

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

5^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Programmazione economica, bilancio)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI PUBBLICI

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 19 MAGGIO 1993

**Presidenza del Vice Presidente DUJANY
indi del Presidente ABIS**

INDICE

Audizione dell'assessore alla sanità della regione Veneto e di esperti in materia sanitaria

PRESIDENTE:

- ABIS (DC)	Pag. 17, 23, 30 e <i>passim</i>	BRAGA	Pag. 7, 9, 11 e <i>passim</i>
- DUJANY (Misto - Vallée d'Aoste)	3, 6	BUTTURA	3, 8, 9 e <i>passim</i>
CAVAZZUTI (PDS)	23	VERONESI	18, 34, 38
CREUSO (DC)	8, 9, 35	ZANETTI	22, 23, 29 e <i>passim</i>
GUALTIERI (Repubb.)	14, 15, 16 e <i>passim</i>		
PAGLIARINI (Lega Nord)	7, 8, 28 e <i>passim</i>		
PAVAN (DC)	7, 23, 33		
REDI (DC)	27		
REVIGLIO (PSI)	33		
ROSCIA (Lega Nord)	29, 33		
SPOSETTI (PDS)	8, 9, 11 e <i>passim</i>		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, l'assessore alla sanità della regione Veneto, Roberto Buttura, accompagnato dai dottori Gianpaolo Braga, Paolo Artico e Gianfranco Zanetti, e i professori Ernesto Veronesi e Mario Zanetti.

I lavori hanno inizio alle ore 15,50.

Presidenza del Vice Presidente DUJANY

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sulla situazione dei servizi pubblici.

Sono in programma oggi le audizioni dell'assessore alla sanità della regione Veneto e di due esperti in materia sanitaria, i professori Veronesi e Zanetti. Ascoltiamo in primo luogo i rappresentanti del Veneto.

Audizione dell'assessore alla sanità della regione Veneto

PRESIDENTE. Ringrazio l'assessore Buttura per la sua partecipazione ai nostri lavori. Questa audizione è stata richiesta dalla Commissione per approfondire la problematica della costante eccedenza della spesa corrente delle USL rispetto alle risorse destinate, attraverso il Fondo sanitario nazionale, al comparto della sanità. Vorremmo da lei indicazioni sulle cause di questa eccedenza e le possibili soluzioni.

BUTTURA. Desidero, signor Presidente, premettere che sono qui in veste di coordinatore delle regioni. Nel ringraziare la Commissione per l'invito a partecipare all'indagine conoscitiva sulla qualità dei servizi pubblici, desidero innanzitutto notare come l'argomento di tale indagine, con riferimento specifico al settore sanitario, sia di un'ampiezza tale da consentirmi soltanto alcuni rilievi. Ovviamente, sarò poi disponibile a rispondere a tutte le domande più specifiche che i membri della Commissione vorranno pormi.

Credo che la Commissione bilancio del Senato sia interessata ad affrontare in modo prioritario il problema del rapporto, a parità di servizi resi, tra il fabbisogno sanitario nazionale e le spese sanitarie. Come responsabile dell'organizzazione e della programmazione sanitaria della regione Veneto, nonché delle unità sanitarie locali che fanno riferimento a tale regione, posso dire che alcune delle difficoltà che oggi riscontriamo si sono manifestate già a partire dal 1978, anno di approvazione della riforma sanitaria con la legge n. 833. Ora le norme

del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dovrebbero ovviare ad una serie di problemi che hanno prodotto difficoltà di funzionamento delle strutture sanitarie pubbliche. Si tratterà, comunque, di modificare sostanzialmente i criteri finora seguiti in ordine al finanziamento della sanità all'interno del bilancio dello Stato.

Occorre prioritariamente rilevare che il finanziamento del Fondo sanitario nazionale è sempre stato sottostimato rispetto al fabbisogno reale, che avrebbe dovuto essere stabilito dal piano sanitario nazionale, che però non è mai stato approvato. Nei quindici anni che ci separano dall'approvazione della riforma sanitaria, il Parlamento non ha mai approvato questo piano, vale a dire l'elemento fondante sul quale lavorare per stabilire il fabbisogno.

Peraltro, la sottostima del fabbisogno operata di anno in anno dai documenti contabili dello Stato è sempre stata basata sulla spesa storica delle varie regioni. Il risultato ottenuto è sempre stato, secondo noi, francamente discutibile ed in alcuni casi, ha frenato, nello sforzo di offrire servizi efficienti ai cittadini, proprio le regioni più organizzate che quelle meno organizzate. La sottostima del fabbisogno, nella consapevolezza fin dall'inizio che la spesa sarebbe stata maggiore, ha comportato regolarmente il ricorso a manovre di ripiano del *deficit* attraverso una serie di artifici contabili o con l'integrazione delle risorse finanziarie. Nei fatti alcune regioni più responsabili e più attente ad evitare lo sfondamento dei tetti finanziari hanno cercato di contenere la spesa, mentre altre regioni si sono comportate in modo diverso. Nella realtà si è verificato che molte regioni, e al loro interno le USL, sapendo che alla fine di ogni anno si sarebbe andati al ripiano del debito attraverso prestiti contratti dallo Stato o per mezzo di liquidità raccolta nei modi più diversi, anziché puntare sulla realizzazione o sul miglioramento dei servizi da offrire ai cittadini, si sono «afflosciate» confidando in questo meccanismo para-assistenziale. Ovviamente, ciò non è avvenuto in modo indiscriminato: molte regioni hanno cercato di operare investimenti, ma certamente l'assenza di responsabilità e di autonomia ha fatto sì che pochissime realtà puntassero su meccanismi positivi per mantenere la spesa sanitaria all'interno dei tetti fissati pur nel quadro di un miglioramento dei servizi.

La sottostima del fabbisogno del Fondo sanitario nazionale ha dato luogo ad una serie di altri problemi che non sono stati mai affrontati in modo compiuto. I rinnovi contrattuali, un tempo recepiti da leggi dello Stato, i rinnovi delle convenzioni ed altre forme di spesa delle regioni e delle unità sanitarie locali non hanno mai costituito elementi sui quali fondare, a scadenze determinate, il fabbisogno indicato dai vari bilanci.

C'è poi da dire che le modalità di riparto del fondo tra le regioni non hanno considerato gli obiettivi da raggiungere. In assenza del piano sanitario nazionale, che avrebbe dovuto fissare gli obiettivi della sanità italiana, si è introdotto un meccanismo distorto e perverso, basato sulla spesa storica, che ha frenato le regioni più organizzate. Introducendo tale meccanismo in modo indifferenziato si è resa per così dire storica una organizzazione che comunque non aveva prospettive di miglioramento, senza peraltro favorire la realizzazione, attraverso risorse consolidate, di strutture sanitarie e sociali rispondenti ai bisogni della popolazione.

È stata questa la situazione del passato ed è giunta l'ora di voltare pagina, anche se si sarebbe dovuto farlo prima. Noi come regioni riteniamo che l'attuale Ministro della sanità abbia recepito i nostri orientamenti in materia sanitaria, che per noi rimane il problema dei problemi.

Inoltre le regioni hanno sviluppato alcune riflessioni sul loro operato. Nel momento in cui chiediamo il rispetto delle competenze che ci sono attribuite dalla Costituzione, il rispetto del ruolo che ci spetta come istituzioni di primo livello; nel momento in cui rivendichiamo l'autonomia, siamo consapevoli che questa non può essere scissa dall'assunzione di responsabilità. Sarebbe troppo comodo scaricare sul Governo centrale anche carenze che si registrano a livello regionale; è questo un elemento che abbiamo rappresentato al nuovo Ministro della sanità, ma che abbiamo affrontato in modo serio e sereno anche fra noi.

Consideriamo positivamente l'avvio del rapporto con il nuovo Ministro, rapporto che a nostro avviso deve essere basato sul riconoscimento pieno delle competenze delle regioni. Come saprete, abbiamo proposto ricorso alla Corte costituzionale in relazione ad alcuni articoli del decreto legislativo n. 502 che, a nostro avviso, ledono l'autonomia e la competenza delle regioni. Crediamo che una serie di obiettivi fondamentali debba essere realizzata nel prossimo futuro, non solo e non tanto per quanto riguarda la spesa corrente - anche se a questo proposito occorre approfondire le questioni della trasformazione delle USL in aziende e della modifica del rapporto di lavoro da pubblico a privato - ma anche attraverso l'introduzione di meccanismi di fatturazione e di mobilità sanitaria tra le regioni e all'interno della stessa regione, per poter verificare veramente la qualità dei servizi e individuare fra gli stessi quelli utili ai cittadini e quelli invece che devono essere riorganizzati o eliminati. Occorre che il sistema sanitario realizzi l'obiettivo di fornire assistenza ai cittadini, evitando di sostenere sostanzialmente solo gli operatori del settore.

Anche per la parte corrente, certo importante, è necessario rivedere i meccanismi di contabilità finora utilizzati, che hanno costituito elementi di freno rispetto alle pur lodevoli intenzioni degli amministratori di realizzare rapidamente interventi utili alla popolazione. A questo proposito riteniamo positive alcune norme del già ricordato decreto n. 502, che crediamo debbano essere attuate quanto prima.

Infine, per migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini, è necessario intervenire sul versante degli investimenti. In questi anni, che certo non hanno visto grandi realizzazioni, gli investimenti sono stati operati in particolar modo nel quadro fissato dall'articolo 20 della legge finanziaria del 1988, di cui ho avuto modo di parlare la settimana scorsa in sede di audizione sul decreto-legge 8 aprile 1993, n. 101. Tale articolo costituisce l'elemento portante di una manovra che dovrebbe consentire alle regioni con sufficienti strutture sanitarie di migliorarle razionalizzandole, e alle regioni carenti sotto questo profilo di dotarsi delle necessarie strutture così da portare la qualità del sistema sanitario pubblico ad un livello medio, che in futuro dovrà certamente essere migliorato.

Desidero esprimere un'ultima considerazione, sempre con riferimento agli investimenti, a proposito della legge 5 giugno 1990, n. 135,

recante interventi contro l'AIDS. Le regioni hanno richiesto - e speriamo che questa richiesta vada velocemente a buon fine - la modifica dei criteri che sono alla base dell'approvazione di quella legge, in quanto a tre anni di distanza non siamo ancora riusciti a realizzare alcunchè. Anche in questo caso, per essere coerente e chiaro fino in fondo, devo ricordare che le regioni e le unità sanitarie locali hanno qualche responsabilità, perchè non sempre sono uno specchio di efficienza e di brillantezza amministrativa. Si tenta però di ripulire questo specchio sporco sostenendo che le opere non vengono realizzate perchè lo Stato non dà i soldi. È il classico esempio del cane che si morde la coda. In questo modo non si riesce ad uscire da una logica perversa che rende estremamente difficile l'individuazione delle responsabilità. Credo sia questo il quadro dei problemi.

Vorrei ora entrare brevemente nel merito delle questioni relative alle strutture ospedaliere. Mentre in alcune regioni si avverte l'esigenza di diminuire i posti letto e di diversificare le strutture sanitarie attraverso l'introduzione del *day hospital* (peraltro già disciplinata normativamente), in altre regioni si sente invece pesantemente la carenza di posti letto e di qualificazione delle strutture sanitarie, in particolar modo ospedaliere, per quanto concerne le specializzazioni, le emergenze e le urgenze medico-chirurgiche. Ci sono poi regioni più organizzate e altre che lo sono meno, regioni che hanno realizzato, completamente o quasi, reti di servizi territoriali di buona qualità, mentre altre sono fortemente in ritardo e vanno quindi aiutate, ma certo non in termini assistenziali. Come dicevo, occorre rompere una spirale che ha fatto sì che il sistema, anzichè fornire assistenza ai cittadini, abbia finito con il sostenere gli operatori del settore e gli enti convenzionati.

Dobbiamo cominciare allora a ragionare in modo molto serio, consapevoli dell'entità delle risorse e del fatto che le regioni dal 1992 debbono coprire interamente il proprio fabbisogno sanitario. Sapendo che questo meccanismo introduce esigenze di razionalizzazione della spesa, nel contempo dobbiamo cercare di realizzare un miglioramento dei servizi sanitari e sociali da offrire ai cittadini. È questo un obiettivo estremamente complesso che a nostro avviso non può venire realizzato nei tempi previsti dal citato decreto legislativo n. 502. Riguardo a tale decreto, infatti, come avviene per molte altre leggi italiane, si è peccato di eccessivo ottimismo per quanto concerne la sua applicazione. Occorrerebbe invece maggiore realismo e andrebbe tenuto conto del fatto che le regioni intendono salvaguardare la legge 23 dicembre 1978, n. 833, una legge fondamentale dello Stato; andrebbe tenuto conto del fatto che le regioni intendono continuare a guardare alla sanità come ad un elemento primario, come a un caposaldo, naturalmente introducendo meccanismi forti che innovino la gestione dei servizi sanitari. Dobbiamo comunque sapere che ci rivolgiamo a cittadini fortemente e profondamente consapevoli dei propri diritti. Ad essi dobbiamo dare una risposta che traguardi l'attuale momento, in vista del 2000 che sta velocemente arrivando.

PRESIDENTE. La ringrazio, assessore Buttura, per la sua esposizione e lascio la parola ai colleghi che desiderano rivolgere delle domande.

PAGLIARINI. Ho molto apprezzato, assessore Buttura, il fatto che lei abbia affermato che i meccanismi di contabilità delle USL costituiscono un freno per la loro attività. Mi sono piaciuti meno, invece, i molti colleghi che non si sono uniti alla mia battaglia tesa a cambiare la contabilità pubblica, dei comuni, delle USL e via dicendo. Il decreto delegato n. 502 prevede, a partire dal prossimo 1º gennaio, l'obbligo di adottare una contabilità analitica. Tale innovazione dovrebbe essere già in fase di preparazione, pena la mancata applicazione dal 1º gennaio 1994. Per quanto a vostra conoscenza, che cosa stanno facendo le regioni per prepararsi a questo appuntamento?

C'è poi un altro aspetto che gradirei fosse chiarito. Lei sostiene l'esigenza della trasformazione del rapporto di lavoro da pubblico in privato. Io sono d'accordo con lei. Qualora tale trasformazione avvenisse, i lavoratori interessati sarebbero posti a carico dell'INPS, che, giustamente, pretenderebbe le riserve matematiche per le pensioni, essendo altrimenti costretto a chiudere baracca. Avete fatto un calcolo, con riferimento alle singole regioni, del nuovo buco che in questo modo verrà ad aprirsi nel bilancio dello Stato?

BRAGA. Per quanto riguarda l'attuazione delle nuove norme di contabilità, il decreto n. 502 prevede un apposito decreto ministeriale, attualmente in fase di definizione. Al momento c'è solo una proposta tecnica, elaborata nell'ambito dei Ministeri della sanità e del tesoro, alla quale, come regioni, stiamo cercando di dare il nostro apporto così da riuscire a mettere a punto un piano di conti gestibile con un'ottica di tipo aziendalistico. Per il 9 giugno prossimo abbiamo in programma un incontro interregionale per definire uno schema di contabilità che eviti di riproporre, come ogni tanto avviene da parte di qualche componente dei Ministeri, meccanismi superati, non legati alla valutazione della economicità dell'intervento ma alla vecchia logica dei bilanci di previsione.

Non ho compreso la seconda domanda del senatore Pagliarini, al quale chiedo la cortesia di formularla nuovamente.

PAGLIARINI. Volevo semplicemente dire che, se il rapporto di lavoro è di natura pubblica, lo Stato non accantona riserve matematiche. Qualora il rapporto divenisse di tipo privatistico, i lavoratori passerebbero in gestione all'INPS, che giustamente, per pagare le pensioni, pretenderebbe queste riserve matematiche per evitare l'instaurarsi di un nuovo *deficit*. Questo infatti è avvenuto per le Ferrovie dello Stato e le aziende del Monopolio.

PAVAN. Non passano all'INPS, restano a carico del proprio istituto previdenziale. L'ente paga un contributo annuale per il fondo liquidazioni e quindi oggi l'INADEL e in futuro l'istituto che si sta costituendo in base al recente decreto-legge, pagando un contributo annuale in percentuale sul trattamento economico, non è tenuto al versamento all'INPS delle riserve matematiche. Lo stesso avviene per le pensioni.

Invece le pensioni concesse dalla Cassa per le pensioni ai dipendenti degli enti locali e le indennità di fine rapporto erogate

dall'INADEL, verranno in futuro liquidate dall'INPDAP, il nuovo istituto previsto dal decreto-legge 19 aprile 1993, n. 110, (atto Senato n. 1293), cui poc'anzi mi sono riferito.

PAGLIARINI. Per quanto concerne il sistema di contabilità, avevamo presentato alcuni emendamenti, fortemente innovativi, al decreto legislativo n. 502 del 1992. Per una sostanziale riorganizzazione delle unità sanitarie locali e quindi del sistema sanitario, avevamo proposto una contabilità parametrata a quella delle aziende private.

BUTTURA. In linea con la delega!

PAGLIARINI. Certo, ma ciò che avevamo proposto non è stato accolto interamente, perchè all'interno del decreto vi è un po' di tutto.

CREUSO. Abbiamo avviato questa indagine conoscitiva - lo ricordo soprattutto a noi parlamentari, ma anche all'assessore Buttura e ai suoi colleghi delle altre regioni - a causa di talune difficoltà che abbiamo riscontrato nell'esame delle singole disposizioni finanziarie relative al trasferimento di risorse alle regioni o comunque all'atto del passaggio alle stesse di talune competenze e quindi con lo scopo di individuare il modo di acquisire le risorse necessarie.

Il collega Pagliarini mi ha anticipato ponendo il quesito relativo all'aggiornamento del sistema di contabilità e pertanto non lo riproporrò. Vi è però un'altra domanda sulla quale gradirei un'esauriente risposta da parte dei rappresentanti delle regioni, visto che a livello centrale non siamo riusciti ad ottenere dati definitivi. Oggi non sappiamo quante regioni hanno approvato i loro conti consuntivi degli anni passati. In altre parole, non conosciamo l'entità del debito pregresso del servizio sanitario nazionale. A mio avviso, ciò è pregiudiziale anche rispetto al nuovo sistema di contabilità, perchè non conoscendo l'ammontare del *deficit* totale pregresso appare ben difficile riuscire ad istituire un sistema di contabilità nuovo ed aziendalistico, tale da consentire una migliore gestione della sanità.

La conoscenza di dati definitivi circa i consuntivi della spesa sanitaria regionale, nonchè dei motivi per cui le regioni ne hanno ritardato l'approvazione, risulta estremamente necessaria in questo momento di passaggio tra il vecchio e il nuovo sistema in quanto si incontrano numerose difficoltà quando si cerca di individuare il soggetto che deve sobbarcarsi le passività dei conti consuntivi degli anni passati.

BUTTURA. Debbo riconoscere con sincerità che si tratta di un altro punto dolente per il quale può essere individuata una responsabilità delle regioni. Non credo sia giusto elencare in questa sede i buoni e i cattivi. Personalmente posso citare l'esperienza del Veneto. Noi abbiamo già approvato tutti i consuntivi fino al 1991 e pensiamo di poter approvare quello relativo al 1992 entro la prossima estate.

SPOSETTI. Qual è il dato più significativo che emerge da questi consuntivi?

CREUSO. Qual è la discrasia tra preventivi e consuntivi?

BUTTURA. La discrasia esistente tra preventivi e consuntivi è imputabile all'errata individuazione del fabbisogno e dei trasferimenti delle risorse alle regioni, soprattutto per quanto riguarda la spesa sanitaria. Questa è sufficientemente contenuta nel Veneto, per cui sarà possibile procedere ad una revisione del nostro sistema sanitario. È all'esame del consiglio regionale veneto una normativa concernente il riordino dell'organizzazione ospedaliera, che, a mio avviso, potrà essere approvata entro la prossima estate. Non vi è alcun dubbio sul nesso esistente tra la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi e il contenimento della spesa, che riteniamo debbano andare di pari passo, nella convinzione però che la prima esigenza sia prioritaria rispetto alla seconda.

Per quanto riguarda le altre regioni - non voglio riferirmi a nessuna in modo particolare - so con certezza che ve n'è una che non ha mai approvato un bilancio consuntivo e a maggior ragione quelli riguardanti il servizio sanitario. Vi sono poi alcune regioni che non hanno ancora inviato alla Corte dei conti i consuntivi del 1985 relativi ad alcune unità sanitarie locali.

Ritengo che tale situazione sia il risultato di un perverso meccanismo instauratosi a causa della mancata definizione del piano sanitario nazionale, nonché dell'assenza di una effettiva responsabilizzazione delle regioni e delle USL, da realizzarsi attraverso una revisione dei ruoli e delle competenze che debbono essere loro attribuiti. È questo il vero problema.

Ovviamente, tale situazione non riguarda tutte le regioni, ma solo una loro minoranza.

BRAGA. Al fine di una maggiore distinzione tra consuntivi e rendiconti, faccio presente che tutte le regioni sono in grado di fornire le risultanze contabili al 31 dicembre 1992.

Il problema riguarda invece i consuntivi, come diceva l'assessore Buttura, perchè, per la loro approvazione, vi è una procedura molto complessa, legata al ripiano dei disavanzi, che prevede anche l'esame della Corte dei conti. La complessità delle procedure ha fatto sì che alcune regioni non abbiano ancora approvato i consuntivi relativi agli anni 1985 e 1986.

Quindi, il problema diventa complesso nel momento in cui, analizzando la documentazione concernente il ripiano dei disavanzi, si valutano gli iter procedurali relativi all'esame da parte della Corte dei conti.

Desidero infine osservare che alcune regioni si sono mosse, ad esempio, nella direzione di accelerare il processo di assunzioni, utilizzando per il 1990 risorse proprie previste nei bilanci. Qualche altra regione non lo ha fatto e ciò ha comportato la mancata conclusione dell'iter procedurale. La mia non vuole essere una scusante ma una semplice spiegazione di come l'adozione delle procedure abbia potuto portare a situazioni diversificate nelle varie regioni.

SPOSETTI. Non sono particolarmente appassionato alla discussione sulla sottostima del Fondo sanitario. Naturalmente non pretendo una

sua valutazione perchè capisco che questo non rientra nelle sue competenze, ma ciò mi serve per fare una premessa e per porre una serie di domande.

La sottostima del Fondo è diventata un alibi sia per il Governo sia per le regioni; queste ultime sanno che tanto alla fine il Governo interverrà; il Governo, dal canto suo, sottostima il Fondo sanitario perchè ciò gli consente di presentare a settembre al Parlamento un conto in pareggio, senza preoccuparsi di quanto potrà accadere. In questo modo siamo arrivati alla situazione attuale: le regioni non intervengono nè direttamente nè sollecitando le unità sanitarie locali, che pertanto non si sentono in dovere di inviare i conti consuntivi puntando sul fatto che poi alla fine altri stanziamenti verranno erogati.

Lei ha fatto riferimento all'incontro con il nuovo Ministro della sanità. Il giorno dopo i giornali hanno pubblicato la notizia - smentita dal Ministro - della sottoscrizione del fondo per il 1993 (circa 12.000 miliardi) e di ulteriori 4.000 miliardi per il 1992. Queste sono le cifre riportate dai giornali, anche se - lo ripeto - il Ministro, interrogato in proposito, le ha smentite. A suo giudizio, nell'ipotesi di ulteriori 10.000 miliardi di fabbisogno, ciò sarebbe imputabile a decisioni del Parlamento nazionale che hanno determinato un ulteriore aggravio nelle spese o a inadempienze delle regioni?

Seconda domanda. Da un documento che c'è stato presentato alla fine di marzo, quando abbiamo ascoltato il ragioniere generale dello Stato e un dirigente del Ministero della sanità, risulterebbe che le responsabilità sono tutte delle regioni. Si parla di contrattazioni a trattativa privata effettuate dalle USL (per l'acquisizione gratuita del comodato di apparecchiature di analisi), le quali poi hanno comportato la fornitura di accessori e la realizzazione di alcune strutture ospedaliere, e che, partendo da una base minima, sono andate avanti anche per trent'anni, arrivando ad una quasi decuplicazione delle spese. In base alla sua esperienza, a quali ragioni è addebitabile la situazione determinatasi? Progetti errati, strutture sovradimensionate, mancati accordi per il trasferimento delle risorse tra il Ministero e le regioni?

Sempre nel documento che ho ricordato sono esposte alcune considerazioni che riguardano l'attività istituzionale, l'attività strumentale e la gestione del personale. Dell'attività istituzionale in parte abbiamo parlato riferendoci all'approvazione del bilancio e dei rendiconti. Mi piacerebbe sapere se per caso i problemi attuali sono dovuti alla mancanza di controlli, alla mancata applicazione di alcune norme, o ad altre cause.

Gradirei inoltre la sua valutazione sulla spesa farmaceutica della regione Veneto, collegata ad una considerazione globale sulla spesa nazionale in questo settore. Ritengo che la spesa farmaceutica costituisca un punto dolente nell'ambito della spesa complessiva del comparto sanitario, che dagli attuali 100.000 miliardi sembra destinata ad aumentare.

Per quanto riguarda la spesa per il personale, si tratta di un problema delle regioni, non ricollegabile soltanto ai contratti. Non è così; sappiamo tutti che le spese per il personale non derivano dal contratto ma da altri fattori.

BRAGA. Dai contratti derivano maggiori oneri.

SPOSETTI. Ma i maggiori oneri sono una cosa, le maggiori spese per il personale un'altra, essendo collegate agli inquadramenti e all'utilizzo del personale, per cui sarebbe sufficiente gestire il personale in modo diverso. Al riguardo ci sono delle illegittimità documentate da parte del servizio. In particolare vorrei sapere se lei concorda con quanto considerato nel documento consegnatoci dai rappresentanti della Ragioneria generale oppure se è di diverso avviso.

Concludendo, desidero esprimere apprezzamento per alcune sue valutazioni, che considero molto positive, in ordine all'applicazione delle nuove norme e allo sforzo di cambiamento che queste richiedono a tutti. Insomma, è tutta colpa del legislatore che produce norme che determinano una situazione di ingovernabilità nella sanità oppure bisogna compiere uno sforzo per venire fuori da questa situazione? Se ho ben compreso, lei sostiene la necessità di compiere uno sforzo e in questo scenario va ricercato lo scopo di queste audizioni, che sono appunto il tentativo di capire che cosa va modificato e che cosa si può fare.

Presidenza del Presidente ABIS

(Segue SPOSETTI). Lei sa che noi non abbiamo condiviso tutte le operazioni che in materia sanitaria sono state condotte da settembre a dicembre. Riteniamo infatti che esse abbiano arrecato ulteriori danni al sistema sanitario. Abbiamo cercato di documentare che altri erano i settori da colpire e diversi gli interventi da adottare da parte del Parlamento.

BUTTURA. Per rispondere alle sue domande, partirò da dove avevo concluso il mio precedente intervento. La sottostima del fabbisogno è un argomento che ha riempito pagine e pagine, in primo luogo perchè ha effetti «a cascata». Posso citare l'esempio della regione Veneto: abbiamo deciso di operare sul bilancio regionale in modo rigoroso, ma questi intendimenti si scontrano oggettivamente con le esigenze delle unità sanitarie locali, che fanno resistenza attraverso i propri organismi tecnici, contestando i meccanismi con i quali si arriva a determinare il riparto regionale. Lo fanno, per esempio, utilizzando lo strumento della conferenza dei sindaci che - almeno stando alla mia esperienza - costituisce una vera e propria iattura; i sindaci infatti, non avendo alcun tipo di responsabilità, né di carattere contabile, né di carattere gestionale, alla fine esprimono un parere negativo sul bilancio con la motivazione che la gente chiede che i servizi rimangano come sono. Poichè a seguito della riorganizzazione ospedaliera si prevede una serie di riconversioni - non di tagli - di strutture socio-assistenziali e sanitarie che non riescono più a reggere alla prova del tempo, si sono formate già

decine di comitati di cittadini e di associazioni mediche e «miniconferenze» dei sindaci che contestano i criteri di riconversione che stiamo mettendo in atto. A volte ho l'impressione che, dopo il 5 aprile, la gente voglia, più che un effettivo cambiamento del meccanismo culturale e politico, più che una modifica globale della pubblica amministrazione, un semplice cambiamento degli interlocutori, per far rimanere tutto come prima, ragionando per categorie, per famiglia, addirittura a livello personale, così ricomponendo un quadro di riferimento non diverso da quello cui siamo abituati.

Svolgo queste riflessioni perchè o introduciamo - ne sono profondamente convinto - meccanismi che comportino una assunzione di responsabilità certa, in modo che ogni amministratore conosca la cifra sulla quale può contare e operi in modo da non superarla, oppure corriamo il rischio che nel giro di cinque o sei anni si sviluppino nella pubblica opinione, specie tra i cittadini meno avvertiti, tendenze che portino ad appaltare o a delegare in modo selvaggio ai privati una funzione fondamentale della società civile, qual è la tutela della salute pubblica.

Sempre a proposito della sottostima del fabbisogno, non c'è alcun dubbio che nel passato si sia verificato un certo scaricabarili che alla fine ha premiato tutti, anche se non allo stesso modo. Infatti, le regioni più organizzate, proprio perchè la spesa storica è rimasta tale, non hanno potuto impegnarsi maggiormente e meglio nella logica del miglioramento dei servizi, mentre la sottostima ha costituito per le regioni meno organizzate una sorta di alibi per la loro incapacità di migliorare l'assistenza e di introdurre meccanismi, culturali prima che politici, di assunzione di responsabilità. Ovviamente, non è pensabile affrontare simili problemi solo dal punto di vista sanitario, considerato che non è possibile che in uno Stato funzioni a perfezione soltanto il sistema sanitario. Il problema, più correttamente, va inquadrato in un contesto di progresso generale della società civile. A mio avviso, è giunto il momento di dire basta al balletto delle sottostime, partendo da alcuni dati di fatto ormai a tutti chiari.

In relazione al riferimento del senatore Sposetti al bilancio del 1992, richiamo l'accordo tra lo Stato e le regioni per effetto del quale il primo ha riconosciuto l'intervenuta sottostima del fabbisogno in ragione di 4.000 miliardi di lire. Pertanto, si pone ora il problema di individuare per il 1992 meccanismi finanziari atti a garantire alle regioni la copertura dell'effettivo fabbisogno. Per il 1993 è assodato che le regioni in ogni caso debbono far quadrare i bilanci delle unità sanitarie locali. La regione Veneto ha presentato un bilancio in pareggio. Ovviamente non è soltanto un problema contabile e infatti, per attuare tale risultato, abbiamo fatto riferimento ad interventi di razionalizzazione interna e non alla previsione di forme strane di mantenimento del servizio pubblico, come avveniva precedentemente, oppure a tagli indiscriminati delle convenzioni. Secondo noi, occorre innanzitutto fare pulizia in casa propria e poi chiederla anche agli altri.

Per il 1993 permane un elemento che voglio sottolineare di fronte alla Commissione: lo Stato ha determinato il fabbisogno in via provvisoria, in attesa del decreto che dovrà definire con precisione i

livelli di assistenza. In realtà, quella dei livelli di assistenza era un'indicazione talmente generica da poter significare tutto e il contrario di tutto. In seguito alla legge 23 ottobre 1992, n. 421, sono stati quantificati in circa 8.600 miliardi gli introiti di carattere fiscale attribuiti alle regioni da quest'anno. Tale previsione non sembra, allo stato dei fatti, trovare riscontro nella realtà, non perchè le regioni non abbiano applicato le norme previste da quel provvedimento, ma perchè si è operata una sovrastima degli introiti anzidetti.

Gli incontri in atto con il Governo riguardano in particolar modo questo aspetto.

SPOSETTI. Sono provvedimenti che dovete adottare o che sono stati già adottati?

BUTTURA. Sono stati adottati da tutte le regioni. La sovrastima nasce da una serie di fattori: in primo luogo, il Governo ha dettato queste disposizioni il 21 dicembre per il 31 dicembre; in secondo luogo, un ritardo in una serie di adempimenti di pertinenza dello Stato ha fatto slittare la partenza dei bollini, comunque esecrabili, al febbraio del 1993, con conseguente riduzione di due dodicesimi della relativa entrata. Nella Conferenza Stato-regioni ci siamo dichiarati d'accordo con il Governo per una verifica su questo particolare problema, nella consapevolezza che non si possono condurre battaglie contro i mulini a vento: le regioni devono presentarsi al tavolo della trattativa dopo aver conseguito un contenimento della spesa non con provvedimenti fiscali, ma con la razionalizzazione, di cui si parlava prima, della propria rete sanitaria.

Tuttavia, non c'è alcun dubbio che, anche se faticosamente e in modo parzialmente contraddittorio e difficoltoso, a partire dal 1992 questo processo di attribuzione di responsabilità, che ritengo estremamente importante e positivo, abbia iniziato a decollare. C'è ancora bisogno di qualche messa a punto, ma sono convinto che il meccanismo sia partito e che produrrà effetti positivi per tutti, per lo Stato, per le regioni e per le singole strutture sanitarie.

Per quanto riguarda i dati forniti dalla Ragioneria generale dello Stato, non ho difficoltà a dichiararmi d'accordo su alcune considerazioni, in quanto a volte si è amministrato in contrasto con i criteri della buona amministrazione. Malgrado la tendenza a generalizzare, la stampa ha reso noto situazioni che vanno affrontate in maniera radicale proprio in termini di buona amministrazione. Bisogna però aggiungere che a volte la buona amministrazione è stata frustrata dalle norme che regolano la pubblica amministrazione e dai meccanismi di contabilità, che a mio parere sono stati perniciosi da un punto di vista generale. A volte gli amministratori non sono stati all'altezza dei propri compiti; al riguardo, pur senza voler giustificare nessuno, ritengo doverosi alcuni distinguo.

Con riferimento alla spesa farmaceutica, limitando l'analisi a quanto avviene nella mia regione, posso dire che si stanno realizzando azioni di contenimento della spesa riferite anche alla qualità del servizio farmaceutico: la regione Veneto è l'ultima in termini di spesa *pro capite*, subito dopo vengono le province autonome di Trento e Bolzano.

Ricordo che la nostra regione, con una legge di accompagnamento alla legge finanziaria per il 1993, aveva previsto l'introduzione di un formulario farmaceutico (che non avevamo neppure definito «prontuario» per evitare le ire del Governo), che prevedeva la tipizzazione dei farmaci, ad uso dei medici di famiglia e della categoria in generale. Questa norma è stata però cassata dal Governo al momento dell'approvazione del bilancio della regione Veneto. Ho portato questo esempio per evidenziare come a volte agli sforzi delle regioni non corrisponda l'appoggio del Governo, che anzi frappone ostacoli.

Circa il lamentato ritardo nella costruzione di alcuni ospedali, e riferendomi alla mia regione, osservo che anche qui si registra il caso di un ospedale in costruzione da quindici anni. Tale ritardo non appare ascrivibile ad un errore di progettazione, che, se pure faraonica in quanto condizionata dall'epoca di ideazione, risulta tuttora valida. Pur considerando che negli anni '70 il riferimento per l'edilizia ospedaliera era la legge Mariotti, si può rilevare che, a fronte di una esigenza di 650 posti letto, ne sono stati progettati 800, talchè la sproporzione tra le esigenze e il progetto è poco significativa. La regione peraltro si è impegnata ad aprire un primo reparto dell'ospedale nel giro di due mesi per poi portarlo a pieno regime in due anni e a chiudere al contempo ben quattro altri ospedali. In tal modo realizzeremo da un lato il miglioramento dei servizi sanitari e dall'altro un risparmio nella spesa e una razionalizzazione nella dislocazione dei servizi. Per essere chiari, se all'epoca della progettazione dell'ospedale ne fossi stato il responsabile avrei fatto le stesse cose; ma io parlo quindici anni dopo, con l'esperienza che ne deriva.

Presso un'altra USL si sta costruendo un ospedale, di cui tra un anno dovrebbero essere aperti i primi reparti; l'entrata in funzione di questo ospedale - la cui costruzione è iniziata da circa sei anni - permetterà di chiuderne quattro, raggruppando i servizi in una sola struttura moderna, con stanze a due letti, con caratteristiche tali da assicurare il rispetto della dignità personale degli utenti, elemento, a mio avviso, importante.

Desidero infine rilevare come a volte la lentezza della realizzazione delle opere sia stata favorita dalla mancanza di certezza di risorse finanziarie: si iniziava la costruzione sapendo che sarebbero arrivati dieci miliardi subito, altri venti forse dopo, e così negli anni successivi, senza alcuna certezza delle complessive disponibilità finanziarie.

GUALTIERI. Per quanto riguarda la spesa di parte corrente sappiamo - secondo i dati forniti dalla Ragioneria generale e dalla Direzione della programmazione sanitaria - che dal 1988 al 1992 gli scostamenti tra preventivi e consuntivi ammontano a circa 50.000 miliardi. Sappiamo anche che, con varie leggi (l'ultima di poche settimane fa, per un importo di 26.000 miliardi), lo Stato ha autorizzato le regioni a contrarre mutui per il ripiano dei debiti. Le regioni però hanno sinora contratto mutui solo per 9.000 miliardi, sempre stando alle informazioni della Ragioneria generale. Ciò significa che c'è una posizione debitoria verso ditte e fornitori, pari a circa 40.000 miliardi. Gradirei a questo proposito informazioni sulla situazione della vostra regione.

Con riferimento alle spese per investimento, siamo a conoscenza del fatto - mi rifaccio sempre ai dati forniti dalla Ragioneria generale e dalla Direzione della programmazione sanitaria - che dei 30.000 miliardi stanziati nella legge finanziaria del 1988 non è stato investito praticamente niente.

BUTTURA. Sono stati investiti 900 miliardi.

GUALTIERI. Questo dato conferma che lo stanziamento è stato utilizzato in minima parte. Sappiamo altresì che al 31 marzo di quest'anno i nuclei di valutazione hanno approvato progetti per 17.000 miliardi di lire. A costo di farvi arrabbiare devo ricordare che per tali progetti non esiste praticamente alcun finanziamento.

BUTTURA. Ci sono 600 miliardi.

GUALTIERI. I 17.000 miliardi riguardano ben 1.100 progetti, riferiti a un po' tutti gli ospedali del paese. Alla caratteristica «a pioggia» delle richieste regionali deve essere opposta la constatazione della situazione drammatica, per quanto concerne i posti letto, di Roma, una città che, a fronte di 5 milioni di abitanti, ha strutture ospedaliere che non assicurano assistenza per neanche un milione di abitanti. E la situazione non è esplosiva soltanto a Roma, ma anche a Palermo, a Napoli, per non parlare di Reggio Calabria dov'è addirittura paurosa. Ritengo che in questa situazione regioni come l'Emilia-Romagna ed il Veneto non avrebbero dovuto avanzare richieste e che si sarebbe dovuto adottare il criterio di concentrare investimenti massicci nelle aree di crisi, attuando pochi ma importanti interventi.

Vorrei poi sapere come in sintesi si presenta la situazione degli investimenti nella vostra regione a proposito degli ospedali destinati ai malati di AIDS, per i quali non è stata impiegata neanche una lira dei 2.100 miliardi previsti, e inoltre quale consorzio di imprese dei tre autorizzati opera nel Veneto.

BUTTURA. Quello di Romiti. La FIAT.

GUALTIERI. Nel suo memoriale Romiti dice che, anche se non è stata impiegata ancora una lira, la FIAT, sui 500 miliardi di impegni che la riguardano, ha pagato tangenti per una ventina di miliardi. Qual è la situazione del Veneto e che notizie avete su questo aspetto particolare?

BUTTURA. Per quanto concerne il ripiano dei debiti pregressi, deve essere tenuto presente che la normativa al riguardo è stata approvata definitivamente solo nel gennaio scorso. Il Ministero del tesoro ora, insieme alle regioni, sta lavorando per definire le procedure burocratiche necessarie per rendere operativa tale normativa. Speriamo che entro il 1993 la regione Veneto possa riuscire a ripianare l'80 per cento dei debiti, perchè è questa la percentuale su cui possiamo contare. Credo che le altre regioni abbiano gli stessi nostri problemi. Questo è il

quadro della situazione, a prescindere dal maggiore o minore grado di efficienza delle singole regioni nella contrazione dei mutui.

Riguardo all'articolo 20 della legge finanziaria del 1988, cioè i famosi 30.000 miliardi, occorre essere chiari. Abbiamo presentato tutti i nostri progetti ed è in via di definizione un accordo fra le regioni per evitare sperequazioni nel riparto delle risorse. Non accetteremo però che il Veneto, come altre regioni che presentano una struttura meglio organizzata, non abbia niente rispetto ad altre parti del paese. Ragionare in questo modo significa pensarla come De Lorenzo, che ha spinto la sanità verso il basso.

GUALTIERI. Non mi offenda fino a questo punto accomunandomi a De Lorenzo! Sono anni che mi scontro con lui.

BUTTURA. Non intendevo offenderla, senatore Gualtieri. Non possiamo però consentire che una organizzazione sanitaria non sia migliorata, quando è necessario, perchè presenta caratteristiche qualitative comparativamente accettabili. Abbiamo ancora ospedali con sei o addirittura otto posti letto per camera; pertanto alcuni interventi appaiono necessari.

GUALTIERI. Privando per cinque anni, dal 1988, il sistema pubblico dei finanziamenti per le spese di investimento, abbiamo dato modo alle case di cura private di rinforzarsi, di acquistare le apparecchiature e abbiamo favorito le convenzioni con i privati. Ora la situazione appare compromessa. Nessuno più di me è consapevole del rischio che si correva trascurando la spesa corrente. A questo punto, dopo cinque anni di stasi, si registrano drammatiche situazioni di crisi, di cui le regioni nel loro complesso dovrebbero tenere conto.

BUTTURA. In proposito ritengo debba riproporsi la questione della responsabilità cui accennavo prima. Non è sufficiente la disponibilità di fondi per risolvere i problemi di una regione che tecnicamente, normativamente, amministrativamente non è dotata delle capacità necessarie.

Il vero problema l'abbiamo sottolineato insieme ai rappresentanti delle altre regioni. Queste ultime stanno tentando di definire un accordo generale sui finanziamenti, e quindi sulle opere utili, e un meccanismo di cooperazione, per far sì che, ad esempio, tecnici del Veneto si rechino a lavorare in un'altra regione, affiancando altri tecnici per favorire l'avvio di altri progetti.

Per quanto riguarda gli investimenti ospedalieri per i malati di AIDS, non so se siano state pagate tangenti; lo ha detto Romiti ed io ci credo, comunque per un anno e mezzo ha affermato di non averle mai pagate, mentre poi è riuscito anche lui a diventare puro con un moralismo di ritorno!

Nell'ambito della legge 5 giugno 1990, n. 135, - l'ho già esplicitato nella mia relazione ma lo vorrei ripetere - le regioni desiderano che venga completamente rivisto il meccanismo della concessione - tutti stanno correndo dei rischi, ma in particolare i malati, perchè se arriverà la magistratura bloccherà tutto - e, dal momento che i progetti sono

stati approvati in sede di conferenze dei servizi, che sia affidata loro la realizzazione dei progetti. È necessario comunque tener conto che anche in questo caso la legge n. 135 ha dato il via alla realizzazione delle concessioni da parte dei grandi consorzi, il che ha provocato più guasti che positività.

BRAGA. Signor Presidente, vorrei intervenire brevemente per completare con alcuni dati il discorso degli investimenti.

Premesso quanto è stato detto sull'articolo 20 della legge finanziaria 1988 e tutti i problemi connessi, devo dire che non si è ancora riusciti ad utilizzare i finanziamenti pur essendo stata la nostra la prima regione ad avviare la procedura richiesta.

Per quanto riguarda le spese in conto capitale, il bilancio dello Stato stanziava per il 1993 soltanto 800 miliardi di lire per investimenti ospedalieri, mentre il patrimonio nazionale della sanità è stato stimato in 100.000 miliardi. Come è possibile che per tale settore di investimenti si impegni solo lo 0,8 per cento del patrimonio nazionale esistente? Su questo aspetto vi invitiamo ad una riflessione perchè con uno stanziamento dello 0,8 per cento non può essere garantita neanche la manutenzione ordinaria, atteso che quando esistevano ancora gli enti mutualistici e gli enti ospedalieri le spese per investimenti si aggiravano intorno al 4 per cento.

PRESIDENTE. Nel dichiarare conclusa l'audizione, ringrazio gli intervenuti per la loro disponibilità e per i chiarimenti che ci hanno fornito.

Audizione del professor Ernesto Veronesi e del professor Mario Zanetti

PRESIDENTE. Passiamo ora all'audizione degli esperti in materia sanitaria, professori Veronesi e Zanetti, che innanzi tutto ringrazio per la disponibilità mostrata nell'aiutarci a risolvere le questioni sorte nel momento in cui siamo stati chiamati ad esaminare alcuni provvedimenti attinenti il settore della sanità.

Siamo rimasti meravigliati da diverse situazioni, una delle quali concerne il fatto che anche dopo molti anni non si riesce ancora a conoscere esattamente l'entità delle spese erogate, alla luce di una costante eccedenza di spesa. Di conseguenza, ci troviamo ogni anno ad approvare leggi di sanatoria senza poter prevedere quando ciò non sarà più necessario. Sembra quasi di ascoltare una tiritera come avveniva quando eravamo bambini! Non credo sia possibile ad anni di distanza non sapere quanto è stato speso o per quanto ci si è indebitati! Il fatto che non si riesca a giungere ad una conclusione lascia in noi un senso di impotenza. Ciò che è stato realizzato deve essere pagato - nessuno lo mette in dubbio - ma la sensazione è che ogni anno si presenti una nuova emergenza e ciò - lo ripeto - genera in noi un senso di impotenza e non ci consente di esprimere un giudizio secondo giustizia e coscienza.

Voi ben conoscete l'argomento dell'audizione e pertanto vi do senz'altro la parola per una breve esposizione, dopo di che i colleghi della Commissione, se lo reputeranno necessario, vi porranno delle domande per ulteriori chiarimenti.

VERONESI. Signor Presidente, onorevoli senatori, innanzi tutto dobbiamo chiarire che un conto è parlare di finanziamento della spesa sanitaria, un altro della determinazione della stessa. Per affrontare la questione del finanziamento della spesa, dobbiamo esaminare i contributi e l'imposizione generale, nonché quella quota parte di indebitamento che oggi serve a coprire la spesa stessa.

Invece, per affrontare la questione della determinazione della spesa sanitaria, tenendo presente che essa dipende dalla congiuntura economica, dobbiamo riferirci al Fondo sanitario nazionale, alle entrate dirette e alle risorse delle regioni a statuto speciale, che partecipano alla determinazione del complesso delle risorse disponibili per il servizio.

Il Fondo sanitario nazionale è incerto nella previsione, così come le entrate dirette, anche se ragionevolmente realizzabili, e le risorse delle province autonome.

La domanda che mi sono posto da un po' di tempo a questa parte è se l'obiettivo del pareggio tra il totale delle entrate a disposizione delle regioni e delle unità sanitarie locali e la spesa che queste ultime affrontano costituisca un vincolo e se il sistema risponda a vincoli di carattere esterno.

La determinazione di un fondo sanitario è un vincolo esterno per il sistema rispetto alla spesa. La domanda che sorge è se sia possibile che il sistema reagisca a questo vincolo esterno.

Ora, la spesa è la risultante del prodotto del prezzo dei fattori - ricordo che la quantità dei fattori dipende dal processo produttivo applicato - per il costo unitario, che dipende dal prodotto tra il sistema ed il mercato.

Sto cercando di arrivare alla conclusione che il sistema non è sensibile a questo tipo di vincoli, perchè le pressioni esistenti al suo interno fanno sì che il vincolo del pareggio non venga mantenuto.

Il processo produttivo riguarda le conoscenze scientifiche, le tradizioni nel presidio, il tipo di domanda da soddisfare, l'impiego non concomitante di attività propria e convenzionata, l'ambiente *infra ed extra* presidio; invece, il costo unitario è determinato dall'esterno a causa dei contratti e delle convenzioni. Questo è un punto molto importante. Gran parte dei fattori utilizzati dal sistema è determinata da un prezzo esterno al sistema stesso. Le convenzioni e i contratti di fatto determinano un prezzo dei fattori al di fuori della capacità contrattuale del sistema; viceversa, la quantità di beni e servizi e gli oneri variabili del personale sono una condizione interna.

Il sistema tende sostanzialmente a favorire innanzi tutto il processo più profittevole. Non guarda tanto le risorse, ma agisce cercando di fornire un'immagine, cercando di intrattenere delle relazioni industriali non conflittuali, delle azioni di politica amministrativa comunque gradite agli operatori e, se possibile, ai cittadini solo quando vengono a soddisfare situazioni non generali ma riflettenti posizioni corporative. Ciò accade, ad esempio, quando è necessario dare una valutazione sulla

costruzione di un particolare presidio (non sto parlando di un ospedale ma di un presidio qualsiasi): se esso fosse valutato in un ambito più generale, probabilmente lo si riterrebbe utile?

In realtà, tale processo è realizzato senza una costante opera di verifica e di fatto il consenso è ricercato nel massimo beneficio senza la valutazione dei costi. Credo sia questa la vera patologia che mina il sistema.

Accanto a ciò vi è un comportamento amministrativo ed economico inefficiente a proposito del sistema delle forniture. Queste ultime incidono per circa il 20 per cento della spesa complessiva con riferimento ai beni e ai servizi generali. Le forniture non sono programmate e vi è un'assenza di studi del mercato. Spesso si vendono gli stessi prodotti a prezzi diversi in aree molto vicine. Esiste una frammentazione della domanda anche per prodotti che potrebbero essere standardizzati. Si riscontra una eccessiva «gelosia» tra gli operatori: la migliore condizione spuntata da un soggetto non viene trasferita come conoscenza agli altri, ma rimane di proprietà dello stesso. Un prodotto comprato molto bene rimane di proprietà del soggetto che lo ha acquisito. Inoltre, sterili tentativi regionali si sono indirizzati verso l'acquisizione collettiva e non verso una conoscenza omogenea delle condizioni ricorrendo le quali avvengono gli acquisti. Non è tanto la regione a dover comprare le siringhe; essa deve piuttosto comunicare all'intero sistema quanto costano le siringhe. In ultimo, si riscontra un ridotto potere contrattuale, dati i tempi di pagamento.

Tutte le proposte effettuate in questi ultimi anni per il contenimento delle spese ho l'impressione che non abbiano tenuto presenti tali condizioni, per cui, nella loro applicazione, il sistema non ha reagito in modo idoneo e non ha reagito proprio perchè non c'era la possibilità di farlo.

In ordine al contenimento, è praticamente impossibile spendere in valore assoluto meno che nell'anno precedente. Eppure, talvolta, è stato affermato. Ad esempio, da una delle tabelle che ho qui con me, risulta che dal 1988 in avanti la spesa complessiva dell'anno precedente è superiore alle entrate complessive (cioè l'ammontare del fondo sanitario, più le entrate dirette, più le quote delle regioni autonome) dell'anno di previsione. Da questo punto di vista tale tipo di contenimento (spendere meno in valore assoluto rispetto all'anno precedente) si può ottenere soltanto dismettendo fattori produttivi; in caso contrario, non sarà possibile.

Vi è poi tutto il problema di come si determina la spesa dell'anno precedente. Da questo punto di vista il sistema informativo dovrebbe essere gestito con particolare riguardo all'analisi dei *trend* di spesa che si verificano, più che alla quadratura contabile. Credo che vi siano gli elementi per poter dare una ragionevole valutazione della spesa, anche in corso d'anno.

Mi sono poi permesso di portare alcuni stralci di una relazione fatta ad un seminario. Di fatto si dimostra che con un particolare sistema di proiezione del sistema informativo è possibile con pochi dati conoscere la composizione della spesa con valori che non sono molto lontani dalla realtà. Certamente, trattandosi di valori nell'ordine di migliaia di miliardi vi è un margine di errore di 1.000-2.000 miliardi, il che comunque permette di effettuare una certa valutazione.

Per altro verso, credo che si possa ridurre l'incremento della spesa, il quale può essere inferiore a quello dei macro-indicatori del sistema. Occorre però un certo comportamento omogeneo sia a livello centrale che locale. In particolare, a livello centrale, in ordine alla coerenza dei costi unitari dei fattori il cui valore è deciso dal centro. Se si analizza la curva a consuntivo della spesa sanitaria dal 1987 in poi si vede come di fatto gli incrementi siano sostanzialmente dovuti al periodo di rinnovo dei contratti e delle convenzioni. D'altra parte questo è anche logico, perchè i contratti e le convenzioni costituiscono la maggior parte della spesa; quindi, al variare del prezzo di questi fattori, automaticamente varia la spesa stessa.

L'altro aspetto è che manca una effettiva disponibilità di cassa. Credo che questo sia un punto altrettanto fondamentale. Mi sono posto varie volte la domanda se, in presenza di un bilancio pluriennale, non fosse il caso di gestire il sistema per cassa e non per competenza; ciò permetterebbe, da un lato, una maggiore valutazione della effettiva liquidità; dall'altro, una maggiore certezza perchè, chiuso l'esercizio, il conto del tesoriere dovrebbe evidenziare a quanto è ammontato il totale dei pagamenti, potendo così disporre molto prima di quei dati che si ottengono dopo la chiusura dei conti per la presenza dei residui, eccetera. Dovrebbe essere attivato un controllo regionale dei picchi dei consumi. Nell'analisi della contabilità, se vengono evidenziate la realtà delle USL, si individuano chiaramente quelle che necessitano di un approfondimento perchè il sistema informativo non fornisce gli elementi dimostrativi di tale situazione, cioè perchè vi siano dei picchi. Ritengo quindi che sia necessario da questo punto di vista effettuare un'analisi più approfondita.

Per potere in un prossimo futuro disporre di previsioni più certe, soprattutto da rispettare, sarebbe opportuno che per ogni provvedimento tendente a modificare le condizioni precedenti del sistema fossero valutati questi quattro elementi.

In primo luogo, se il provvedimento incide sulla diminuzione dell'attività erogata, esso deve comportare la dismissione di fattori perchè non si può diminuire l'attività senza effettuare una simile dismissione, altrimenti i costi rimangono invariati, anzi aumentano.

In secondo luogo, se il provvedimento porta alla diminuzione del costo del fattore, l'attività può rimanere invariata, ma varierà il costo dei fattori e quindi il costo complessivo.

In terzo luogo, se il provvedimento tende ad un migliore impiego dei fattori, non avremo una diminuzione della spesa in termini finanziari, però avremo un incremento dell'attività.

Infine, se si raggiunge un miglioramento delle disponibilità finanziarie - *ticket* e quant'altro - e un conseguente incremento delle entrate che non modifica sostanzialmente l'efficienza del sistema, si diminuisce la pressione del sistema nei confronti del bilancio dello Stato.

Occorre quindi studiare quali potrebbero essere le ipotesi per l'utilizzo effettivo di un bilancio pluriennale, per situazioni che certamente vanno ben al di là della sanità. Tanto per fare un esempio, la legge finanziaria n. 405 del 1990 prevedeva per il Fondo sanitario nazionale 92.250 miliardi per il 1993; con la legge n. 415 del 1991 la

previsione è scesa a 89.420 miliardi, per arrivare, con la legge n. 500 del 1992, a 82.890 miliardi. Ora è ovvio che a fronte di questo onere ci sono provvedimenti di contenimento, ma non è detto che questi siano efficaci e riescano a mantenere i risultati sperabili che sono riportati nella determinazione di spesa. La stessa cosa vale per il conto capitale che, tra l'altro, registra delle situazioni drammatiche. Ad esempio, la legge n. 67 del 1988 prevedeva 2.062 miliardi per il 1990; quando si è entrati nella gestione questa cifra è scesa a 1.714 miliardi; per il 1993, i 1.700 miliardi inizialmente previsti, alla fine sono diventati 800. Sostanzialmente la previsione di 750 miliardi nel 1984 è ancora uguale alla previsione di 800 miliardi nel 1993, ma fra il 1984 e il 1993 ci sono dieci anni, con tutta l'inflazione e quindi con tutta la perdita del potere di acquisto del denaro che si è verificata.

Occorre poi far conoscere al sistema in anticipo l'obiettivo del rientro della spesa. Credo che nel *trend* si possa sostenere una riduzione del 5 per cento della spesa, a prezzi costanti.

Inoltre, occorre imporre la conoscenza dei costi delle tecnologie pesanti. Bisogna che si sappia quanto costa una attrezzatura per la TAC. Occorre che si conoscano i costi e che le realtà non vivano più ognuna per conto proprio.

È inoltre necessario conoscere i costi dei principali beni di consumo, anche perchè al momento attuale non mi pare che il sistema abbia preso cognizione del fatto che esistono normative CEE relative alle forniture: giudicando il comportamento acquisitivo appare evidente come si sia ancora lontani da quanto previsto dalla Comunità economica europea. Occorre poi collegare ad ogni azione di riequilibrio il risultato atteso, nei modi concreti cui ho accennato poc'anzi. Bisogna programmare accuratamente la gestione per cassa; continuo a pensare che una simile gestione consentirebbe di fare chiarezza nella situazione dei bilanci, specie considerando la presenza del bilancio pluriennale. So che le mie affermazioni possono suonare un po' «birichine», ma penso che agendo in tale direzione potremmo ottenere dei risultati positivi.

A livello centrale le notizie del servizio informativo sanitario devono essere gestite «in continuo»; la gestione dovrebbe essere affidata ad analisti, perchè non si può attendere la raccolta dei dati e la loro trasmissione solo quando il quadro è completo. Si può tentare di affrontare i problemi via via che le informazioni arrivano, mantenendo una costanza di flussi nei confronti di coloro, in particolare il Parlamento, che debbono prendere le decisioni.

È necessario poi condurre un'ulteriore operazione verità. Un'affermazione del genere mi costa molto, perchè ancora una volta è la dimostrazione del fallimento del sistema e dei controlli su di esso. Questa volta però proporrei di condurre tale operazione verità, se possibile, certificando finalmente i valori del bilancio in modo definitivo. Ciò non comporterà, ovviamente, la dismissione dell'indebitamento (possibile soltanto al riscontro degli elementi cui accennavo in precedenza), ma darà delle certezze per lo meno fino a quel punto.

Infine, a mio avviso occorre entrare nell'ordine di idee che non è possibile spendere in valore assoluto nell'anno $t+1$, meno di quanto è stato speso nell'anno t : ciò è possibile soltanto incrementando il sistema delle entrate oppure dismettendo fattori operativi. Se questo non si può

fare, non potremo spendere nel 1993 meno di quello che abbiamo speso nel 1992. Per quanto riguarda il 1992 - il dato non è ancora definitivo - la spesa dovrebbe aggirarsi intorno ai 96.000 miliardi.

ZANETTI. Signor Presidente, onorevoli senatori, nella mia esposizione non sarò così bravo come il professor Veronesi, che è un economista. Io sono un medico che da 35 anni opera nella sanità pubblica. E poiché ho la fortuna - o la disgrazia, secondo i punti di vista - di avere la responsabilità di fatto di una delle più grosse aziende sanitarie d'Italia, un ospedale che spende circa 580 miliardi l'anno, sono sotto certi aspetti più ottimista ovvero, a seconda degli angoli di visuale, più pessimista. Con riferimento alle domande che lei ci ha rivolto, signor Presidente, circa la difficoltà di ottenere dati certi sulla configurazione della spesa sanitaria e l'insufficienza dei fondi erogati, credo sia innanzitutto opportuno premettere che il problema della crescita incontrollata della spesa sanitaria non è specificamente italiano, ma è proprio anche di altri paesi e specialmente di quelli della Comunità economica europea ai quali, nonostante tutto, dovremmo far riferimento. Recentemente si sono tenuti due importanti convegni, nell'ottobre del 1992 a Londra e ai primi di maggio a Madrid: devo dire con un pizzico di amarezza che in quelle occasioni così rilevanti erano completamente assenti i responsabili della sanità pubblica italiana. Eppure si parlava dei riflessi dell'articolo 10 del Trattato di Maastricht nel 1996. Alcuni paesi europei si sono attrezzati in vista di quella scadenza con sistemi liberistici o assicurativi: è il caso della Francia, della Germania, dell'Olanda. Altri - sono la maggioranza: Gran Bretagna, Svezia, Danimarca, Spagna, Italia, Grecia ed anche, fuori della CEE, Israele - si stanno muovendo per approntare comunque meccanismi capaci di governare la spesa sanitaria.

Certo, parlare da medico in presenza di particolari competenze economiche mi mette piuttosto a disagio, ma credo valga la pena soffermarsi su alcuni elementi. In Italia si spende complessivamente poco in materia sanitaria rispetto al prodotto interno lordo, se compariamo questa spesa con quella della stragrande maggioranza dei paesi della CEE, con l'esclusione di Spagna, Grecia e Portogallo. Il che non vuol dire che spendiamo bene questo denaro o che il Fondo sanitario nazionale sia distribuito in modo corretto ed equo sul territorio; anzi, credo che le recenti scelte in materia sanitaria siano quanto di più «inculturale» sia stato pensato nel nostro paese e che comporteranno riflessi assolutamente negativi entro la fine dell'anno.

L'azienda sanità è completamente diversa da qualunque altra azienda, sia di mercato, sia di servizi, sia di produzione. Essa infatti non risponde alle stesse regole delle altre aziende fondamentalmente per il fatto che il suo mercato non conosce momenti di saturazione, poiché ad ogni aumento dell'offerta corrispondono nuove attese, proporzionali al livello economico e culturale di ogni singolo paese. Pertanto, mentre le altre aziende sono costrette a stimolare il mercato, un'azienda di sanità pubblica deve tentare di moderarlo proprio perché fa riferimento ad un bene non misurabile. Non esiste un livello di salute da porre come punto di riferimento: ogni volta che in tale settore si raggiunge un risultato si pone, giustamente, un obiettivo più elevato. Ovviamente i

bisogni primordiali di una società tribale erano molto diversi dai nostri: l'Organizzazione mondiale della sanità, indicando i livelli minimi di sussistenza, giudica ottimistica una previsione che nell'anno 2000 assegni a tutte le popolazioni del mondo una media giornaliera di 12 litri d'acqua *pro capite* e di 20 minuti di strada a piedi. Sono previsioni lontanissime dalla nostra realtà di tutti i giorni, mentre per alcune popolazioni del mondo costituiscono l'aspettativa massima per il 2000. L'OMS indica in 200 il numero dei farmaci necessari, a fronte dei 3.000 o 4.000 in uso nei paesi maggiormente sviluppati.

PRESIDENTE. Una volta abbiamo tentato - con una sorta di operazione di deterrenza - di ridurre di due terzi il numero dei farmaci, minacciando altrimenti l'adozione di un prontuario. La conseguenza è stata l'accusa rivoltaci di voler riportare la sanità italiana ai tempi del chinino!

ZANETTI. Con riguardo al prontuario farmaceutico si potrebbe invece fare moltissimo. Non voglio fare nomi, anche per non incorrere - come è già capitato - in denunce da parte di società farmaceutiche, ma dico soltanto che ogni anno spendiamo otto miliardi per un farmaco assolutamente inutile, non usato in tutte le altre nazioni del mondo proprio a causa della sua inutilità.

PAVAN. Ci faccia sapere qual è!

CAVAZZUTI. Credo basti scorrere l'elenco dei primi otto farmaci nelle statistiche di spesa.

ZANETTI. Detto questo, occorre altresì avere presente, in quanto costituisce una delle ragioni fondamentali della difficoltà di quantificare la spesa, che i soggetti di spesa nel nostro paese oggi sono 704 (659 USL, 21 regioni e province autonome, 14 istituti nazionali di ricerca e 10 istituti zooprofilattici). Si tratta di una cosa folle, da cui discende un notevole problema di rendicontazione della spesa. È infatti impensabile che questi 704 soggetti di spesa, con l'esclusione delle regioni, possano, con i mezzi che hanno a disposizione, inviare ogni tre mesi - come prescritto dalla normativa - resoconti economico-finanziari alle regioni, al Ministero della sanità e al Ministero del tesoro e che le regioni, le province autonome, gli istituti nazionali di ricerca e gli istituti zooprofilattici a loro volta inviino le proprie relazioni al Ministero della sanità e al Ministero del tesoro. Tale procedura risulta di difficile gestione in periferia, dove il livello della informatizzazione e della conoscenza è molto modesto. Da questo punto di vista deve essere rilevato lo scarso realismo del decreto delegato n. 502 del 1992, che giudico orribile, pur contenendo molti principi positivi, in quanto prescrive adempimenti non in sintonia con la realtà. È ad esempio pazzesco stabilire che dal 1º gennaio dell'anno prossimo sia adottata una contabilità per centri di costo. Posso dire che un ospedale tra i più avanzati del nostro paese, come quello che io dirigo, alla fine di quest'anno sarà pronto per adottare una contabilità per centri di costo, mentre per arrivare al *budget* ci vorranno altri due anni. Si può

immaginare la situazione di altre strutture meno organizzate di quella che ho ricordato, per le quali l'obiettivo appare assolutamente non realistico, essendo finora mancata una cultura del *management* della cosa pubblica, di cui solo adesso si comincia a sentire consapevolmente l'esigenza. Comunque, per legge dovremo gestire le strutture per centri di costo, in assenza di strumenti operativi idonei, per cui inevitabilmente si assisterà ad un passaggio di moduli tra le USL e le regioni, che poi li invieranno al Ministero, che comunque non riuscirà ad acquisire informazioni certe sulla spesa.

Ritengo che sia possibile governare la spesa, ma che per questo siano necessarie precise capacità e volontà politiche: non bisogna fare cose folli, ma semplicemente quello che stanno facendo tutti i paesi europei tranne noi. Anzitutto, a parte il controllo dei centri di spesa, per governare la spesa occorre prendere atto del fatto che i fattori che negli ultimi venti anni hanno rappresentato per il mondo dell'industria un elemento propulsivo hanno avuto invece effetti impropri e deleteri, o paradossali, quando applicati al settore sanitario. La spiegazione va ricercata nel carattere del tutto particolare del settore sanitario, nel quale peraltro non è stato possibile introdurre quelle innovazioni tecnologiche, come la robotizzazione, intervenute nell'industria; le alte tecnologie hanno rappresentato un incremento di spesa, a differenza di quanto è avvenuto nelle aziende di altri settori; l'informatizzazione, nel migliore dei casi, ha avuto una ricaduta positiva sulla qualità del prodotto, ma non ha certamente permesso di ottenere la massimizzazione dei risultati della spesa realizzata dalle banche.

Sempre con riferimento alla ottimizzazione della spesa, ritengo di dover esprimere una critica decisa nei confronti dei legislatori, perchè non è concepibile che una legge consenta ad un'azienda dello Stato di funzionare al 70 o addirittura al 60 per cento della sua potenzialità. Di fatto non è stato possibile chiudere strutture ospedaliere sottoutilizzate o assolutamente inutili. Non è immaginabile che un'azienda privata rimanga aperta quando, a fronte di spese fisse (personale, impianti, eccetera) calcolate su base 100, la stessa funziona al 60 per cento. Non riesco a comprendere in base a quale principio si debbano mantenere strutture tali da porsi al di sotto di ogni economia di scala, a differenza di quanto si verifica in tutti i paesi europei. L'Olanda da tempo ha chiuso tutte le strutture al di sotto di certi livelli, il Belgio lo ha fatto individuando una soglia minima ancora più rigorosa e in analoga direzione si è mossa la Francia. Solo noi continuiamo a sostenere, per ragioni di campanile e non di concentrazione tecnologica, il mantenimento di realtà assolutamente improduttive, economicamente non valide, che non potranno mai funzionare.

Basti pensare che per quanto riguarda la regione da cui provengo, l'Emilia-Romagna, su 95 ospedali almeno 30 risultano inutili e pertanto potrebbero essere soppressi. L'Emilia è una regione avanzata - me ne vanto molto - anche per i servizi che siamo riusciti a fornire, ma non può non essere sottolineato che ciò è stato possibile ad un costo molto elevato; non a caso l'Emilia è la regione d'Italia che spende di più. Ribadisco quindi che non è assolutamente possibile permettere la sopravvivenza di centri di spesa totalmente improduttivi. Il settore della sanità è formato da aziende particolari, nelle quali è impossibile

trasporre le innovazioni industriali introdotte in altri campi e nelle quali non sono stati recepiti i principi delle economie di scala, con tutto quello che ne consegue. Da queste considerazioni emerge confermata la difficoltà di una spiegazione sui motivi per i quali non si riesce a governare la spesa.

Altro elemento da considerare è che il Governo compie errori nei conti preventivi, anche perchè non sa che la sanità in effetti costa 96.000 miliardi. A mio avviso ciò non vuol dire che lo Stato, se non può, debba finanziare tale fabbisogno; l'importante è che decida innanzitutto quanto finanziare e quale servizio offrire ai cittadini. In Olanda, ad esempio, dopo aver studiato per due anni il problema, si è deciso di dare l'80 per cento delle prestazioni storiche a tutti i cittadini; in senso analogo hanno deciso la Francia, l'Inghilterra e la Svezia, che è indubbiamente un paese avanzato. Sono state considerate le cosiddette prestazioni minime per tutti i cittadini, perchè anche in medicina è possibile il lusso. Non è possibile continuare a sostenere, come si fa da quasi tutti i pulpiti, che bisogna dare tutto a tutti; ciò non avviene in alcuna parte del mondo, in un contesto in cui la domanda non incontra limiti di saturazione. Occorre invece adottare scelte precise, valutarne i costi e responsabilizzare realmente chi in periferia le deve attuare.

Tutto questo, come prevede il decreto n. 502, senza fare dello pseudoaziendalismo. Se la scelta, al contrario, è quella di fare aziendalismo, io sono d'accordo; facciamolo fino in fondo però, diamo cioè alle aziende pubbliche almeno le stesse possibilità che in Italia hanno le aziende sanitarie private. Qualora non le dotassimo degli stessi strumenti, correremmo il rischio di vedere abdicare il nostro sistema pubblico, peraltro estremamente avanzato sul piano legislativo e culturale.

Io sono convinto che la legge n. 833 del 1978 abbia recepito per intero l'articolo 32 della Costituzione. Sarà stata applicata male, in modo incompleto, ma è una legge che tutto il mondo ci invidia per i principi in essa contenuti: è l'unica legge al mondo, infatti, basata sulla tutela della salute anzichè su prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Con tale legge si è compiuto un passo culturale estremamente avanzato che però non abbiamo saputo sfruttare. Presumibilmente, attuando diversamente le norme in essa contenute e dotando il sistema di strumenti più precisi, si sarebbero anche conseguiti risultati sul versante del governo della spesa.

Occorre, conclusivamente, chiedersi cosa accadrà in futuro. Fra sei mesi, a mio avviso, vi ritroverete inevitabilmente a fare i conti con il debito sommerso e dovrete rastrellare nuove somme per ripianarlo. Questo anche perchè recentemente si è compiuto un ultimo grande errore, un errore che però ha assicurato al centro la pace politica. Permettetemi questa brutta espressione e anche di esprimermi con grande franchezza. Unico paese al mondo, abbiamo deciso infatti di distribuire il fondo sanitario *pro capite*, un tanto per ogni cittadino. Ciò è pura follia, perchè il fondo va distribuito in funzione dei servizi prestati e tenendo presente la mobilità che ancora esiste nel nostro paese. Il sistema attualmente adottato inevitabilmente, presto o tardi, porterà all'innescarsi di meccanismi di chiusura assolutamente ignobili, per cui le strutture di alcune regioni rifiuteranno le proprie prestazioni ai cittadini provenienti da altre regioni in conseguenza del sistema di

distribuzione delle risorse. Questo è assolutamente inaccettabile. In attesa di una distribuzione equa dei servizi, come previsto dalla Costituzione, invece che decidere la ripartizione per quota capitaria si sarebbe dovuto preferire il criterio della distribuzione delle risorse fra le regioni in base ai servizi offerti. In questo modo le regioni sarebbero state incentivate a dotarsi degli strumenti necessari per assicurare il riequilibrio voluto dalla legge n. 833 e, sulla carta, anche dal decreto n. 502 del 1992. Si è commesso un errore fondamentale che ha comportato la rottura del fronte delle regioni. Adesso abbiamo infatti 14 regioni soddisfatte, che non andranno a protestare e che in gran parte non sapranno come spendere la quota assegnata per ciascun cittadino, non disponendo di servizi adeguati. In questo modo - lo ribadisco - si è rotto un fronte e si è permesso alla Conferenza Stato-regioni di trovare un accordo a maggioranza. Le restanti sei regioni, che assorbono un terzo della spesa, ma hanno un numero di assistiti pari a un quarto dei cittadini della nostra Repubblica, alla fine però verranno a lamentarsi e voi, per l'ennesima volta, sarete costretti a ripianare i loro debiti, maggiorati del debito sommerso. Pertanto fra tre anni i 96.000 miliardi di spesa saranno diventati 110.000 e si dovrà nuovamente affrontare il problema del Fondo.

Io ritengo che a monte dovrebbero essere adottate scelte diverse. Governare la spesa è possibile laddove si trovino altri mezzi di distribuzione, si assumano decisioni politiche e si considerino realisticamente i costi, tenendo presente che l'inflazione programmata è sempre e comunque inferiore da due a cinque punti rispetto all'incremento della spesa nel settore sanitario, dove il costo dell'innovazione tecnologica è esplosivo rispetto ad altri comparti. Ormai da dieci o quindici anni non si cura più con l'aspirina, il sorriso o il fonendoscopio e per prestare un'assistenza adeguata c'è bisogno di molto altro. Ecco perchè bisogna concentrare, creare delle economie di scala; ecco perchè bisogna responsabilizzare seriamente chi gestisce, vale a dire le regioni e gli enti periferici.

GUALTIERI. Il professor Zanetti e il professor Veronesi erano già, rispettivamente, direttore e consulente l'uno, funzionario della sanità l'altro, quando nel 1970 divenni presidente della commissione sanità della regione Emilia-Romagna. Posso assicurarvi che già allora sostenevano le cose che qui oggi hanno ripetuto, delle quali però la sanità pubblica non ha mai fatto tesoro in modo adeguato.

Nel 1973 mettemmo a punto il primo piano regionale dell'Emilia-Romagna, approvato dal consiglio regionale, che prevedeva la chiusura di 42 ospedali. Da allora però sono passati vent'anni e tutti, o quasi, quegli ospedali, nonostante un secondo piano regionale abbia ribadito le nostre stesse indicazioni, sono ancora aperti. Inoltre, nel 1972, per contenere la spesa farmaceutica, arrivata ai livelli a tutti noti, costituimmo una commissione mista, formata da otto luminari italiani e stranieri, per predisporre uno schema di prontuario farmaceutico più ridotto. Per poco non venimmo tutti arrestati dall'autorità centrale che ritenne un delitto di lesa maestà il fatto che una regione avesse un prontuario autonomo. Ho voluto ricordare questi fatti per illustrare la situazione che abbiamo alle spalle.

Quasi tutti i componenti della Commissione - e ringrazio il Presidente per aver accolto la nostra richiesta - hanno sollecitato questa indagine conoscitiva per comprendere e verificare l'evolversi della spesa sanitaria così da poter poi lavorare sull'argomento. Il dottor Monorchio, nel corso della sua audizione, ha riferito che la Ragioneria generale dello Stato non controlla i flussi della spesa sanitaria, rispetto alla quale ha solo una raccolta di dati statistici. Di fatto, anche il Parlamento non ha il controllo delle leggi che produce. Manca un centro unitario di controllo. Personalmente ho sempre nutrito la speranza - e l'ho ribadito tante volte, anche all'inizio di questa legislatura - che la Commissione bilancio del Senato possa riuscire a trasformarsi in un centro di controllo dei flussi di spesa; in quest'ottica ho anche proposto una modifica al Regolamento nel senso di prevedere che il parere obbligatorio della 5ª Commissione venga acquisito dalle Commissioni di merito 24 o 48 ore prima della deliberazione.

Non voglio entrare nel merito di quanto ho ascoltato, che condivido pienamente. Vorrei invece ricordare, perchè sia chiaro in che modo lavoriamo, che è stato assegnato alla Camera dei deputati un decreto-legge, in materia di trattamento penitenziario nonché sulla espulsione dei cittadini extracomunitari, che all'articolo 7 prevede che in ciascun capoluogo di provincia vi sia un ospedale con reparti riservati destinati al ricovero dei detenuti. In ogni capoluogo di provincia, cioè, dovrà essere creato un reparto multidisciplinare, un piccolo ospedale nell'ospedale, per i detenuti, affinché per il loro controllo sia necessario meno personale. Le province sono 100 e per questi interventi non esistono i fondi necessari.

Il direttore generale degli istituti di pena ci ha detto che non c'è bisogno di prevedere nuove spese poichè questi reparti possono essere creati negli ospedali e che ai relativi costi avrebbero fatto fronte le varie amministrazioni sanitarie. Chiedevo prima al professor Zanetti se è possibile creare questi reparti senza finanziamenti ed egli mi ha risposto che probabilmente chi ha ipotizzato qualcosa del genere è pazzo. Recentemente in Commissione abbiamo ascoltato il professor Guzzanti il quale ci ha detto che per poter applicare questa norma probabilmente saranno necessari dieci anni e l'utilizzo di tutti i 30.000 miliardi previsti per l'edilizia ospedaliera, poichè si tratta di creare 100 piccoli ospedali. Ma come si può presentare una norma del genere?

REDI. Senza contare i posti letto che verrebbero sottratti ai malati ordinari e che dovrebbero essere reperiti diversamente.

GUALTIERI. Ai nostri ospiti vorrei chiedere se ritengono possibile la creazione di reparti di questo tipo, immediatamente operativi - non dimentichiamo che è una norma prevista in un decreto-legge - senza spendere una lira. Il tutto, tenendo presente la situazione dei nostri ospedali; il direttore sanitario di un ospedale di Roma ci ha detto: «Ho gli ammalati nei corridoi: come si può pensare di creare reparti penitenziari?».

Da nove mesi siamo alle prese con il decreto relativo ai malati di AIDS, che è stato reiterato per la sesta volta. Lo so, comincio a diventare noioso e quasi mi vergogno di ripetere sempre le stesse cose. Ma, del

resto, tre giorni fa il decreto è stato reiterato e c'è chi pensa che avrà effetti prodigiosi visto che il direttore generale degli istituti di pena va sostenendo che non ci sarà più l'AIDS nelle carceri. A tale scopo sono stati stanziati 2.100 miliardi, proprio per costruire o attrezzare gli «ospedali AIDS». Tali opere dovevano essere concluse tutte nel 1992. Il meccanismo previsto poi è stato quanto meno singolare: bruciando tutti i tempi sono stati nominati tre grandi consorzi di imprese facenti capo alla FIAT, all'Italstat e alla Lega delle cooperative. E poiché si parla sempre della lentezza del sistema pubblico italiano, voglio soltanto ricordare che il 1º agosto 1991 la commissione ministeriale ha esaminato i 15 progetti presentati poche ore prima da questi consorzi, il 2 agosto il Ministero ha comunicato al CIPE l'esito della gara e l'avallo del Consiglio sanitario nazionale - ascoltato forse nella notte - ed infine il 3 agosto il CIPE ha approvato tutto. Si tratta di un vero e proprio primato mondiale: in tre giorni hanno scelto le ditte, hanno selezionato i progetti e li hanno deliberati. Nonostante tutta questa rapidità da primato mondiale, alla fine del 1992 non è stato realizzato un solo posto letto, tanto che il ragioniere generale dello Stato ha fornito soltanto dati negativi. Nel frattempo il dottor Romiti, nel rendere la sua confessione spontanea ai magistrati di Milano, ha detto che mentre la realizzazione di questi posti letto da parte del consorzio FIAT non è neppure iniziata, l'azienda ha già dovuto pagare su opere per 500 miliardi una ventina di miliardi di tangenti. Non so a chi le abbiano pagate, ma vorrei chiedere al professor Zanetti come il consorzio FIAT operi nella sua regione. È infatti davvero incredibile che si adottino decreti motivati dall'urgenza e poi non si combini nulla, e che per di più nel frattempo siano pagate tangenti prima ancora della realizzazione di un solo posto letto.

L'altro giorno il responsabile della programmazione, professor Fiaccavento, ci ha riferito che, non essendo stati spesi i soldi, ha inviato una lettera al Presidente del Consiglio per chiedere la destinazione ad altri obiettivi delle somme stanziare per gli «ospedali AIDS».

PAGLIARINI. C'è un rateo attivo nel bilancio della FIAT da questo punto di vista.

GUALTIERI. Nel frattempo, avendo un decreto-legge disposto che i direttori delle carceri italiane si liberassero degli ammalati di AIDS, questi, invece di essere avviati agli ospedali appositi, non realizzati, sono stati messi in mezzo alla strada. In conseguenza di ciò, qualche giorno fa i carabinieri di Torino si sono trovati di fronte ad un ammalato di AIDS, uscito dal carcere in quanto «terminale», il quale nei tre mesi di libertà goduti aveva già compiuto due rapine e si accingeva, con una pistola in tasca, a compiere la terza. Ebbene, il soggetto in questione non può essere recluso, perché un ammalato terminale di AIDS, una volta rilasciato, non può essere più arrestato. Anche da questo punto di vista desidero avere informazioni dal professor Zanetti circa la situazione in Emilia-Romagna, laddove i programmi prevedevano ben otto ospedali dotati di reparti per malati di AIDS.

Passo ora ad un tema sul quale torno sovente, vale a dire la spesa per investimenti e lo stanziamento, tristemente famoso, di 30.000 miliardi - o 10.000, ancora non si è capito - di cui alla legge n. 67 del

1988. Al riguardo il ragioniere generale dello Stato ci ha riferito che nei cinque anni trascorsi non si è proceduto ad attivare queste spese di investimento. Nel frattempo però le case di cura private hanno agito, eccome! Le attrezzature che non sono state costruite negli ospedali pubblici sono ora in dotazione alle case di cura private. Anche nella mia regione l'assessore alla sanità, che pure aveva promesso di tagliare le convenzioni alle case di cura private, secondo quanto stabilito dalla legge, in realtà le ha rinnovate tutte in questi giorni riducendo nel contempo del 15-16 per cento gli stanziamenti regionali a favore degli ospedali pubblici. Così, mentre il settore pubblico soffre di una grave crisi di bilancio, le case di cura private hanno potuto dotarsi delle apparecchiature per la risonanza magnetica e di quanto altro necessario. Se non si finanzia il settore sanitario pubblico, il vuoto di prestazioni che ne deriva viene occupato dal privato, con conseguenze che definirei delittuose. Valga ad esempio quello che avviene nella mia città, dove è stata attrezzata una divisione di neurochirurgia sprovvista degli strumenti per eseguire la TAC, viceversa in dotazione a una casa di cura privata che, per altro verso, non è in grado di gestirla in funzione di suoi reparti, che non ha.

Sempre riguardo alla legge n. 67 del 1988, abbiamo saputo che sono stati approvati dal nucleo di valutazione del Ministero di cui lei ha fatto parte...

ZANETTI. Fino al 31 dicembre dello scorso anno.

GUALTIERI. ...progetti per 17.000 miliardi, che però debbono essere ancora finanziati perchè i soldi non ci sono. Bisognerà reperire questo denaro, ma quel che più conta è che i progetti sono 1.100. Una spesa ancora non finanziata è stata quindi polverizzata in una miriade di piccoli progetti, quando tutti sappiamo che a Roma, per esempio, abbiamo situazioni esplosive negli ospedali, per non parlare di quanto avviene a Napoli, dove qualche giorno fa c'è stata una mezza rivolta perchè gli ammalati non vogliono più stare nelle barelle invece che nei letti, o a Palermo o a Reggio Calabria.

Pertanto, invece di disperdere i finanziamenti in mille rivoli - e non ho paura di affermare che alcune regioni come l'Emilia-Romagna o la Lombardia, potrebbero anche contenere la spesa per due o tre anni - ritengo si debba prioritariamente intervenire nelle situazioni di emergenza. Non si può permettere che nella Capitale del paese la costruzione di due grandi ospedali da 2.000 posti non venga ultimata. Con riferimento a questo problema, gradirei una valutazione sulla spesa di investimento in generale nella regione Emilia-Romagna.

ROSCIA. A differenza della domanda-fiume del senatore Gualtieri, quella che desidero formulare sarà molto breve.

È noto, anche perchè se ne sono interessati i giornali, che esiste più di un ospedale ultimato, già dotato di attrezzature funzionanti, che però non viene utilizzato. Mi chiedo pertanto se, piuttosto che costruire nuove strutture, non sia più opportuno rendere funzionanti gli ospedali che già esistono. Se non sbaglio, anche a Roma c'è un ospedale con una recettività di 2.000 posti, già costruito da anni ma non ancora

funzionante. Esiste una ricerca sugli ospedali la cui costruzione è ultimata o che comunque potrebbe esserlo in poco tempo?

