

Non facendosi osservazioni, dichiaro conclusa la presente audizione.

Il seguito dell'indagine quindi è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 13,50.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE