

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

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

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO  
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

12<sup>o</sup> Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 FEBBRAIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

## INDICE

**Audizione del presidente della sezione enti locali della Corte dei conti Erminio Pietranera, dei consiglieri Riccardo Bonadonna e Vittorio Guccione e dei ricercatori dell'Istituto di studio per la programmazione economica (ISPE) Severino De Logu e Giuseppe Loiacono.**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 6, 9 e <i>passim</i>	BONADONNA.....	Pag. 5, 15, 17
BOTTI (PCI) .....	11	DE LOGU.....	9, 19, 21
CALI (PCI) .....	11	GUCCIONE .....	4, 12, 13 e <i>passim</i>
CONDORELLI (DC) .....	11	LOIACONO .....	6, 21
JERVOLINO RUSSO (DC).....	10	PIETRANERA .....	3, 14, 15 e <i>passim</i>
MELOTTO (DC).....	9, 17, 18		
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.) .....	11		
RANALLI (PCI) .....	9, 12		
ROSSANDA (PCI) .....	10, 13, 15 e <i>passim</i>		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Corte dei conti il presidente della sezione enti locali Erminio Pietranera e i consiglieri Riccardo Bonadonna e Vittorio Guccione; per l'Istituto di studio per la programmazione economica (ISPE) i ricercatori Severino De Logu e Giuseppe Loiacono.*

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

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria.

Ascolteremo oggi, per la Corte dei conti, il presidente della sezione enti locali Erminio Pietranera e i consiglieri Riccardo Bonadonna e Vittorio Guccione e, per l'Istituto di studio per la programmazione economica (ISPE) i ricercatori Severino De Logu e Giuseppe Loiacono.

Ricordo ai Commissari che dopo l'esposizione degli esperti non vi può essere dibattito ma solamente una richiesta di chiarimento e delucidazione agli stessi.

*Vengono quindi introdotti il presidente Erminio Pietranera, i consiglieri Riccardo Bonadonna e Vittorio Guccione e i ricercatori Severino De Logu e Giuseppe Loiacono.*

**Audizione del presidente della sezione enti locali della Corte dei conti, dei consiglieri Riccardo Bonadonna e Vittorio Guccione e dei ricercatori dell'Istituto di studio per la programmazione economica (ISPE) Severino De Logu e Giuseppe Loiacono.**

**PRESIDENTE.** Vorrei rivolgere il benvenuto della Commissione ai gentili ospiti e ringraziarli per aver accolto la nostra richiesta. Essi conoscono già i temi dell'indagine conoscitiva che il Senato sta svolgendo — riguardante gli aspetti istituzionali, finanziari e del personale del Servizio sanitario nazionale — allo scopo di arrivare ad una migliore preci-

sazione del suo funzionamento, per verificare interamente le questioni che sono sul tappeto e per vedere se occorre modificare qualcosa nell'impianto e nell'applicazione della legge n. 833 del 1978.

Quando si elaborò il programma dell'indagine, si ritenne opportuno, da parte di tutte le forze politiche, ascoltare anche la Corte dei conti per le questioni di propria competenza nei confronti del Servizio sanitario nazionale e, in generale, degli enti locali; altrettanto è avvenuto per l'ISPE.

Vorrei adesso dare la parola a ciascuno dei nostri ospiti, cominciando dagli esponenti della Corte dei conti per conoscere gli aspetti che li coinvolgono sul piano del rapporto con il Servizio sanitario nazionale, e le loro valutazioni circa il suo funzionamento.

**PIETRANERA.** In primo luogo, signor Presidente, devo assicurare la piena disponibilità della Corte dei conti a fornire tutti gli elementi di cui essa sia in possesso e che le vengano richiesti dalle Assemblee legislative.

Da un paio di anni sono personalmente addetto al settore del rapporto con il Parlamento per ciò che attiene alla gestione finanziaria degli enti locali. Presiedo infatti la sezione enti locali, che deve revisionare i conti consuntivi delle Province e dei Comuni con popolazione superiore agli 8.000 abitanti e riferire al Parlamento sugli effetti di tale revisione.

In un primo approccio a questa materia ci siamo posti il problema dell'area di applicazione dell'articolo 13 del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 786, (poi convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 51) che istituiva tale revisione dando appunto mandato alla Corte dei conti di esaminare i conti consuntivi dei comuni con popolazione superiore agli 8.000 abitanti e di riferire al Parlamento. Ci siamo, cioè, posti il problema se questa normativa ci attribuisse anche la competenza a conoscere dei consuntivi, non dico dei Comuni con popolazione inferiore agli 8.000 abitanti perchè sono esclusi, ma dei consorzi tra enti locali, delle comunità montane e delle unità sanitarie locali. In un primo momento, visto che già avevamo dei grossi problemi per il concreto

avvio di questo nuovo tipo di controllo, abbiamo ritenuto che non fosse indispensabile occuparsi di queste aggregazioni extracomunali; e questo anche perchè, per quanto più particolarmente riguarda le unità sanitarie locali, è da tener presente che, anche se la legge di riforma sanitaria prevede che i conti consuntivi di queste ultime debbano essere allegati ai conti consuntivi dei Comuni, tuttavia in pratica, per quanto concerne il consuntivo 1981, non ne è stato allegato nessuno, ed inoltre può accadere, nel caso di unità sanitarie locali che raggruppino più Comuni, che il Comune capoluogo abbia una popolazione inferiore agli 8.000 abitanti e che i relativi conti consuntivi non arrivino in nessun caso alla sezione enti locali della Corte dei conti.

Vi è anche il fatto che grandissima parte, se non la totalità, dei fondi gestiti dalle unità sanitarie locali provengono direttamente dalle Regioni attraverso la ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Non si è in grado, per il momento, di poter fare un esame approfondito di questa materia. Noi abbiamo anche cercato di sensibilizzare le amministrazioni regionali per farci inviare tutti i dati relativi ai fondi trasferiti ai Comuni e ad altre aggregazioni amministrative, ma ancora non abbiamo ricevuto assolutamente nulla dalle Regioni.

Malgrado i nostri sforzi, per il momento non abbiamo dunque avuto alcun concreto elemento sul quale poter fare un qualsiasi ragionamento. Abbiamo visto soltanto — attraverso l'esame dei conti consuntivi dei Comuni e delle Province per il 1981 che abbiamo già visionato, e per il 1982 che stiamo esaminando ora e su cui riferiremo al Parlamento entro il mese di maggio — come in un certo numero di enti locali il personale risultasse già scaricato dall'ente e trasferito alle unità sanitarie locali, mentre per altri l'amministrazione risultava ingigantita dall'apporto di questo personale.

È un dato episodico e non consente di vedere analiticamente i fenomeni quali si possono verificare. Altro problema potrebbe essere quello dell'esame — e su ciò non possiamo dire nulla — giudiziale sui conti consuntivi; si tratta di un giudizio di compe-

tenza della prima e della seconda sezione nelle quali vengono esaminate sia la regolarità sia, soprattutto, i casi di responsabilità. È su questa problematica che per ora si sta iniziando un'attività direi quasi conoscitiva, visto che per ora siamo a livello propedeutico, perchè si stanno acquisendo i conti.

Vi sono state delle udienze in cui si sono trattati tali problemi, sia venerdì della scorsa settimana sia il venerdì precedente, ma su ciò ancora il collegio giudicante non ha espresso la propria sentenza. Con queste considerazioni introduttive penserei di non dover, per il momento, dire altro, e lascerei la parola ai colleghi che potranno illustrare sia i flussi finanziari sia ciò che attiene alla politica svolta dal Ministero della sanità.

*GUCCIONE.* Signor Presidente, onorevoli Commissari, sono il relatore del giudizio sul rendiconto generale dello Stato e come tale curo la relazione che annualmente la Corte dei conti fa al Parlamento. In questa relazione ci occupiamo anche del Ministero della sanità, i cui aspetti particolari vi saranno tuttavia precisati dal collega dottor Bonadonna che è consigliere delegato al controllo del Ministero della sanità.

Inoltre, nella relazione ci occupiamo dei profili finanziari e quindi della spesa sanitaria. Se mi è consentito, vorrei comunque fare una premessa: in materia di spesa sanitaria la Corte dei conti non ha alcun controllo diretto. Sappiamo tutti che i controlli sulle unità sanitarie locali sono a livello regionale, a livello, cioè dei Comitati regionali di controllo; vi è poi una serie di controlli interni nell'ambito delle Regioni che vengono effettuati dai colleghi dei revisori e sappiamo pure che il Ministero della sanità e quello del tesoro hanno dei sistemi che consentono loro di seguire la spesa sanitaria.

Direi che l'intervento della Corte, in materia di spesa sanitaria, si limita a quello che è il trasferimento delle somme dal bilancio dello Stato alle Regioni. Sappiamo che nel bilancio dello Stato esistono due capitoli, uno di parte corrente e uno in conto capitale. Il capitolo di parte corrente è amministrato dal Ministero del tesoro, che provvede annualmente a ripartirlo fra le Regioni. Il capi-

tolo di spese in conto capitale è gestito dal Ministero del bilancio, che ugualmente, lo ripartisce ogni anno, con proprio provvedimento. Quindi, l'ingerenza della Corte si limita esclusivamente al momento in cui gli stanziamenti di bilancio vengono trasferiti dallo Stato alle Regioni. In sede di relazione al Parlamento abbiamo fatto anche quest'anno una serie di considerazioni sulla spesa sanitaria e mi sembra che queste considerazioni possano riassumersi nei seguenti dati. Innanzitutto direi che il problema della spesa sanitaria, come spesso è stato detto e scritto, non è tanto un problema di quantità di spesa, ma forse è di qualità di spesa. Sappiamo che la spesa sanitaria in Italia in percentuale, con riferimento al prodotto interno lordo, è agli stessi livelli (o, addirittura, al di sotto) degli altri paesi industrializzati, soprattutto dei paesi della CEE. In ogni modo, i dati che emergono (e possono avere qualche significato) dalla relazione della Corte, resa al Parlamento alla fine di giugno del 1983, e che si riferisce al 31 dicembre 1982, sono i seguenti: nel 1981 le entrate del Fondo sanitario nazionale sono state di 13.960 miliardi; nel 1982 di 21.388 miliardi. Quando si parla di entrate, ci si riferisce agli accertamenti e non ai versamenti. Comunque, abbiamo anche i dati del versamento: nel 1981 su 13.960 miliardi abbiamo poco più di 12.000 miliardi versati, mentre gli altri sono residui attivi; nel 1982 abbiamo, come si è detto, 21.388 miliardi di accertamento, con versamenti pari a circa 28.000 miliardi, cioè circa 7.200 miliardi in più di versamenti, che si riferiscono ad una situazione particolare, dipendente da una serie di proventi relativi a precedenti esercizi, che sono stati recuperati e contabilizzati nell'esercizio 1982. I dati relativi agli accertamenti e ai versamenti del 1982 non possono essere assunti come stabili, perchè evidentemente nel 1983 verranno meno i flussi della regolazione contabile verificatasi nel 1982.

Fino ad ora non si hanno dati finanziari relativi al 1983 perchè il consuntivo dello Stato è in corso di redazione e sarà presentato alla Corte per il giudizio alla fine di maggio 1984.

Per quanto riguarda la spesa per il 1981 e

per il 1982 si sono avuti, in termini di impegno, rispettivamente, 22.248 miliardi per il 1981 e 23.716 miliardi per il 1982. Queste cifre devono essere disaggregate: per il 1981 abbiamo 21.738 miliardi di spesa corrente e 510 miliardi di spesa in conto capitale; per il 1982 abbiamo 23.206 miliardi di spesa corrente e 510 miliardi di spesa in conto capitale.

Per il 1983 non si hanno dati certi, per le stesse ragioni già dette per le entrate; in ogni modo dagli atti sottoposti al controllo della Corte risultano trasferiti, nel 1983, dallo Stato alle Regioni, 28.888 miliardi, di cui 28.609 di spesa corrente e 279 di spesa in conto capitale.

*BONADONNA.* In qualità di consigliere della Corte dei conti addetto al controllo degli atti del Ministero della sanità, vorrei fare alcune osservazioni su quanto risulta dall'esercizio delle mie funzioni. La prima riguarda il mancato riordinamento del Ministero, cui si doveva provvedere ai sensi dell'articolo 59 della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. L'omissione, come più volte sottolineato dalla Corte dei conti, è tanto più grave, in quanto il Ministero della sanità appare, da vari elementi, non ben inserito, con l'attuale struttura, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di cui è l'organo centrale di maggior rilievo. In secondo luogo va ricordato che è mancato da parte del Governo l'esercizio dei poteri di indirizzo e di coordinamento, di cui all'articolo 5 della legge n. 833; tali poteri dovevano essere esercitati, su proposta del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministero della sanità e sentito il Consiglio sanitario nazionale in funzione dell'avvio e dell'evoluzione, nel rispetto delle autonomie regionali, delle varie fasi della riforma sanitaria. Si può ritenere che la carenza predetta o, quanto meno, l'insufficienza di interventi di indirizzo e coordinamento, dovute anche a complessi problemi di equilibrio istituzionale, hanno avuto una loro incidenza sull'adeguato decollo della riforma.

Un'altra osservazione concerne gli organi centrali del Servizio sanitario nazionale rappresentati dall'Istituto superiore di sanità e

dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro. Il primo avrebbe dovuto svolgere importanti funzioni, soprattutto di collaborazione, con la base operativa del Servizio sanitario nazionale. In proposito si veda l'articolo 9 della legge n. 833, che riguarda appunto l'Istituto superiore di sanità. Il secondo è stato istituito nel 1980, su delega della legge di riforma, ma è entrato in funzione solo nel 1983 e in misura ridotta, anche in conseguenza di una situazione che attiene all'inquadramento del personale, fino ad oggi inattuato.

Mi sono riferito a taluni aspetti del Servizio sanitario nazionale nei suoi organi centrali, dove appare uno scollamento della funzione generale, probabilmente anche in rapporto alla mancata emanazione del Piano sanitario nazionale che costituiva uno dei punti qualificanti della legge n. 833; Piano sanitario nazionale che in sede legislativa non è stato realizzato per motivi dipendenti sia da complessi problemi tecnici sia da fatti congiunturali inerenti alla determinazione del fabbisogno finanziario.

Il Piano sanitario nazionale, predisposto dal Governo ma non approvato con legge, potrà ora essere attuato, in base ad una recentissima disposizione (decreto-legge n. 463 del 12 settembre 1983, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 638 del 1983), in una forma delegificata: il Parlamento stabilirà gli elementi precettivi fondamentali e il resto sarà compito del Governo. Questo Piano è fondamentale per il corretto svolgimento di tutta l'attività inerente al Servizio sanitario nazionale.

Sul piano delle rilevazioni che la Corte dei conti può fare in ordine agli aspetti periferici del Servizio sanitario nazionale, ovviamente non posso dire molto. Si tratta soprattutto di rilevazioni che attengono alla mancanza di un piano organico di collaborazione con gli organismi universitari, gli istituti scientifici, le USL e le Regioni. Manca un coordinamento per l'inesistenza o la scarsa consistenza delle linee di indirizzo generale; e, inoltre, le attività di carattere scientifico, ricerca e studio del Ministero e degli istituti che ho nominato prima sono svolte in via episodica e frammentaria.

Gli elementi che ho riferito ora sono comunque contenuti, e qualche volta approfonditi in modo particolare, nelle relazioni che la Corte invia al Parlamento annualmente.

**PRESIDENTE.** Ringrazio gli intervenuti per questa loro prima esposizione. Successivamente verranno fatte loro delle domande e sarà possibile ampliare gli argomenti trattati. Vorrei pregarli, se possibile, di documentare ulteriormente la Commissione con eventuali tabelle o memorie scritte che risultasse utili anche per una maggiore precisazione del controllo esercitato ad esempio sui trasferimenti dei fondi alle Regioni e su altri aspetti ancora. Se potessimo avere la realtà tabellare di questi movimenti, la velocità e l'ampiezza con la quale si verificano i residui eccetera, ciò sarebbe importante per la nostra azione, di verifica della legge e della funzionalità del Servizio, e propositiva per il suo miglioramento.

La seconda parte della nostra seduta odierna riguarda l'audizione dei ricercatori dell'ISPE, che prego di voler illustrare la funzione di questo Istituto nel settore che a noi interessa.

**LOIACONO.** Signor Presidente, due parole sul ruolo dell'ISPE che è un istituto creato nel 1968 e che succedeva all'ufficio istituito nel 1962 per l'elaborazione del programma economico nazionale.

Come è noto la programmazione è rimasta nel limbo delle intenzioni perchè, dopo il primo programma approvato dal Parlamento, ma che purtroppo non ebbe pratica applicazione, di programma ce ne è stato uno solo disposto dal ministro Taviani quando dirigeva il Dicastero del bilancio, ma che è rimasto allo stato di bozza. Questo può comportare la facile deduzione che l'ISPE sia rimasto praticamente senza attività istituzionale, cosa in parte vera, ma per il resto si può dire che l'Istituto ha svolto, nell'ambito delle sue competenze che abbracciano tutti i settori economici e sociali del paese, un'attività di ricerca e documentazione a favore degli organi dello Stato a cominciare dal Parlamento e con esso ai Ministeri che ne hanno fatto richiesta. Si può dire quindi che c'è stato e

c'è un aggiornamento dell'Istituto sui principali problemi economici e sociali del paese.

Nell'ambito di questi problemi personalmente ho seguito, allora con il collega De Logu che da un po' di tempo non lavora più con noi, il problema di tutto il settore sanitario che vorrei distinguere da quello della previdenza al quale invece spesso è associato. In questo lavoro, anche per mia precedente esperienza professionale, ho dedicato maggiore attenzione ai problemi del settore farmaceutico, inteso nel suo aspetto più completo, dalla ricerca alla distribuzione.

Per quanto riguarda i temi specifici di questa indagine conoscitiva, vorrei precisare, per delimitare il campo del mio intervento, e tenendo conto di quanto è stato già esposto e di quanto ho potuto apprendere attraverso i resoconti pubblicati, che grosso modo la problematica principale concerne il preoccupante problema della spesa pubblica. Per chiarezza di esposizione dividerei in due grosse parti la materia: una prima parte riguarda i meccanismi perversi, le distorsioni e gli sprechi all'interno del Servizio come tale, che credo abbiano già ricevuto sufficiente testimonianza nelle audizioni precedenti; l'altra parte riguarda due aspetti che oggi sono emergenti perchè costituiscono oggetto di cure particolari da parte del Governo e del Parlamento. Si tratta, direi paradossalmente, di due voci di spesa che sono normalmente le più controllate ma di fatto le più ingovernabili: la spesa per il personale (e quando dico che è controllata intendo dire che la spesa per il personale, che ha la sua matrice nelle convenzioni sottoscritte da organi dello Stato quali il Ministro del tesoro e quello della sanità, è controllata al vertice), e la spesa dei farmaci per i quali il controllo è completo e legislativamente esaustivo in quanto, come è noto, nessun farmaco può essere immesso sul mercato nazionale senza una autorizzazione alla produzione e/o al commercio e quindi senza una determinazione del prezzo fissata d'impero.

Per avere un riferimento alla situazione attuale, prendo ad esempio un rapporto del Ministero del tesoro, l'ultimo di quelli che con scadenza semestrale il Ministero del tesoro e quello della sanità si scambiano per

comunicarsi i dati consuntivi, naturalmente provvisori, man mano che i flussi di spesa e di dati sono noti. Questo a cui mi riferisco è stato l'ultimo del 1983 (perchè il successivo è del 1984) e si tratta di un consuntivo riferito al 1982 e di un preventivo per il 1983. Esaminando i divari allora riscontrati tra i 26.500 miliardi di spesa corrente stimati dal Servizio sanitario nazionale e i 27.843 effettivamente spesi, si imputava la differenza alle seguenti voci: 600 miliardi per il personale, 300 miliardi per beni e servizi, 680 miliardi per la farmaceutica, 300 miliardi per prestazioni integrative.

Ora, se si pensa che il maggior aggravio della spesa per il personale è dovuto ad un errore di valutazione del Ministero del tesoro nel calcolare le conseguenze del rinnovo della convenzione firmata lo scorso anno, si vede come il più forte contributo venga dalla spesa per farmaci. Mi occupo di questi problemi ormai da un quarto di secolo e posso constatare che, riferendomi alla vigilia dell'entrata in vigore della legge n. 833, purtroppo oggi la situazione, nei suoi rapporti essenziali, è immutata; anzi si potrebbe dire che, proprio perchè c'è stata una legge di riforma sanitaria nella quale il legislatore si è preoccupato del consumo indiscriminato e della spesa incontrollata, c'è stato in sostanza un peggioramento, essendo rimasto tutto immutato nonostante tale legge.

La presenza sul mercato e il consumo di farmaci inutili e anche dannosi raggiungono infatti una percentuale addirittura superiore a quella del 60 per cento dei farmaci esistenti: e parlo di farmaci esistenti, che non comprendono tutti quelli registrati. Infatti, mentre abbiamo una registrazione di oltre 13.000 confezioni, i farmaci in effetti esistenti sul mercato danno un po' meno di 9.000 confezioni.

Esistono poi i fenomeni della duplicazione di formule e delle notevoli varietà di prezzo, in assenza della tutela del diritto di privativa. La spesa crescente dei farmaci, che è oggi pari a venti volte quella del 1966, ha un tasso d'incremento superiore a quello dell'inflazione. C'è inoltre la prevalenza costante e assoluta dell'uso di farmaci di produzione di multinazionali straniere, la cui quota sul

fatturato nazionale è stata ed è tuttora superiore al 50 per cento. Vi è quindi una accentuazione della dipendenza dell'industria nazionale dall'industria straniera.

Questa forma di dipendenza ha cambiato natura nel senso che, mentre prima c'era quella definita nella pubblicistica internazionale come «pirateria», cioè la semplice e banale imitazione e copia di formule brevettate e sperimentate all'estero, oggi la dipendenza si attua in altro modo, con accordi di licenza e cioè con una sua legalizzazione. Infatti è noto che, scorrendo l'elenco dei medicinali (che poi non sono molti se si pensa che le prime 500 confezioni fatturano il 75 per cento del fatturato globale), il grosso di questi medicinali o è di produzione straniera o è prodotto su licenza. Ciò non esclude che esista una produzione piccola e coraggiosa, anche affermatasi e di buon livello, da parte di industrie nazionali.

Dopo questa sommarissima esposizione, procederò un po' alla ricerca delle cause, in modo che si possa avanzare qualche proposta di interventi correttivi. Premetto che il fenomeno dell'iperconsumo, del consumo irrazionale, non è esclusivamente italiano, ma esiste in tutti i paesi occidentali, soprattutto in quelli industrialmente sviluppati, e oggi purtroppo si sta affermando anche nei paesi in via di sviluppo, perchè, oltre ai farmaci, vengono importate le tecniche persuasive del consumo di farmaci.

Nel nostro paese purtroppo una legislazione arcaica e la mancanza di una tutela del diritto di privativa hanno portato ad una situazione che è inutile descrivere, perchè la conosciamo tutti attraverso l'abbondantissima pubblicistica di questo dopoguerra. Nella struttura tipica e peculiare di ogni mercato — la domanda e l'offerta — ritengo che finora tutti i tentativi siano stati effettuati a livello dell'offerta, cioè del consumo. Non c'è stato nessun tentativo, salvo quel timido accenno, quella indicazione orientativa della legge n. 833 sull'informazione —, che indubbiamente è un mezzo, se non l'unico almeno il più efficace, il più influente —, per orientare la domanda.

Questo errore secondo me rischiamo di ripeterlo ancora oggi, quando questa situa-

zione — che non è affatto migliorata, anzi sotto certi aspetti è peggiorata — si sta riproducendo in termini allarmanti, direi drammatici per le conseguenze a cui possono portare le vicende del prontuario. Per effetto dell'articolo 32 della legge finanziaria, infatti, domenica prossima scadono i termini per la ricostruzione di questo prontuario, in modo da permettere di non superare un «tetto» di spesa di 4.000 miliardi. Ora, vorrei dare due cifre d'anticipo sui dati che poi verranno ufficializzati non appena il calcolo relativo verrà esaurito. Sono dati dei consumi non consuntivi al 100 per cento, ma sono aggiornati al novembre 1983 e proiettati al dicembre. Questi dati danno come spesa farmaceutica totale, compresi i consumi privati, oltre 7.000 miliardi, di cui i consumi pubblici — cioè per farmaci del prontuario — ammontano a 5.945 miliardi con una diminuzione dei consumi fisici dell'1 per cento e un aumento in valore del 21-22 per cento. Per quanto riguarda i consumi relativi al prontuario, cioè i consumi pubblici, questi ammontano a 5.945 miliardi, con un aumento in consumi fisici del 2 per cento e un aumento in valore del 23 per cento.

Mi pare siano dati che si commentano da soli. Oggi l'alternativa però è drammatica, nel senso che una riduzione di questi consumi, pensando di incidere sulla disponibilità di farmaci e quindi, forzatamente, di ridurre la domanda, e la proposta di espulsione dal prontuario terapeutico di una serie considerevole di farmaci appartenenti alla categoria B, hanno come conseguenza inevitabile il dissesto di una serie di aziende. Sono dati offerti dalla «Farmindustria»: si calcola che almeno cinquanta aziende dovrebbero chiudere o lavorare a effettivi ultraridotti. Si tratta anche di aziende consistenti, ma non le grandi e soprattutto non le multinazionali.

Siamo arrivati a questo dilemma, perchè indubbiamente in altri tempi non sono state predisposte quelle stesse misure che la legge n. 833 indicava molto chiaramente, sia come termini generali all'articolo 29, che all'articolo 30, in cui definiva quello che doveva essere il prontuario concepito come strumento selettivo.

Il legislatore si era reso perfettamente con-

to della politica fino ad allora seguita ed aveva predisposto questo elemento selettivo, in cui si teneva conto non solo dell'efficacia terapeutica, ma anche dell'economicità dei singoli preparati. Tutto questo non è stato fatto e siamo arrivati ad una situazione drammatica.

Mi limito a porre il problema in questi termini nella speranza di aver dato sufficienti elementi; poi, su richiesta, approfondirò ulteriormente.

Voglio solo dire che la responsabilità di questa vicenda è nata dal cattivo governo di questa problematica, perchè dopo tutto l'industria fa il suo mestiere, tende a massimizzare il profitto secondo una legge che vige in qualsiasi attività imprenditoriale almeno in paesi con un certo tipo di economia; per cui, quando vi è una non resistenza o addirittura un favore per questa sorta di politica, le conseguenze le sconta il consumo e, quando il consumo è pubblico, le scontano le finanze pubbliche.

Mi limito a ciò per non appesantire la mia introduzione: sono, comunque, pronto a fornire ogni altra informazione.

*DE LOGU.* Ho avuto già l'occasione di essere ascoltato da questa Commissione nel corso di una precedente audizione di questa indagine, ed oggi mi trovo qui per designazione del direttore dell'ISPE. Perciò non vorrei infliggere agli onorevoli Commissari la punizione di ripetere cose già dette; semmai, nell'ambito della discussione, fungerò, se necessario, da sostegno al dottor Loiacono.

**PRESIDENTE.** Possiamo senz'altro procedere allo svolgimento delle domande.

**MELOTTO.** Vorrei rivolgere due domande, una ai rappresentanti della Corte dei conti e l'altra a quelli dell'ISPE. Mi pare che l'esposizione dei rappresentanti della Corte sia stata molto puntuale e corretta sulla base della legislazione vigente. La Corte dei conti, cioè, oggi si è limitata a trattare le questioni della competenza, del trasferimento delle spese, del controllo sulle entrate da parte dello Stato per questo capitolo e del trasferimento delle risorse alle Regioni.

Rispetto a tutta la serie di notizie di stampa in base alle quali sembra che, soprattutto in alcune ben individuate Regioni, la Corte dei conti stia procedendo ad un controllo molto puntuale e penetrante relativamente agli ospedali (ho visto del resto notizie, non provenienti dalla stessa Corte, secondo cui questo controllo sarebbe limitato a vecchie gestioni ospedaliere più che alle gestioni delle unità sanitarie locali), vorrei sapere qual è lo stato degli atti in materia. Questi controlli, riguardano gestioni precedenti o riguardano effettivamente controlli sulle unità sanitarie locali, come la stampa ha messo largamente in risalto?

Il secondo problema riguarda la nota vertenza in atto con le vecchie amministrazioni ospedaliere per quanto attiene al trattamento economico, per esempio, dei direttori amministrativi equiparati ai direttori sanitari. Vi è stata una sentenza della Corte costituzionale; questa vertenza è stata chiusa o sussiste ancora? Queste sono le domande che volevo rivolgere ai rappresentanti della Corte dei conti.

Al dottor Loiacono, invece, vorrei ripetere quanto da lui già affermato, e che ora ribadisco con parole mie: la programmazione non è più di moda e a ciò si adegua anche l'ISPE. Tale Istituto ha partecipato in qualche modo alla stesura di programmi, di piani sanitari precedenti o di quelli in gestazione? Come estrinseca oggi la propria attività? Vorrei capire meglio il discorso secondo cui le due spese (quella farmaceutica e quella per il personale) sono governabili, ma non controllate. Vorrei sapere infine come si potrebbe controllare maggiormente la spesa per il personale essendo questa, nel Servizio sanitario nazionale, una spesa di notevole spessore.

**RANALLI.** Ai rappresentanti della Corte dei conti vorrei chiedere se è in corso l'esame dei bilanci delle unità sanitarie locali per gli anni 1980 e 1981 così come si desume dalla lettura dei giornali, da agenzie di stampa ed anche dalla televisione e se per qualche Regione, come ad esempio la Liguria, questo esame sia stato già completato.

Vorrei, inoltre, chiedere se alla Corte dei

conti risulta che tutte le carenze, che puntualmente il dottor Bonadonna ha messo in luce, del Governo in ordine ai suoi compiti di indirizzo e di coordinamento, e di riforma del Ministero della sanità, possono aver determinato, sulla base dell'esame che avreste dovuto fare o che è in corso presso la vostra sezione, scompensi o squilibri anche nella gestione delle unità sanitarie locali.

Vorrei una valutazione su questo punto che non è secondario. Leggendo i bilanci delle unità sanitarie locali si avverte come le carenze programmatiche, strumentali, legislative degli altri soggetti coinvolti nel processo di attuazione della riforma, si riverberino negativamente nella gestione delle unità sanitarie locali.

Passerò ora alla seconda domanda. La Corte dei conti registra, e ciò facendo legittima, i decreti di assegnazione trimestrali delle quote del Fondo sanitario nazionale alle Regioni. Tale registrazione consente di verificare se la somma assegnata è esattamente quella complessivamente stabilita dalla legge finanziaria dello Stato diviso per quattro trimestri oppure può avvenire, come talvolta è avvenuto (e come io stesso ricordo che è avvenuto al tempo in cui ricoprivo la carica di Assessore regionale alla sanità), che le quote trimestrali non siano tutte e quattro uguali, determinando così mutamenti tra quello che viene dato e la competenza riconosciuta dalla deliberazione del CIPE? In quest'ultimo caso la Corte registra oppure no?

Queste, le due domande che volevo rivolgere ai rappresentanti della Corte dei conti.

JERVOLINO RUSSO. Prima si è detto che la programmazione non è più di moda. In questa Commissione, invece, credo che siamo ancora in maggioranza convinti della utilità e necessità della programmazione, tanto è vero che, nella precedente legislatura, abbiamo cercato con tutte le nostre forze di portare a compimento il Piano sanitario nazionale. Adesso ci troviamo, come ricordava anche il consigliere Bonadonna, di fronte ad una ipotesi istituzionale nuova, cioè ad un piano sanitario nazionale non più previsto per legge, ma con atto politico di Governo,

salvo alcune determinazioni da prendere sul Piano legislativo per gli aspetti che istituzionalmente devono essere presi per legge; aspetti che, appunto, non possono vincolare i destinatari della norma se non sono adottati con legge.

A questo punto certamente, e speriamo al più presto possibile, avremo un disegno di legge del Governo; ora, però, abbiamo di fronte a noi il problema di individuare concretamente quali sono gli snodi che devono essere risolti attraverso un provvedimento legislativo, e quale parte della materia può essere rinviata ad un atto politico. Vorrei sentire su questo problema il parere del professor De Logu e del dottor Loiacono.

Passo al secondo tipo di domanda. Il dottor Loiacono ha fatto un'analisi interessante (e, diciamo, anche preoccupante, da un certo punto di vista, per noi che abbiamo dovuto occuparci a lungo del «tetto» dei 4.000 miliardi della spesa farmaceutica), del perché aumenta la spesa sanitaria; nell'ambito di quest'ultima, ha evidenziato un maggiore aumento della spesa farmaceutica, ed infine ha anche detto che, a richiesta, avrebbe suggerito qualche intervento correttivo. Vorrei, appunto, che cortesemente esplicitasse gli interventi correttivi che ha da suggerirci.

Passo, ora a rivolgere una domanda ai rappresentanti della Corte dei conti. Chiedo scusa se la domanda è un po' generica, ma in fondo tutta la nostra azione, la nostra indagine è finalizzata alla eventuale rilettura della legge n. 833, per renderne sempre più funzionanti i meccanismi. Ora, praticamente, il consigliere Bonadonna ci ha detto con molta precisione quali sono stati gli adempimenti, già previsti dalla legge n. 833, non portati a termine e le conseguenze che ciò ha comportato sulla politica sanitaria. Vorrei sapere se sulla base della loro esperienza o sulla base della riflessione che la loro esperienza li induce a fare, hanno da suggerirci, non qualche attuazione della legge n. 833, ma qualche modifica per rendere più governabile la spesa sanitaria.

ROSSANDA. Ho una preghiera da rivolgere ai rappresentanti della Corte dei conti. La materia contabile è per noi notevolmente

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

12° RESOCONTO STEN. (7 febbraio 1984)

complicata, quindi, al di là delle loro dichiarate specifiche competenze, sarei molto grata che ci fornissero un'illustrazione dello spettro dei controlli contabili a cui sono sottoposte attualmente le unità sanitarie locali ed anche un parere da esperti sul coordinamento e l'efficacia di questi controlli. Sempre in tema di contabilità, vorrei sapere, in secondo luogo, se essi confermano quanto ci è stato fatto osservare da alcune parti e cioè che l'attuale rilevazione e anche scrittura della contabilità nelle USL, che hanno numerosi centri di costo e di spesa, sia tale da consentire al momento dei controlli una valutazione per funzioni. Come valutazione per funzioni intendiamo la possibilità di leggere attraverso i bilanci degli anni successivi se sono state spostate risorse da interventi terapeutici a iniziative di prevenzione, sanità pubblica, riabilitazione e via dicendo. Io ho avuto modo di registrare in dibattiti — e anche in questa sede abbiamo avuto modo di sentire — osservazioni critiche sull'attuale struttura dei bilanci che non è considerata adatta ai fini di una lettura non meramente formale della distribuzione della spesa.

CONDORELLI. La mia domanda è molto semplice, non da politico, ma da cittadino. Come mai, malgrado l'esistenza della Corte dei conti, i conti dello Stato vanno a rotoli e la spesa dilaga? La Corte dei conti si limita a constatare il disastro senza svolgere alcuna azione di prevenzione? Di conseguenza mi domando: a che cosa serve il lavoro della Corte dei conti se poi, ogni anno, continuiamo a vedere la crescita paurosa dei debiti dello Stato?

Mi associo anche alla domanda che la senatrice Jervolino Russo ha rivolto al dottor Loiacono sullo spinosissimo problema della spesa farmaceutica e su quali rimedi si intendano proporre per ovviare a tale inconveniente.

Si è parlato poi del 60 per cento dei farmaci inutili ed io gradirei sapere con quali criteri è stata stabilita questa percentuale, in quanto è un aspetto che mi lascia un po' perplesso.

ONGARO BASAGLIA. Anche io vorrei chiedere al dottor Loiacono, di fronte alla con-

statazione del 60 per cento di farmaci inutili o dannosi, se, in assenza di un'informazione a tutela della salute dei cittadini, si preveda di agire in qualche modo sui medici, come primi promotori delle domande di farmaci, e se di fronte alla nocività, comunque, dell'abuso di farmaci si possa continuare ad essere condizionati dalle sorti delle aziende farmaceutiche.

BOTTI. La mia domanda, rivolta al dottor Loiacono, direttore dell'ISPE, si riallaccia in parte a quanto già rilevato dai senatori Condorelli e Ongaro Basaglia. In particolare la domanda è la seguente: in quale modo, con quali consigli e con quali poteri l'ISPE, che è l'organo di studio per la programmazione economica, può cercare di ovviare alla presente situazione dei farmaci?

Il dottor Loiacono ci ha parlato della enorme spesa farmaceutica, ed io la ritengo ingiustificata, se è vero come è vero che vi è in Italia un 60 per cento di farmaci inutili, che esistono in Italia 9.000 specialità, quando tutti sanno, o almeno lo sa chi è medico, che la professione si può esercitare decorosamente con non più di 500, 600 farmaci. E a questo, si aggiunge anche il fatto che circa il 50 per cento dei farmaci sono di importazione straniera, oppure prodotti su licenza. A questo punto vorrei anche capire perchè, nella ricerca dei modi, dei correttivi da opporre a questa spesa abnorme e ingiustificata, non debba essere affrontato anche un problema estremamente importante: quello dell'educazione sanitaria.

Una educazione sanitaria che non deve però essere rivolta esclusivamente ai cittadini, che sono i fruitori dei farmaci, ma soprattutto ai medici, che sono coloro i quali prescrivono i farmaci.

CALÌ. Vorrei rivolgere ancora un quesito, in tema di farmaci, al professor Loiacono. Se è vero, come con insistenza si afferma, che il 50 o 60 per cento dei farmaci è inutile o dannoso, ciò è molto preoccupante. Indubbiamente l'aspetto più importante è rappresentato dai farmaci dannosi perchè quelli inutili incideranno perlomeno sulla spesa

farmaceutica e non sulla salute. Un quesito analogo a quello che sto per porre l'ho formulato al rappresentante dell'Istituto superiore di sanità, in particolare per quanto riguarda i fitofarmaci, ma in quell'occasione non vi fu tempo per una risposta.

Considerato che certamente assistiamo ad un notevole incremento della patologia iatrogena in generale e di quella da farmaci in particolare, tenuto conto dell'esistenza di farmaci dannosi, mi chiedo e chiedo a lei, professore, se farmaci riconosciuti dannosi in paesi esteri e pertanto ritirati dal commercio, vengono invece immessi sul nostro mercato. E vorrei fare un esempio: con insistenza corre voce che lo «Zepelin» è un farmaco non più in commercio in alcuni paesi, mi pare in Svizzera. Se questo è vero, perchè si insiste a consentirne la vendita nel nostro paese? Il medesimo discorso, come sappiamo, vale anche per numerosi altri farmaci ritenuti, per così dire, fortemente sospetti.

**RANALLI.** Risulta talvolta che atti legittimati dal Comitato regionale di controllo e quindi con apposizione del relativo visto di legittimità, sottoposti poi alla verifica della Corte dei conti risultino incongrui, impropri o ancora peggio. Vorrei capire come si verifica questa doppia possibilità che su di uno stesso atto si manifestino posizioni diverse da parte di organi che hanno la competenza di controllare la Pubblica amministrazione e se da tutto questo non ne derivi la necessità di modificare la struttura istituzionale e comportamentale dei Comitati regionali di controllo.

**PRESIDENTE.** Vorrei fare anche io qualche domanda. Il professor Pietranera ha affermato che le Regioni tardano a trasmettere o non trasmettono affatto dati concreti per le indagini attivate, quindi in pratica non rispondono alle richieste della Corte dei conti. Professore ci può definire meglio questo problema estremamente importante: è un problema di coordinamento fra diversi enti? Dipende da difficoltà psicologiche reali o dalla mancanza di un servizio di informazione efficiente? Si tratta infatti di problemi che riguardano tutto lo Stato, oltre che il

settore sanitario, e quindi ci interessa molto saperne di più.

Il professor Guccione ha parlato poi dell'esistenza dei collegi dei revisori dei conti, che sarebbero idonei al controllo delle spese delle USL. Vorrei che questo concetto fosse maggiormente sviluppato. Ritenete del tutto idoneo il meccanismo dei revisori dei conti, o occorre qualche cosa di più da parte della Corte dei conti? Capisco che ci sono i problemi della legge istitutiva, dei vostri compiti istituzionali, ma nulla vieta di pensare anche a possibili modifiche di questa situazione.

Inoltre, se ho ben inteso, il dottor Bonadonna ha detto che, a suo parere, sarebbe utile disporre annualmente di fondi prestabiliti per il Servizio sanitario nazionale, in un certo senso sganciati dalla legge finanziaria, quindi predisposti con un parametro definito una volta per tutte. Era questo che intendeva dire, oppure no? È molto importante per noi precisare questo punto.

Il dottor Loiacono ha parlato invece soprattutto della spesa inerente ai farmaci; però ha accennato anche a studi fatti in precedenza sulla distribuzione dei farmaci. Può informarci meglio sul suo personale contributo dato qualche anno fa sul problema della distribuzione? Si tratta infatti di un altro argomento che probabilmente dovremo affrontare nel lavoro della Commissione.

Un'altra domanda che credo pertinente è se il dottor Loiacono è in grado di valutare il costo del farmaco in Italia in rapporto al costo del medesimo farmaco negli altri paesi europei o nell'ambito internazionale: ciò per capire fino a che punto differiamo dal costo di una determinata specialità medicinale. Molte volte si tratta infatti di registrazioni in parallelo in tutti i paesi d'Europa: allora ci sono differenze di costi tra la Francia, l'Inghilterra e l'Italia, per esempio?

Lei ha poi parlato di sprechi nella spesa pubblica soprattutto per la spesa per il personale, ma non ne ha trattato a fondo. Può precisare qualcosa di più, anche in base alle ricerche condotte dall'ISPE?

**GUCCIONE.** Vorrei innanzitutto porre una questione di metodo. Sono state fatte alcune domande ai rappresentanti della Corte dei conti che riguardano valutazioni su problemi

relativi alla spesa sanitaria. Voi sapete quali sono le funzioni della Corte e sapete anche che nell'ultimo periodo — direi negli ultimi dieci anni — i rapporti tra la Corte e il Parlamento hanno avuto una particolare intensificazione. Ora, le domande poste relative a richieste di valutazioni probabilmente dovrebbero essere fatte sotto forma di referto specifico, perchè la Corte si pronuncia in questo senso ai suoi livelli collegiali, noi non siamo abilitati ad esprimere il pensiero della Corte: esiste una serie di precedenti di referti specifici forniti dalla Corte su richiesta delle Commissioni parlamentari e alcune domande — per esempio quella che chiedeva che cosa pensa la Corte del sistema contabile, dell'andamento dei controlli — potrebbe formare oggetto di un referto, anche per avere una risposta più meditata; i referti vengono dati infatti dalle sessioni riunite della Corte, che costituiscono il massimo organo collegiale. Quindi, penso che su questi aspetti più che essere interessante conoscere il pensiero personale nostro, che potrebbe essere un parere da studiosi, ma non professionale...

**PRESIDENTE.** Sarebbe comunque prezioso.

**GUCCIONE.** Ma potrebbe anche vincolarci, perchè non sappiamo quale sarà il pensiero che avrà la Corte ufficialmente su questi argomenti e, siccome — ripeto — ci sono precedenti interessanti di referti specifici richiesti dalle Commissioni alla Corte, penso che questo potrebbe formare oggetto di una di queste richieste di referti. Tanto più che tali referti la Corte — com'è sua tradizione — li realizza tempestivamente, cioè nel giro di venti giorni, un mese.

Pochi giorni fa è arrivata una richiesta del Presidente della Camera per alcune notizie sui sistemi di spesa che riguardano alcuni capitoli di un Ministero e tra quindici giorni daremo il referto scritto al presidente Iotti. Quindi penso che, per quanto riguarda questo tipo di richieste, la via da seguire potrebbe essere questa.

Relativamente ad alcune altre domande specifiche, vorrei dire che la Corte ha delle

funzioni di controllo e delle funzioni giurisdizionali. Per quanto concerne le funzioni giurisdizionali, cui si riferiscono alcune domande, per esempio quella sui giudizi in corso su alcune USL, posso dire che so che esistono delle pronunzie di affermazione di responsabilità su determinati casi venuti a conoscenza della Corte. Il Procuratore generale — che rappresenta il Pubblico ministero presso la Corte — in base ad alcune segnalazioni ricevute ha promosso giudizi di responsabilità.

Per citare dei casi, ci sono stati negli ultimi mesi dei giudizi di responsabilità nei confronti di amministratori e funzionari di USL o di ex enti ospedalieri per una serie di viaggi compiuti all'estero. Ora, alcune di queste controversie sono state decise e gli amministratori sono stati condannati; altri giudizi sono ancora in corso. Qualsiasi giudice non copre a tappeto tutta l'attività, ma interviene quando vengono in evidenza talune situazioni.

Per quanto concerne l'altro aspetto, cioè la richiesta dei conti consuntivi che la Corte ha fatto ai tesoriери delle USL, direi che questa è una normale attribuzione della Corte. Voi sapete che tutti coloro che maneggiano pubblico denaro sono tenuti a rendere il conto alla Corte dei conti, che si deve pronunciare in sede giurisdizionale e deve approvare o meno il conto. Ora, questi giudizi sono iniziati o stanno iniziando. I primi sono stati discussi in udienza in una delle due sezioni del contenzioso contabile, ma non risulta che i giudici abbiano già reso pubbliche le loro sentenze. Quindi non possiamo dire nulla in particolare.

**ROSSANDA.** Chiedo scusa, ma siamo stupiti, perchè la televisione ha diffuso queste notizie.

**GUCCIONE.** Questo si spiega con il fatto che la stampa è intervenuta ai giudizi della Corte, che sono pubblici: ha quindi preso qualche dato dalla relazione del giudice relatore o dall'intervento del pubblico ministero e lo ha reso pubblico, ma il giudice non si è ancora pronunciato. Comunque c'è una serie di sentenze di condanna o di assoluzione per

quanto riguarda specifici episodi di responsabilità e si tratta — come ho detto poco fa — di responsabilità per dei viaggi effettuati all'estero da amministratori o funzionari.

Per quanto riguarda il trasferimento di fondi alle Regioni, dobbiamo tenere presente che la Corte dei conti ha soltanto il controllo preventivo di legittimità, che è un controllo formale che si limita a verificare se esiste lo stanziamento di bilancio, se il provvedimento di trasferimento è conforme al dettato della legge in relazione ai criteri che regolano i trasferimenti di fondi alle Regioni e che sono stabiliti dal CIPE.

I controlli veri sulla spesa dovrebbero essere esercitati sul versante degli organi di controllo locale, che — come sapete — sono i Comitati regionali di controllo. A questo punto mi sembra che sia stato chiesto come mai accada che il Comitato regionale di controllo dichiari legittimo un certo provvedimento e che poi in altra sede la Corte lo smentisca. È da dichiarare, anzitutto, che non si tratta sempre dello stesso provvedimento; a volte accade che la Corte prenda in esame un provvedimento che ha come presupposto un altro atto ritenuto legittimo dai Comitati regionali di controllo. La Corte dei conti, nella sua posizione di organo di controllo sullo Stato, ha ritenuto di poter considerare non legittimo quell'atto anche se l'atto presupposto è stato dichiarato legittimo dal Comitato regionale di controllo. Una situazione di questo tipo si è avuta, ad esempio, per quanto riguarda deliberazioni di alcuni enti locali con le quali si era postdata la decorrenza del trattamento economico del personale, sottraendo illegittimamente le contribuzioni dovute agli Istituti di previdenza del Ministero del tesoro, che gestiscono la Cassa pensioni dipendenti degli enti locali. In sede di controllo sugli atti degli istituti di previdenza, la Corte dei conti ha dichiarato illegittimo il provvedimento anche se l'atto presupposto era stato ritenuto legittimo dal Comitato regionale di controllo. Questa è la giurisprudenza della Corte.

*PIETRANERA.* Vorrei prima di tutto rispondere al signor Presidente il quale mi ha chiesto una puntualizzazione su quanto ho

detto in ordine alla mancata risposta, da parte degli organi regionali, alle nostre richieste. Devo dirle che ne abbiamo trattato diffusamente nella relazione che abbiamo presentato al Parlamento recante la data del 30 maggio ultimo scorso che è stata trasmessa materialmente alla fine di giugno.

Ci siamo trovati di fronte ad una non collaborazione da parte di moltissimi Comitati regionali di controllo i quali si sono frincerati dietro una forse non perfettamente intesa ragione di competenza (noi autorità statale, loro autorità regionale). Abbiamo precisato che non si tratta di rapporto fra Stato e Regione ma di Repubblica italiana e di Parlamento al quale noi, come Corte dei conti, dobbiamo riferire: abbiamo perciò chiesto ai Comitati regionali di controllo di rispondere per quello che è possibile. Probabilmente, nel caso di specie, i Comitati regionali di controllo, forse per una non perfetta efficienza della loro organizzazione, si sono trovati nell'impossibilità di rispondere e ci hanno detto che dovevamo formulare la nostra richiesta tramite il Presidente della Regione e gli Assessori agli enti locali. Per questo motivo attualmente sto riformulando tutta una serie di richieste ai Presidenti delle Regioni e agli Assessori agli enti locali affinché ci inviino almeno quello che possono.

Non chiediamo l'universo dei dati, ma tutti quelli che ci possono inviare, in modo che noi possiamo valutarli. Di ciò è detto alle pagine 5, 6 e 7 della deliberazione sui consuntivi 1981, che è anche il nostro documento riassuntivo.

Al senatore Ranalli volevo esprimere il mio pensiero circa il quesito su come possa accadere che determinati provvedimenti vengano visti dai Comitati regionali di controllo e in sede poi di verifica giudiziale, soprattutto della Corte dei conti, vengano completamente ribaltati. Non è un caso che si verifica raramente, anzi si verifica piuttosto di frequente; basti pensare a quante volte i Tribunali amministrativi regionali e il Consiglio di Stato annullano dei decreti e dei provvedimenti amministrativi che sono stati registrati dalla Corte dei conti, che sono stati, cioè, riconosciuti legittimi in un momento in cui si doveva fare una valutazione

che era di mera legittimità. Infatti, quando poi, in sede giudiziale, sui provvedimenti amministrativi impugnati, la parte può dedurre una qualsiasi forma di eccesso di potere, che è un po', come lei sa, la chiave per poter passare dal giudizio di legittimità a quello di merito, questi provvedimenti possono essere annullati; così può accadere per quegli atti che in sede locale sono stati visti dai Comitati regionali di controllo, e vanno poi ad una verifica giurisdizionale della Corte dei conti in sede di responsabilità. In questa sede, è chiaro che, potendosi fare una valutazione di merito oltre che di legittimità, è possibile che si arrivi ad una soluzione diversa del problema. Ciò è nella fisiologia del sistema.

Alla senatrice Rossanda, inoltre, che chiedeva quale sia la gamma dei controlli che attualmente debbono rivedere le gestioni delle unità sanitarie locali, va detto che, in base alla legge n. 833 del 1978, vi sono gli organi di revisione interna, cioè i collegi dei revisori. Circa l'attività dei Comitati regionali di controllo, va rilevato che probabilmente questa materia potrà subire una rielaborazione ed anzi il disegno di legge all'esame del Senato per la riforma delle autonomie locali prevede anche una ristrutturazione dei Comitati regionali di controllo con l'immissione in essi di un magistrato della Corte dei conti.

Personalmente nutro qualche dubbio sul fatto che si riesca ad arrivare in concreto ad una soluzione del genere, perchè i Comitati regionali di controllo e le sezioni distaccate di tali Comitati sono oltre centoventi in tutta Italia e trovare altrettanti magistrati da assegnare a tempo pieno, in un momento in cui l'organico della Corte dei conti ha un vuoto di oltre centocinquanta unità, è cosa piuttosto difficile da realizzare.

In sede di sezioni unite, richiamai l'attenzione su questo punto, e dissi che occorre anche prevedere un'adeguata provvista di personale e comunque prevedere una adeguata struttura organica, altrimenti è facile riferirsi alla Corte dei conti e poi lamentarne l'insufficienza. È anche questione di avere gli strumenti idonei; per il momento non abbiamo, come Corte dei conti, il controllo sulle

unità sanitarie locali, e non lo possiamo avere anche perchè vi è una norma costituzionale che prevede che i controlli sulle amministrazioni locali vengano esercitati da organi di controllo regionali.

**ROSSANDA.** Il controllo è una cosa e l'ispezione è un'altra.

**PIETRANERA.** L'ispezione non rientra nei nostri compiti. Bisogna che qualcuno ci riconosca questo potere. Non so, inoltre, quanto ciò possa essere in armonia con la Costituzione che prevede, come ho già detto, il controllo da parte di organi regionali.

**BONADONNA.** Come ha detto il consigliere Guccione, alcuni limiti nell'espone le nostre considerazioni sono connessi alle funzioni che svolgiamo ed alle modalità in cui esse si esplicano. Si ricorda che la Corte dei conti si esprime generalmente attraverso gli annuali referti delle sezioni riunite. In essi sono contenuti tutti gli elementi di fatto di cui si è a conoscenza, anche in merito a norme giuridiche esistenti la cui applicazione da parte dell'Amministrazione è stata notata come non corretta o incompleta.

È possibile, peraltro, fornire qualche ulteriore dettaglio rispetto a quelle che sono le osservazioni ufficiali di massima della Corte dei conti in sede di relazione al Parlamento sul rendiconto generale dello Stato.

In ordine a quanto è stato chiesto — e mi riferisco in primo luogo alla richiesta del senatore Ranalli circa i riflessi delle carenze governative — va detto che si tratta di una domanda molto difficile perchè è difficile dimostrare con dati precisi se dette carenze abbiano avuto, ed eventualmente in quale misura, incidenze negative. Sta di fatto che vi è un Servizio sanitario nazionale che a livello regionale e delle unità sanitarie locali ha dimostrato alcune gravi disfunzioni, e che, parallelamente, si è verificata una carenza di interventi generali anche sul piano della riorganizzazione del settore della sanità a livello centrale. È una coincidenza che lascia pensare che già riordinando il Ministero della sanità e curando l'adozione del Piano sanitario nazionale, oggi, più opportuna-

mente, in forma delegificata, sarà possibile ottenere risultati migliori. Vi è da ritenere che anche le carenze rilevate abbiano avuto la loro parte di incidenza negativa sul funzionamento del sistema sanitario.

Si è rilevato — e ne sono testimoni le relazioni della Corte che io richiamo spesso come una specie di Vangelo — che il Ministero, il quale, come è noto, è una diretta filiazione dell'Alto commissariato della sanità, ha subito negli ultimi tempi modificazioni strutturali non nel quadro di un disegno generale, preciso e funzionale, del Servizio sanitario nazionale, ma attraverso interventi episodici e settoriali. Faccio l'esempio della presenza di organismi consultivi come il centro studi che, sorto vent'anni fa per esigenze attinenti alla formazione del Piano economico nazionale, ai tempi del vecchio centro-sinistra, è stato poi convertito, mantenendo sostanzialmente la sua struttura, in un organismo che deve svolgere le sue funzioni di carattere consultivo-generale, ma anche specifico, su certi temi, con funzione anche di programmazione. Il Ministero è dotato di parecchi organismi che fanno programmazione, almeno in linea teorica.

Ricordiamo, poi, il servizio centrale per la programmazione sanitaria, organismo creato da una legge del 1982, il quale però si è venuto ad inserire in un corpo, in una struttura non modificata, e non ancora adattata alle nuove funzioni, quale è il Ministero. Il servizio centrale della programmazione sanitaria è, comunque, un importante organismo, in quanto ad esso è devoluta l'acquisizione di tutte le notizie dalla base, che possono servire per la determinazione dei flussi di spesa. Mi sembra che detto servizio faccia parte degli organi i cui rappresentanti dovranno essere ascoltati dalla Commissione sanità.

Esiste, poi, un altro organismo, sempre con funzioni consultive a livello centrale, denominato comitato tecnico-scientifico del Ministro della sanità; esso non ha una sua composizione prevista da norme di legge ed è costituito da un gruppo di esperti, attualmente in numero di trentatre, alle dirette dipendenze del Ministro, con funzioni consultive generali; si tratta di uno *staff* mini-

steriale di esperti estranei all'Amministrazione, con un compenso annuale, stabilito, per legge, direttamente dal Ministro in misura uguale per tutti.

Vi è, infine, un ufficio per l'attuazione della riforma sanitaria con a capo un Direttore generale. Anch'esso svolge diverse funzioni sempre inerenti ai problemi della riforma sanitaria.

Ho nominato così una serie di organi ed uffici che ritengo svolgano funzioni in parte sovrapponibili e che, da tempo, compiono un certo sforzo che non sono in grado di giudicare in termini di risultati.

Sempre in tema di organizzazione ministeriale, va poi ricordata la Direzione generale degli ospedali che aveva una funzione spiegabile entro il sistema anteriore al Servizio sanitario nazionale. Oggi, gli ospedali fanno parte delle unità sanitarie locali e vi sono elementi che lasciano pensare che detta Direzione potrebbe essere rivista, accorpata e modificata nelle sue funzioni. È un aspetto particolare del problema della revisione generale, adempimento, ripeto, stabilito dalla legge n. 833 all'articolo 59.

Riprendendo l'aspetto delle carenze governative, va ancora ricordato che, se vi sono stati interventi di indirizzo e coordinamento, questi si possono, semmai, intravedere in talune norme di legge, intervenute dal 1978 ad oggi, più che in atti di carattere generale da parte del Governo.

Rispondo alla senatrice Jervolino Russo che non è facile suggerire modifiche alla legge n. 833. Vi sono alcune considerazioni da fare. La legge di riforma è partita come una legge molto buona, apprezzata e addirittura all'avanguardia, come è stato detto, anche in Europa; ora, si tratterebbe di vedere se una attuazione precisa e puntuale della normativa esistente potrebbe portare ad un risultato migliore di quello di fronte al quale ci troviamo.

Rispondendo anche alla senatrice Rossanda, si potrebbero rivedere talune forme del controllo ma occorre anche stimolarne l'efficienza. I controlli sono vari e a vario livello. Ricordo l'articolo 50 della legge n. 833, in cui si prevedono verifiche di cassa almeno bimestrali e relazioni trimestrali a cui sono

tenute le unità sanitarie locali, nei confronti del presidente della giunta regionale, forme queste ultime, di controllo referente. Inoltre, abbiamo i comitati regionali di controllo, i quali svolgono un controllo sugli atti di pura legittimità. Infine, abbiamo il controllo del collegio dei revisori, il quale deve fare una relazione di carattere tecnico. I controlli, pertanto, non sono pochi e vi è da considerare anche quello generale da parte della Regione, che si esplica attraverso la conoscenza delle funzioni acquisita con le relazioni delle unità sanitarie locali.

**PRESIDENTE.** Se mi consente, vorrei interromperla brevemente. Si sente parlare molto, da parte di esperti, di un controllo sul *budget* attribuito e non sui singoli atti. Che cosa pensa di ciò, a titolo personale, sulla base delle sue riflessioni? È chiaro che questo tipo di controllo non considererebbe più i singoli atti amministrativi, ma l'impiego che si è fatto di certe risorse. Di fronte a questa nuova dimensione tecnica da valutare, la Corte dei conti, secondo lei, come si atteggierebbe?

**BONADONNA.** Si tratta di una linea dottrinale abbastanza affermata e che da tempo trova sostenitori all'interno della Corte; naturalmente essa tende a spostare l'esame degli organi di controllo su aspetti che non sono quelli puramente formali del mero atto preso singolarmente, e su un ordine globale di grandezze che consenta una verifica della efficienza e della funzionalità. È chiaro, però, che controlli che attengano, almeno in parte, alla legittimità degli atti più importanti sono essenziali, perchè altrimenti si potrebbe finire con il perseguire efficienza e funzionalità nell'ambito di una generalizzata illegittimità. Bisognerebbe, quindi, contemperare le due esigenze.

Sulla riforma dei comitati regionali di controllo, la Corte dei conti ha espresso il suo parere in sede di esame dello schema di disegno di legge per talune riforme del settore degli enti locali. A tale parere faccio opportuno rinvio, non senza ricordare le perplessità prima espresse dal presidente Pietranera circa la possibilità di provvista dei magistrati della Corte richiesti per la prevista

integrazione dei suddetti comitati regionali di controllo.

L'ultima cosa cui vorrei accennare è quella del perchè i controlli non funzionano. La risposta è molto complessa ma una delle cause delle disfunzioni, forse, attiene alla gran mole di atti e di attività sottoposti all'esame dei vari organi. Soprattutto, penso che, per un controllo efficace, sia presupposto indispensabile acquisire la miglior conoscenza dei fenomeni, anche attraverso i sistemi informativi e l'individuazione dei flussi di entrata e di spesa con una rigorosa attuazione di un bilancio per funzioni: a questo potrebbe concorrere anche il servizio centrale della programmazione sanitaria, una volta pervenuto a regime, attraverso il quale potrebbero essere approfonditi e specificati per voci funzionali i vari aspetti della spesa, in modo da poter acquisire la conoscenza necessaria per un controllo politico ma anche giuridico ed economico.

**PIETRANERA.** Poichè mi sembra che siano rimaste prive di risposte le domande dei senatori Melotto e Ranalli sui giudizi di cui ha parlato la stampa, vorrei chiarire che si tratta non di fatti singoli, ma di una azione che chiamerei «a tappeto», perchè svolta in sede di giudizio di conto (sul quale la Corte deve deliberare, ente per ente e, per ragioni ovvie, per un limitato numero di essi per ogni udienza). Quello che conta è che stanno venendo all'esame della Corte le situazioni di quelle USL che, o hanno risposto alla richiesta di inviare i conti, o non hanno ancora risposto e c'è da dire che molte volte quelle che hanno risposto lo hanno fatto approssimativamente. Per questo è stato necessario un supplemento d'istruttoria. Della Liguria si è forse parlato in modo particolare, ma insieme a questa Regione si è parlato anche dell'Emilia-Romagna, prima si era parlato del Piemonte, poi lo si è fatto di altre Regioni: ci saranno altre udienze in cui si parlerà di altre Regioni ancora, ma tutto questo risponde ad un criterio di massima che deve essere applicato a tutte le USL per accertare la regolarità dei conti consuntivi.

**MELOTTO.** Tutto questo avviene *motu proprio* della Corte, o su segnalazione?

**PIETRANERA.** Avviene *motu proprio*, perchè per acquisire i conti consuntivi delle USL e giudicare della loro regolarità è necessario l'intervento della Corte.

Invece, senatore Melotto, per quanto riguarda i singoli atti, può avvenire soltanto su richiesta del Procuratore Generale il quale, se si convince di un illecito, con atto di citazione chiama i singoli amministratori a comparire per sentirsi condannare al risarcimento del danno subito dall'ente. Invece, ripeto, quando si tratta di giudizio di conto è su istanza del relatore che avviene il procedimento, che è di carattere inquisitorio.

**MELOTTO.** Perchè verso il tesoriere, anzichè verso l'USL?

**PIETRANERA.** Perchè, in base alla normativa vigente, è il tesoriere che risponde della regolarità della gestione. Poi in sede di esame del conto del tesoriere, se emergono irregolarità, possono essere chiamati per risponderne gli amministratori.

**GUCCIONE.** Mi sembra non sia stata data risposta alla domanda del Presidente a proposito dei collegi dei revisori delle USL. L'attività di questi collegi esula dalla competenza della Corte, comunque come docente di ordinamento della spesa pubblica nell'Università cattolica di Milano — l'Università cattolica ha una scuola di perfezionamento in amministrazione sanitaria e dedica molta attenzione a questo problema — posso dire che mi sono occupato dei controlli sulle USL e dei controlli di gestione. Sono stato anche relatore in un recente seminario sull'argomento e potrei dire che il controllo delle USL attualmente si presenta farraginoso e per alcuni versi contraddittorio. La legge n. 833 mantiene infatti in piedi il sistema del controllo sui singoli atti affidandone la funzione ai comitati regionali di controllo, anche se il sistema non ha dato brillanti risultati, e anzi mi sembra che sia stato unanimemente condannato nelle sedi politiche e in quelle di studio. Nello stesso tempo però la stessa legge apre prospettive nuove perchè prevede una forma di controllo sui *budget*,

una specie di controllo di efficienza. Bisogna certo vedere come questi due sistemi possano essere conciliati.

Per quanto riguarda il collegio dei revisori, bisogna tener conto del fatto che questo organo ha avuto una nascita travagliata, perchè vi sono state resistenze regionali a costituirlo. È poi intervenuta una legge l'anno scorso che ha costretto le Regioni a costituire appunto i collegi. Questi organi — peraltro l'esperienza è ancora scarsa perchè non credo che tutti funzionino, e laddove funzionano la loro istituzione risale a poco meno di un anno — vedono come dato importante la presenza del Ministero del tesoro che denota la tendenza (che a me sembra abbastanza chiara in varie norme), di dare una rivalutazione ai controlli interni nell'ambito dell'Amministrazione. Questo è un fatto molto positivo perchè il controllo di efficienza, cui accennava il consigliere Bonadonna (e che in Italia è rappresentato dalla grossa esperienza delle relazioni della Corte dei conti al Parlamento) poggia in certa misura sui controlli interni.

Quindi penso che i controlli interni siano alla base, siano uno degli elementi portanti del controllo d'efficienza. Però, ripeto, per quanto concerne i collegi dei revisori, abbiamo ancora scarsa esperienza.

**PRESIDENTE.** Se ritiene di far acquisire alla Commissione questi suoi studi, saranno certamente utili.

**ROSSANDA.** Ci potrebbero interessare anche gli atti del seminario tenuto al Passo della Mendola: mi sembra che lei fosse relatore.

**GUCCIONE.** Del seminario cui ho partecipato, e che si è tenuto l'anno scorso al Passo della Mendola, gli atti saranno pubblicati quanto prima. Per quanto riguarda il convegno tenutosi in Campidoglio ai primi del mese posso fare avere il testo tra qualche giorno come pure posso fare avere il testo della mia relazione svolta al Passo della Mendola, dove parlo proprio del controllo sulla gestione delle USL.

*DE LOGU.* Vorrei rispondere ad alcune domande rivolte al dottor Loiacono, perchè sono di competenza collegiale. La prima questione è quella relativa all'utilità della programmazione, all'esigenza che il metodo s'affermi: la programmazione doveva essere il metodo ordinario di governo in generale per lo sviluppo e quindi coerentemente, per quanto riguarda il comparto sanitario, l'affermazione fatta dal dottor Loiacono rischia una certa delusione.

Noi infatti abbiamo dedicato una parte della nostra vita di ricercatori a studiare le metodologie, la cultura della programmazione, e quindi non trovare un terreno applicativo ci frustra un pochino. Credo che l'esperienza fatta nel settore sanitario, che pure non parte da zero nel nostro Paese, perchè nel bene o nel male ci sono state esperienze o locali di programmazione negli ultimi vent'anni regionali, se non altro nel settore ospedaliero, oggi consigli di vedere con un atteggiamento positivo la soluzione data dalla legge finanziaria circa la parziale delegificazione del processo di pianificazione, così come è stato individuato nella legge n. 833.

A questo punto però la palla torna ai problemi di contenuto, quelli ai quali credo si riferisse la senatrice Jervolino Russo, quando chiedeva quali sono gli snodi che devono essere risolti per legge e quali possono essere rinviati ad atti di indirizzo e di coordinamento da parte del Governo. Credo che, sotto questo profilo, lo studio della metodologia della programmazione ci offra alcune indicazioni. Sicuramente nella legge di piano, che il Parlamento deve approvare, è necessario indicare chiaramente alcune cose.

Innanzitutto vanno determinati gli obiettivi dell'intervento programmatico, anche qui tenendo presente semmai la delimitazione temporale della programmazione. Nessuno ha mai preteso di pianificare per l'eternità: il piano è triennale e quindi il problema è quello di individuare gli obiettivi triennali che, proprio per essere di medio e breve periodo, dovrebbero avere il pregio della fattibilità reale. Una cosa infatti è formulare l'auspicio dell'Organizzazione mondiale della sanità «salute per tutti nell'anno Duemila» ed altra cosa è dire che bisogna fare il poliambulatorio a San Giovanni in Persiceto.

Tra l'altro, il metodo scelto nel nostro paese dalla Direzione generale per la programmazione è proprio quello della programmazione a scorrimento, cioè la possibilità di scomporre poi il triennio stesso di piano in tre annualità di piano e riequilibrare nel corso del triennio il processo di raggiungimento degli obiettivi accelerando, qualora se ne dimostrasse l'esigenza, o correggendo all'interno del triennio.

Sicuramente devono poi entrare nella legge di piano le indicazioni circa gli strumenti fondamentali attraverso i quali gli obiettivi possono essere raggiunti. Questi devono essere vincolanti per chi deve successivamente fare i piani a livello operativo, cioè le Regioni. Credo ci siano due tipi di vincoli sotto questo profilo.

Da una parte, gli *standards* che riguardano sia il livello delle prestazioni da erogare, sia le strutture attraverso le quali erogare queste stesse prestazioni; dall'altra parte, i tempi di attuazione e quindi i vincoli circa il mancato rispetto dei tempi; e da qui anche il potere sostitutivo o via dicendo.

Il terzo elemento è sicuramente quello del vincolo circa il modo di utilizzare le risorse assegnate all'interno dei singoli obiettivi, obbligando quindi chi ha la responsabilità di pianificare in senso operativo a individuare le priorità e a consentirne un riscontro. Esiste infatti un'esigenza di fattibilità in confronto alle esigenze di un determinato piano e un vincolo di fattibilità generale rispetto all'obiettivo complessivo. Riguardo tale questione delle risorse, c'è (volendosi sostituire ai rappresentanti della Corte dei conti chiamati in causa per questo problema) da rispondere a una domanda del Presidente: si tratta di definire i fondi della sanità con dei parametri o lasciare l'assegnazione fluttuante? Personalmente, ho la convinzione che sia necessario ancorare l'assegnazione dei fondi. Si può fare riferimento al prodotto interno lordo o possono essere utilizzati parametri anche più sofisticati; però, al di là dell'esigenza di arrivare alla ottimizzazione della definizione di questa percentuale, credo che sarebbe già sufficiente che il collegamento tra la pianificazione sanitaria e il complessivo intervento di sviluppo economico-sociale del paese fosse riferito ad uno strumento

facilmente accertabile, come appunto l'andamento del prodotto interno lordo.

Che cosa a questo punto si deve rinviare ad atti di indirizzo del Governo? Credo sia sufficiente allegare alla legge di piano un documento tecnico di riferimento che si arricchisca man mano che il meccanismo della pianificazione avanza. Questo meccanismo dovrebbe poi contenere gli elementi di ragione per orientare l'attuazione dei singoli obiettivi scelti in quel determinato piano.

Il giorno in cui si giudicherà che i posti letto per 1.000 abitanti nel comparto ospedaliero saranno sufficienti a corrispondere ai bisogni di ospedalizzazione dei cittadini, chi si troverà sopra questo *standard* dovrà trovare soluzione attraverso indicazioni che guidino un processo di ristrutturazione, riconversione, adattamento e recupero senza mai consentire una perdita di professionalità, di risorse umane e di attrezzature come potrebbe derivare da un troppo rigido atteggiamento anche al di là di quanto può succedere come reazione immediata degli utenti che non sono obbligati ad accelerare la formazione della loro cultura sanitaria.

Vorrei poi fare una breve osservazione circa la domanda della senatrice Ongaro Basaglia che chiedeva se è possibile l'intervento dei medici a proposito della prescrizione farmaceutica. Questa domanda apre un discorso complessivo sulla formazione e il continuo aggiornamento professionale degli operatori sanitari, in particolare dei medici. Purtroppo dobbiamo lamentare il fatto che la convenzione del 1980 per il comparto della medicina generica e di quella pediatrica di base ha comportato l'accumulo di un patrimonio enorme di risorse per le attività di formazione che dovevano essere gestite insieme dalle Regioni e dalle organizzazioni rappresentative dei medici, ma il processo di utilizzazione di queste risorse è fortemente in ritardo, e si tratta di decine e decine di miliardi. Ciò ovviamente non rappresenta la soluzione del problema, che spesso si richiama, della riforma degli studi medici, della responsabilizzazione degli operatori e, d'altra parte, con una dizione più complessiva, dei correttivi della educazione sanitaria. Cer-

to bisogna sciogliere un nodo molto preciso. A nostro parere, vi è una veteroeducazione sanitaria che è, in qualche misura, di tipo impositivo come nel caso della maestra che richiama all'obbligo di lavarsi le mani e i denti; e vi è poi una concezione più moderna dell'educazione sanitaria, come partecipazione alla gestione sociale dei servizi. Mia opinione personale è che non vi è scelta tra queste due concezioni; se noi vogliamo arrivare a una modificazione della cultura sanitaria della popolazione e degli operatori, dobbiamo arrivare ad una educazione sanitaria del secondo tipo, che responsabilizzi anche coloro i quali, con un brutto termine, continuiamo a chiamare utenti anziché portatori del diritto alla tutela della salute.

Riguardo il personale, infine, volevo fare qualche breve riferimento ad alcune questioni che, anche scorrendo i resoconti degli interventi delle persone che sono state ascoltate dalla Commissione nel corso di questa indagine, mi sono sembrati in qualche misura ancora in ombra. Sul Servizio sanitario nazionale e sulla riforma sanitaria pesa infatti, a questo riguardo, tutta una serie di condizioni che hanno giocato sino ad ora un ruolo importante, purtroppo di tipo negativo.

Non possiamo trascurare il fatto che il personale del Servizio sanitario è la risultante di un assemblaggio di diverse provenienze. Per quanto riguarda il personale dipendente degli enti ospedalieri, degli enti mutualistici, dei Comuni e di altri enti locali, vi è un insieme di convenzioni che, per ragioni che sarebbe interessante esplorare, accelerano la dicotomia tra personale dipendente e convenzionato.

Nel precedente sistema — e credo di essere insospettabile rispetto alle mutue — esisteva una sola convenzione per la medicina generale; adesso in questo comparto ne esistono quattro perchè si sono scorporate la guardia medica, la pediatria, la medicina dei servizi ed è rimasta la medicina generale. Tale questione chiama in causa il discorso della unitarietà e globalità dell'intervento medico di base che, a questo punto, risulta invece frazionato o sorretto più che altro da spinte che derivano dalla mancata soluzione del processo di produzione dei medici.

Ormai il numero dei medici disoccupati si è elevato ed occorre stare attenti ai meccanismi sociali di reazione. Il fatto poi che la guardia medica a questo punto sia servita per trovare una collocazione ai giovani medici, entrando dalla porta di servizio o addirittura dalla finestra all'interno del Servizio sanitario nazionale, è un dato di cui mi rendo conto ma che non sono obbligato ad approvare. Voglio dire che vi è il problema della eredità che ha pesato sul Servizio sanitario nazionale. Vi sono dei ritardi nell'applicazione della legge n. 833 che a questo riguardo non ha brillato neppure di intelligenza ed ormai tutti piangiamo su quella che era la normativa precedente.

C'è un discorso di scollamento tra il personale dipendente e quello convenzionato; tutte le discussioni che si fanno in questo momento circa la omogeneizzazione derivano proprio dal fatto che ormai tale scollamento è diventato intollerabile. Esiste uno strano pendolo tra questi due comparti, un'oscillazione di un anno e mezzo che comporta il fatto che ogni anno e mezzo, appunto, un comparto o l'altro tenti di mettere le mani sulla torta per mangiarsela completamente. Hanno iniziato i convenzionati, poi è venuto il turno dei dipendenti, poi ancora i convenzionati e tra un altro anno e mezzo (giugno 1985) ritorneranno in ballo i dipendenti.

Forse è auspicabile che almeno per una volta la torta si presenti a tutti per intero e si cominci a fare un discorso nuovo.

L'altro elemento che volevo mettere in evidenza è il discorso dei controlli sui *budgets* che qui sono stati richiamati; quanto al personale, l'adozione di un sistema di questo genere richiama il problema della responsabilizzazione e questo, a sua volta, chiama in causa il fatto che il controllo sui *budgets* è possibile solo in presenza di Piani, e che la responsabilizzazione diventa lo strumento con il quale gli operatori sono chiamati a gestire un Piano che è sanzionato politicamente nelle sue possibilità e nei suoi obiettivi ma che poi deve rispondere a procedure tecniche che devono essere restituite agli operatori.

Il discorso fondamentale, quindi, diventa proprio quello di arrivare ad una responsabi-

lizzazione che chiami in causa le competenze.

**PRESIDENTE.** Scusi, se la interrompo, ma vorrei chiarire. Il suo pensiero sarebbe quello di un'aderenza dell'operatore alle procedure del Piano, procedure che, però, devono essere stabilite. In base a quali criteri, secondo lei, vengono stabilite le procedure?

**DE LOGU.** Intendevo proprio dire questo. Le procedure vengono stabilite secondo un piano serio che assegna le risorse ai comparti, secondo una certa priorità, ed indica i meccanismi di attuazione. La concreta decisione dell'attuazione, quindi la operatività del Piano, va affidata per intero agli operatori, in quanto tecnici. Non è possibile che i comitati di gestione delle USL siano chiamati di nuovo a decidere su ciò che già è deciso all'interno del Piano e all'interno del bilancio di attuazione del Piano. Se il bilancio corrisponde al Piano, questo corrisponde agli obiettivi che si vogliono realizzare. Questo è il meccanismo fondamentale. Altrimenti, secondo la mia esperienza di gestore di una USL, si finisce con l'essere impegnati a decidere delle ferie di un infermiere o di un medico e se un primario deve andare o meno ad un congresso, quando è il capo del personale che può disporre in tal senso, trattandosi di diritti acquisiti dei lavoratori. Se ad un operatore spettano ferie, il comitato di gestione non può certamente decidere il contrario. Tutto ciò spetta alla managerialità, ma alla vera managerialità, che non deve controfirmare le delibere del comitato di gestione; ognuno deve fare la sua parte e, quindi, le decisioni politiche sono del comitato di gestione mentre l'attuazione di tali decisioni spetta all'operatore, posto che vi sia una capacità reale. Purtroppo, in certe condizioni non è così.

**LOIACONO.** Vorrei fare qualche piccola integrazione a quanto ha or ora detto dal collega De Logu.

Per quanto riguarda l'ISPE, rispondendo anche ad una domanda rivolta in precedenza, desidero dire che non ha poteri di intervento, in quanto come organo programmato-

re ha una funzione puramente consultiva, e direi anche che è consultiva non *ex sponte sua*; cioè l'ISPE deve essere adito, altrimenti non ha possibilità di far arrivare la sua voce, laddove si presume che vi siano problemi di pianificazione. Attualmente l'ISPE è coinvolto nella formazione del secondo Piano a medio termine, in quanto il primo, presentato dal ministro La Malfa, è rimasto — se posso dire così — solo «cartaccia». Anticipando quelle che saranno direttive ancora non pervenuteci, ci stiamo occupando di una ricognizione della problematica dell'esistente nel settore sanitario.

Prima di affrontare i problemi specifici dei farmaci, a proposito del personale vorrei fare una rettifica. Non ho parlato di sprechi quando ho citato la voce «personale», ma ho parlato di questa voce come di una delle maggiori responsabili della crescita della spesa sanitaria e come di quella che offre la contraddizione di essere la più controllata e la meno governabile per le ragioni dette. A parte questo, in risposta alla precisa domanda su come rimediare alla espansione incontrollata della spesa per il personale, rispondo premettendo, come ho già detto poc'anzi, che il peggiore danno che possiamo riscontrare, nella riflessione critica sulla riforma sanitaria, è quello della frammentazione dei problemi. Una delle peculiarità della legge di riforma è quella di aver avuto una lettura, e di aver prospettato un intervento, globale, grosso modo anche unitari, in tutta la problematica della tutela della salute. Ora, per quanto riguarda la spesa del personale, a distanza di cinque anni dall'inizio dell'attuazione della riforma, non mi sentirei di valutare in termini retributivo-monetari la congruità o meno del personale, mentre, al contrario, mi sentirei molto di più di valutare il prodotto di quella che deve essere l'attività del personale, vale a dire la qualità delle prestazioni. A questo punto, a mio avviso, due sono gli elementi fondamentali che devono giocare in modo che, di fronte ad una remunerazione, cioè ad un costo pubblico, corrisponda una prestazione adeguata. Un elemento è quello di curare l'aggiornamento professionale e, di conseguenza, anche la specializzazione del personale, che spesso

non è quella che risulta da certi titoli. Non dimentichiamo che negli Stati Uniti, un paese dove c'è un'alta formazione universitaria, lo *slogan* corrente è che dopo sei anni le conoscenze mediche sono pressochè obsolete. Il secondo elemento è quello della mobilità del personale stesso e il discorso investe non solo il personale medico, ma anche quello paramedico. In questa ottica di considerazione generale del personale, per quanto riguarda l'adempimento, le sue funzioni sono prescritte in termini generali dalla legge di riforma, poi dal Piano sanitario nazionale e, infine, dai Piani regionali. Ebbene, in questo senso stiamo facendo passi indietro. Faccio l'esempio tipico dell'ultima convenzione, la quale ha soppresso l'obbligo per il medico dei cosiddetti protocolli terapeutici. Il che significa che il medico è completamente avulso dalla responsabilizzazione della prescrizione farmaceutica. Il problema non è solo di costo, ma è anche di farmaci e passeremo a vedere subito il significato di farmaco inutile o dannoso.

Vorrei concludere le mie osservazioni sul personale, dicendo che esiste già una bozza di Piano sanitario nazionale, che non circola ancora in forma ufficiale, di cui però possiamo parlare in quanto ne esiste già un testo stampato. Ho avuto solo ieri la bozza e ne ho potuto fare soltanto una sommaria lettura, però mi sembra di poter dire che corrisponde in buona parte a quelle che sono le nostre aspettative ed anche alle esigenze che sono state formulate questa sera, sia in sede di domande che in sede di risposte. Per esempio, partendo fermamente dall'assunto della legge n. 833, la quale enuncia una politica sanitaria che si articola su tre obiettivi fondamentali, quali l'assistenza materno-infantile, la medicina del lavoro e l'assistenza agli anziani, la prima preoccupazione del Piano è di imporre la creazione di quelle strutture fisiche decentrate che sono i presupposti della medicina di base e primi fra tutti i distretti sanitari; in questo ambito, la preoccupazione è di cominciare a gettare le fondamenta (e non è facile farlo in poco tempo) di quelli che sono i parametri valutativi delle prestazioni a cui seguono anche le collocazioni professionali e ultima, ma non ultimis-

sima, anche la remunerazione. Questa parte del Piano è affidata al legislatore ed è quella che sarà oggetto di discussione per essere convertita in legge. Questi sono gli snodi sui quali, a mio avviso, bisogna intervenire in termini legislativi e dicendo questo rispondo anche alla senatrice Jervolino Russo.

Passando all'argomento dei farmaci inutili o anche dannosi, vorrei affermare che l'inutilità accertata di un farmaco comporta spesso un danno dall'assunzione del farmaco stesso. Il cosiddetto indice terapeutico è dato dal rapporto tra l'effetto terapeutico e quelli che si chiamano effetti collaterali. Il rapporto positivo è, o dovrebbe essere, un criterio per ammettere un farmaco prima alla sperimentazione clinica e successivamente al consumo. Quali sono questi farmaci?

Per brevità dovrei rinviare a qualche pubblicazione, tra le quali ce ne è anche una curata da me, pubblicata nel 1980 e tuttora valida, nella quale vi è un elenco per categorie e per nomi, e della quale è stato pubblicato anche un ulteriore aggiornamento. Per consolarci, posso dire che questo problema non affligge solo l'Italia, ma anche altri paesi; tuttavia il peso sui consumi pubblici, cioè la convalida da parte dell'autorità pubblica, è purtroppo un fenomeno tipicamente italiano.

In tema di interventi correttivi, indubbiamente una risposta è d'obbligo dato il numero di critiche da me fatte all'inizio. Anche qui vorrei insistere sul carattere di globalità di qualsiasi intervento in quanto l'esperienza degli ultimi anni ha dimostrato che interventi frammentari su singole situazioni o addirittura su particolari gruppi di farmaci sono deleteri: anzitutto non raggiungono l'effetto desiderato, inoltre turbano equilibri e l'intera situazione. Del resto, la gestione del prontuario è un esempio lampante: noi ci troviamo con un prontuario che doveva essere selettivo e che invece provoca situazioni ancora più dannose in termini di spesa e di offerta in quanto i farmaci veramente inutili sono molti; basta pensare che nell'ultima edizione sono stati di nuovo inseriti gli estratti epatici, che per giudizio unanime erano stati aboliti, nonchè preparati come il cromaton, eccetera.

A questo punto è evidente che non esiste una politica del prontuario, ma un suo uso come strumento per riconvalidare quello che una registrazione ormai scaduta nel prestigio non riesce a tenere in vita in termini di validità.

Per quanto riguarda i rimedi, va detto che il problema più immediato è proprio quello del prontuario. Credo che la proposta formulata dal Ministro della sanità, di una pulizia radicale della fascia B, di un assottigliamento estremo della fascia A e di una riduzione della fascia C ai soli antibiotici la cui formula è inserita nel formulario galenico nazionale, sia l'unica via da seguire. Questa è una soluzione ovviamente politica alla quale si poteva arrivare in termini indolori alcuni anni fa. Si tratta di vedere se il costo di una eventuale disoccupazione, ossia di cassa integrazione per nuovi lavoratori che si aggiungerebbero a quelli esistenti, sia superiore o meno ai costi crescenti in termini finanziari per la spesa pubblica e anche ai costi per la salute. È un fatto scontato in tutti i paesi: più cresce l'offerta di servizi sociali e di beni nel campo socio-sanitario, più cresce la domanda. L'offerta è intesa per sopperire a stati di disagio non solo economico, ma anche psicologico, di *status* sociale: i farmaci vengono sempre più richiesti perchè più abbondantemente offerti. Tutto questo non comporta la drastica riduzione o amputazione dell'offerta di questi servizi, significa solamente un controllo rigoroso e una idoneità di questi servizi a perseguire i loro fini istituzionali.

Come dicevo, non bisogna dimenticare la globalità degli interventi. Si è arrivati a questa situazione perchè i prezzi sono aumentati per svariate ragioni: un primo aumento del 12 per cento vi è stato l'anno scorso; inoltre, una crescita dei prezzi è dovuta all'immissione sul mercato di farmaci già noti con alcuni ritocchi che ne permettono un elevato aumento di prezzo.

A questo punto vorrei dire che in Italia si è verificata un'enorme contraddizione che ci tiene prigionieri. L'aver adottato la direttiva CEE sulle modalità e le procedure di registrazione dei farmaci, infatti, fa sì che oggi in Italia non sia possibile alcuna valutazione

di merito: basta che un farmaco abbia la sua documentazione dal punto di vista formale, corrispondente ai requisiti che la CEE ha codificato: accentuando le sperimentazioni collaterali (oltre a quella tossicologica è stata introdotta quella genetica, costosissima e anche molto lunga) si sono così provocati notevoli aumenti dei costi e quindi dei prezzi. Però, poter valutare se un farmaco rispetto ad un altro analogo o meno, costituisce un vantaggio terapeutico è precluso dal momento che abbiamo sottoscritto questa direttiva. Devo dire che è veramente singolare — la direttiva risale al 1975 — che, mentre si preparava la riforma sanitaria, e i problemi dei farmaci erano molto seri, abbiamo sottoscritto una formula del genere, pur sapendo che in sede CEE permane a tutti i livelli il criterio dell'unanimità: non per nulla la Germania ha ritardato di cinque anni l'applicazione della seconda direttiva, essendosi rifiutata di sottoscriverla.

Dunque, a livello di autorizzazione, se non si rimuove questo ostacolo legislativo, c'è poco da fare: siamo costretti ad avere sul mercato questi farmaci. A questo punto, viva la funzione selettiva del prontuario! È questa un'altra motivazione per ribadire la dignità di questo prontuario, che la legge n. 833 ha voluto esplicitamente.

Per quanto riguarda i problemi specifici, senza dimenticare che cosa il farmaco deve e può essere, c'è il problema del prezzo. Vi sono esempi clamorosi di terapie sostitutive con farmaci con una formulazione di poco diversa rispetto ad altri che garantiscono vantaggi terapeutici irrisori o per lo meno non comparabili con la forte differenza di prezzo. L'esempio classico è quello dei prodotti antiulcera H<sub>2</sub> inibitori: il preparato più famoso (Zandac) e il suo analogo Ranidin hanno sostituito la cimetidina. In un articolo recentemente pubblicato su «Lancet» si sottolineava come in Italia la terapia antiulcera costa il 75 per cento di più che in Inghilterra proprio per questa mania di impiegare anche in fase di mantenimento i due preparati suddetti (il fatturato dello Zandac nel 1983 è stato di 101 miliardi). A questo punto vorrei rispondere ad una precisa domanda del Presidente sulla comparazione dei costi. Innan-

zitutto devo dire che quello della comparazione è uno dei problemi più difficili; salvo prodotti di tipo standardizzato, come le autovetture, è difficile arrivare ad una comparazione e ancora di più lo è in regime di prezzi pubblici amministrati, tenendo anche presente che il reddito medio *pro capite* italiano è di circa il 12 per cento inferiore a quello (sempre medio) degli altri paesi CEE. Come termine di confronto credo che valga poco quello con la situazione esistente in Inghilterra.

Con l'Inghilterra i confronti sono praticamente — secondo me — poco significativi. Gli antibiotici mediamente costano meno, però il ricorso alla terapia antibiotica è senz'altro un primato italiano che lì non esiste; mentre la grossa categoria dei cardiovascolari, che comprende anche dei prodotti definitivamente inutili, in Inghilterra (dove ce n'è un uso più massiccio) mediamente ha dei costi maggiori. Ci sono dei farmaci antitumorali — alcuni prodotti in Italia, altri importati dall'Inghilterra — i cui costi praticamente si equivalgono.

Ma il vero confronto (questa è un'analisi che feci tempo fa all'interno dell'Inghilterra stessa) è tra i costi di terapia. Per fortuna, da un'indagine dell'ultimo rapporto Censis, i consumatori italiani fanno uso del 50 per cento delle medicine che hanno in casa. Però, per quanto riguarda la prescrizione, i costi per cicli terapeutici sono in Italia più alti, perchè, laddove è possibile individuarli, o sono infinitamente più lunghi o si tratta di terapie improprie: è il caso degli antibiotici con cui si interviene frequentemente in malattie come l'influenza. Non sono un medico, ma credo che questo sia indiscutibile.

Da questo punto di vista, il confronto dei costi è molto difficile e — come risultato finale — anche scarsamente significativo. L'Inghilterra è ancora un paese da tenere presente, perchè lì si spende di più come proporzione del prodotto nazionale lordo per la salute; però la ricchezza dei servizi e gli stessi consumi farmaceutici sono più qualificati, più idonei e meno soggetti a sprechi, che non in Italia. Perchè tutto questo? Perchè c'è una politica dei prezzi che, con il classico empirismo inglese, abbandonata

ogni velleità impositiva, ma appoggiandosi su un sistema fiscale molto penetrante, severo e corretto (si pensi che il documento per determinare l'imponibile fiscale per tutti i cittadini inglesi è il conto bancario, cosa inconcepibile in Italia finora), stabilisce che il prezzo venga contrattato con il Servizio sanitario nazionale, che rappresenta l'80 per cento della clientela per l'industria farmaceutica.

Ogni paese ha le sue tendenze storiche. Intervenire sui prezzi oggi significa legare i prezzi ai costi reali per il Servizio sanitario, che è il principale cliente dell'industria farmaceutica, legarli con il costo terapeutico. In sede di revisione della commissione prezzi si è arrivati a questa proposta, che però non va ancora avanti, perchè comporta una decisione politica.

Vorrei dire che l'attuale metodo (ecco perchè si possono verificare dei salti tra farmaci con prezzi completamente diversi), premian- do il processo produttivo della materia prima, non ha nessuna facoltà o potere discrezionale critico verso i costi dei prodotti nuovi perchè messi a punto con processi cosiddetti innovativi. Per cui un farmaco, che si può riprodurre con un altro processo o con una salificazione diversa, può raggiungere un costo finale, se si aggiunge l'effetto moltiplicatore di alcuni fattori, che va alle stelle.

C'è un altro esempio: come vengono remunerati i prodotti delle multinazionali estere. Abbiamo in Italia un assurdo. Le spese di ricerca delle multinazionali estere vengono computate calcolando la spesa di ricerca come appare nel bilancio consolidato della casa madre. Se il bilancio della casa madre è il 10 o il 12 per cento del fatturato, questa percentuale viene assunta nella valutazione dei costi del preparato, senza tenere presente che nei prezzi di cessione delle materie prime ovviamente c'è la remunerazione della ricerca: è un fatto elementare. Per cui, per la multinazionale estera, questo fattore viene calcolato due volte.

A questo punto, il rimedio se si vuole è quello di assumere come parametro il costo per il servizio, riferito alla presumibile durata di un ciclo terapeutico.

Esiste un'altra soluzione: quella di tipo

francese, cioè arrivare a una liberalizzazione dei prezzi dei farmaci, ma con una contrattazione obbligatoria per la loro immissione nel prontuario. La Francia non ha prezzi inferiori a quelli italiani; il confronto dunque è impossibile o scarsamente significativo. Ci sono però due paesi dove si hanno regimi in materia ben diversi fra di loro: la Germania, dove addirittura tutto è libero e devono essere solamente comunicati i prezzi e la Francia, appunto, dove invece il prezzo di un farmaco per entrare nella lista della *Sécurité sociale* deve essere contrattato e dove gli aumenti vengono disposti e autorizzati dal Ministero.

C'è una situazione di crisi dell'industria farmaceutica francese, la quale accusa che, da quando è in carica il Governo socialista, gli aumenti concessi sono stati solo del 2 per cento e non ha quindi sufficienti risorse — a sua detta — per investire nella ricerca. Ambedue i paesi hanno prezzi superiori a quelli italiani, eppure la Francia è molto più vicina a noi come eravamo *ante* riforma. Il confronto dei prezzi dunque è scarsamente significativo, ripeto.

Noi ci siamo poi occupati di distribuzione in fase di lavori preparatori della riforma, quando si cercava ad ogni costo di ridurre i costi della distribuzione stessa. Attualmente i costi della distribuzione sono del 37,58 per cento, perchè il fatturato dell'industria è il 62,42 per cento del prezzo al pubblico netto.

Bisogna dire che questa percentuale dei costi di distribuzione non è tra le più elevate all'interno della Comunità europea; vi sono paesi che raggiungono anche il 40 per cento. Vi è, inoltre, l'esempio della Svizzera dove le remunerazioni dell'intermediazione sono flessibili.

In ogni caso, ci siamo fermati di fronte a due difficoltà. Innanzitutto, l'abolizione, o per lo meno la riduzione, dello sconto del farmacista (28 per cento); già quando era del 25 per cento esso ha suscitato proteste indecrivibili e minacce di serrata. In secondo luogo, la riduzione dello sconto ai grossisti che praticamente portava alla scomparsa di questa categoria che sopporta notevoli oneri finanziari.

Si era anche formulata l'ipotesi di utilizza-

re gli strumenti che la legge permette o permetteva; anzi la vecchia legge del 1953 indicava addirittura un acquisto diretto di farmaci e si era pensato di convertire tale acquisto diretto con una distribuzione presso le unità sanitarie locali. Credo non vi sia bisogno di spiegazioni per dire che, oggi come oggi, ciò è impossibile e che la distribuzione, per quanto riguarda gli oneri, deve rimanere così com'è.

**PRESIDENTE.** Ringrazio vivamente i nostri ospiti per i loro interventi; abbiamo assicurato loro tutto il tempo necessario per esporre gli argomenti, del resto molto interessanti.

Per quanto riguarda in particolare la tematica dei farmaci, questa era già venuta in discussione in questa Commissione e vi tornerà ancora, come uno degli aspetti nevralgici dell'intera materia. Personalmente, ritengo che bisogna guardarsi dall'accettare delle normative di tipo comunitario e poi, all'interno del paese, discriminarne eventualmente l'accettazione letterale tramite sistemi sul modello del prontuario terapeutico. Occorre che, in qualche modo, non si entri in conflitto con la normativa generale accettata dal nostro paese, indipendentemente da esigenze

particolari del prontuario del Servizio sanitario.

In questo senso la soluzione francese mi pare la più corretta perchè, ferma rimanendo la libera circolazione dei farmaci anche nel prontuario, viene ad indurre il concetto di una contrattazione libera fra Stato e fornitori e quindi una riduzione del prezzo. Ciò mi sembra in qualche modo più corretto; questo però è un problema di ordine generale che deve essere affrontato anche dalla Commissione, ma soprattutto in sede di elaborazione di quella politica generale sui farmaci che il Governo sta portando avanti.

Anche a questo proposito, vorrei dire ai cortesi ospiti che se vorranno inviarci un breve studio su tale argomento faranno cosa gradita alla Commissione.

Non facendosi osservazioni, dichiaro pertanto conclusa l'audizione.

Il seguito dell'indagine è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 19,30.*

---

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