PAGLIARINI. Vorrei rivolgere una sola domanda al professor Zanetti, che, se ho ben compreso, poc'anzi ha sostenuto l'impossibilità che 704 punti di spesa abbiano una contabilità seria. Personalmente ritengo invece pazzesco questo fatto, perchè la tenuta della contabilità è così banale, che è più difficile non averla che averla. Gradirei pertanto chiarimenti in proposito.

ZANETTI. Ringrazio il senatore Gualtieri che mi offre l'occasione di rispondere su alcuni punti che ritengo importanti, cioè i reparti ospedalieri per i carcerati, il decreto-legge 5 giugno 1990, n. 135, recante interventi contro l'AIDS, e l'articolo 20 della legge finanziaria del 1988.

Quello dei reparti ospedalieri da destinare ai carcerati è senz'altro uno dei maggiori problemi. In proposito ritengo che realizzare 100 reparti per i carcerati sia una follia totale, anche perchè non servirebbero assolutamente a nulla, se non a soddisfare l'esigenza dei questori e dei prefetti delle singole province di risparmiare sui turni di guardia. Nell'ospedale che io dirigo c'è un piccolo reparto per detenuti, con una capienza di quattro posti, la cui realizzazione è costata circa 500 milioni, visto che la legge prevede moltissime caratteristiche particolari specialmente al fine dei controlli. La gestione di tale reparto, anche se è quasi sempre vuoto, forse perchè i carcerati non si ammalano oppure perchè non viene concesso il ricovero, è alquanto onerosa. Sarebbe quindi una follia costruirne 100 in tutta Italia; sono convinto che sarebbe più che sufficiente costruire uno o due reparti per regione. Devo inoltre rilevare come anche in questo caso si evidenzi il grande errore di approvare le leggi senza copertura finanziaria.

PRESIDENTE. Quanto può costare la costruzione di un reparto per detenuti?

ZANETTI. Si può calcolare che ogni posto letto richieda una spesa di circa 300 milioni.

PRESIDENTE. Anche ricavandolo negli ospedali già esistenti?

ZANETTI. Ristrutturare costa quasi più che costruire; ristrutturare secondo le caratteristiche previste dalla legge per questi reparti costa non meno di 2-2,5 milioni a metro quadrato.

Torno al problema della copertura finanziaria. Qualche anno fa è stata approvata una legge, peraltro priva della necessaria copertura, che definirei pazza, in virtù della quale siamo l'unico paese al mondo in cui è vietato procedere alla sterilizzazione di materiale sanitario in effetti riutilizzabile. Ciò ha comportato un incremento notevole della spesa - nell'ospedale che dirigo siamo passati da 2 a 14 miliardi l'anno - conseguentemente alla prescrizione voluta dal Ministero della sanità di apporre la dicitura «monouso» sulle confezioni di certi materiali. Nel resto del mondo, invece, i materiali si sterilizzano almeno dieci volte.

Per conoscere il costo di tale pazzia è sufficiente moltiplicare l'incremento di spesa verificatosi nell'ospedale che dirigo - si tratta di 12 miliardi - per tutti gli ospedali d'Italia. Nonostante si tratti di una norma folle, è chiaro che ormai nessuno si assume la responsabilità di sterilizzare una siringa, in quanto se scoppia una grana, se c'è un incidente, per legge il medico ne è responsabile. Purtroppo, in materia sanitaria, norme di questo genere sono numerose.

Per quanto concerne il decreto sull'edilizia ospedaliera per i malati di AIDS, devo innanzitutto chiarire, ad onor del vero, che nella regione Emilia-Romagna opera il consorzio generale CRIS e non specificamente la FIAT. Ritengo che a questo tema occorra prestare molta attenzione. Devo subito premettere di non essere d'accordo sul piano culturale con la normativa recata dalla legge 5 giugno 1990, n. 135, ispirata dal principio di impiegare tutte le risorse per la creazione di posti letto, ma che non affronta in modo olistico - per usare un termine tecnico - il problema dell'ammalato di AIDS. Comunque, se i reparti non sono ancora pronti, non lo si può attribuire ai consorzi, ma ad una serie di trappole e di intralci di carattere burocratico, che hanno ostacolato la costruzione. Ad esempio, nel nostro ospedale i lavori erano iniziati, ma da un anno sono fermi (gli infettivologi sono imbestialiti ed hanno ragione) perchè, per colpa di una parola, il Ministero non accetta di riconoscere la conformità del progetto. Certi atteggiamenti eccessivamente burocratici ci fanno impazzire.

PRESIDENTE. Può essere più chiaro sull'asserita non conformità del progetto?

ZANETTI. La legge stabilisce che siano approvati i progetti conformi a certe caratteristiche.

GUALTIERI. Si parlava di reparti completamente nuovi o ristrutturati e poichè, invece che a reparti «nuovi e ristrutturati», nella norma si fa riferimento alla specificazione «nuovi o ristrutturati», un reparto in parte nuovo e in parte riadattato non rientra nella normativa.

ZANETTI. Le assicuro, Presidente, che questo è il motivo per cui al Policlinico di Bologna i lavori sono fermi da un anno: e una cosa folle.

Vengo ora alla questione dell'edilizia ospedaliera. Come ricordava il senatore Gualtieri, per due anni ho fatto parte del nucleo di valutazione del Ministero della sanità; poi, per moltissime ragioni, il 31 dicembre dell'anno scorso ho dato le dimissioni, ma da quel momento non è cambiato molto. Al di là delle polemiche, devo dire - non per difendere il nucleo di valutazione di cui ho fatto parte - che anche quell'organismo ha iniziato a lavorare tardi perchè il Ministero aveva dato in appalto alla Italsanità una serie di pratiche assolutamente inutili. Il nucleo di valutazione ha cominciato a lavorare con nove mesi di ritardo non avendo ricevuto i progetti dall'Italsanità; una volta acquisiti i progetti, ha esaminato le pratiche relative il più rapidamente possibile, e ricordo che a tal fine personalmente sono venuto a Roma ogni settimana il martedì pomeriggio e il mercoledì. Ciò è avvenuto nel

periodo in cui ho fatto parte del nucleo di valutazione, ma devo ritenere che ancor oggi le cose non siano cambiate.

In relazione al ruolo svolto dal CIPE devo rilevare come in questo paese si verifichi la tendenza a fare due volte le stesse cose. Il CIPE, anziché limitarsi a verificare se i progetti erano realizzabili e avevano la copertura economica, ha ricominciato da zero il lavoro di selezione già svolto dal nucleo di valutazione. Questo è quanto avvenuto e posso affermarlo con sicurezza, in quanto i progetti dell'ospedale che dirigo sono stati approvati solo un mese fa, dopo insistenze di mesi e la dimostrazione della loro validità.

Forse la tendenza a duplicare gli interventi è dettata dall'intento di raggiungere il massimo di non so quale certezza. Comunque, alla fine è stata approvata dal CIPE una serie di progetti, di cui la *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato l'elenco, ma io non so se lo Stato e le regioni, che dovranno farsi carico del 5 per cento dei mutui, siano pronti a coprire la spesa. So invece che la legge finanziaria di quest'anno prevede per l'edilizia sanitaria 1.500 miliardi più altri 1.000. Voglio sottolineare che le regioni hanno predisposto progetti edilizi ignobili in periodi preelettorali e tutte, bianche, rosse, verdi e arancioni, hanno distribuito i soldi «a pioggia», prescindendo da scelte mirate e oculate. Non c'è dubbio perciò che si troveranno a non poter coprire la spesa, anche perché i 30.000 miliardi previsti per il triennio dalla legge finanziaria del 1988 non sono stati impegnati. I 2.100 miliardi per il programma AIDS, non ancora usati, sono stati reperiti dal primo stanziamento di 10.000 miliardi; così come non sono stati ancora utilizzati i fondi per gli anziani. Comunque, anche i progetti approvati dal CIPE sono ancora fermi perché sembra che la Cassa depositi e prestiti non abbia una lira per accendere i mutui e avviare le realizzazioni. Proprio con riferimento all'esecuzione dei lavori, forse sarebbe bene – se potessi decidere, io farei così – acquisire dai responsabili chiarimenti precisi sui problemi di carattere burocratico ai quali ho poc'anzi fatto cenno e che hanno portato all'arresto dei lavori nel mio ospedale.

Per quanto riguarda la questione dei centri di spesa, occorre rendersi conto del livello di competenza e di conoscenza degli amministratori, nonché delle caratteristiche dell'organizzazione di molte strutture sanitarie. Relativamente all'ospedale che io dirigo, che è per dimensioni il quarto ospedale del nostro paese, uno fra i più grandi del mondo, perché in nessun'altra parte farebbero ospedali di tali dimensioni, posso dire che sono occorsi quattro anni per identificare 358 centri di costo e per adottare un modello di contabilità riferito a tali centri. Sono convinto che abbiamo fatto del nostro meglio, restando sempre nei limiti del bilancio, nonostante alla richiesta di adottare tale nuovo modello di contabilità non si sia accompagnato alcun finanziamento per un'operazione che certo comporta delle spese. Poiché conosco alcune realtà della Calabria, ma anche dell'Umbria e della stessa Emilia-Romagna, posso assicurarvi che verreste guardati come marziani se chiedeste a tanti direttori amministrativi di identificare i centri di costo e di farlo con un *budget* a base zero. Gli amministratori non hanno la minima idea in proposito, mancando loro la formazione necessaria.

ROSCIA. Ma i dirigenti amministrativi saranno, come minimo, dei ragionieri o più probabilmente dei laureati in economia e commercio o in scienze economiche. Tutti i contabili dovrebbero essere in grado di svolgere questo lavoro. Forse abbiamo una classe dirigente che non è preparata?

ZANETTI. La sua domanda mi offre l'occasione per sollevare di fronte alla Commissione bilancio del Senato una questione molto importante. Siamo proprio sicuri che nel nostro paese, almeno nel campo della sanità dove io da 35 anni lavoro, sia stata attuata una seria politica di formazione degli amministratori deputati a dirigere questa realtà così complessa? Il personale amministrativo - e il dottor Veronesi potrà confermarlo - è stato preparato solo per effettuare controlli di legittimità sugli atti ma mai, neanche negli ultimi anni, è stato formato per il *management*.

È pertanto inevitabile chiedersi cosa succederà dal prossimo 1º gennaio 1994, data dalla quale, secondo il decreto n. 502, dovrebbe realizzarsi l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e di alcuni ospedali, che io auspico avvenga nell'ambito di una loro riduzione, anche se le regioni, per motivi di campanilismo, sono di contrario avviso. Ritengo che, se le regioni lavoreranno bene, sarà possibile passare dagli attuali 704 a circa 300-350 centri di spesa, per ciascuno dei quali ci dovrà essere un direttore generale, un direttore amministrativo e un direttore sanitario assunti a contratto. Inoltre negli ospedali - è giusto che sia così ed è così che avviene in ogni parte del mondo - ci dovrà essere un direttore medico. Mi chiedo in che modo sarà possibile dal prossimo 1º gennaio reperire 300 direttori sanitari, i loro collaboratori e circa 300 direttori medici di ospedale. Posso dire che personalmente ho dovuto migrare per mezzo mondo per imparare un po' il mestiere, perchè in Italia non me lo insegnava nessuno. Non esistono infatti scuole di formazione per gli amministratori. Ciò appare tanto più grave se si considera che si tratta di trovare dirigenti capaci di gestire un patrimonio di 100.000 miliardi.

PAVAN. Gli attuali direttori sanitari non sono in grado di farlo?

ZANETTI. Innanzitutto, nonostante quanto previsto nelle circolari ministeriali, nella stragrande maggioranza degli ospedali italiani non c'è il direttore sanitario, ma solo un primario facente funzione, cioè qualcuno che fa un mestiere diverso dal suo. È una cosa pazzesca. Fare il direttore sanitario oggi non è la stessa cosa di trent'anni fa in quanto le aziende sono complesse e la loro direzione richiede una professionalità specifica.

REVIGLIO. So che l'Università Bocconi sta tenendo dei corsi.

ZANETTI. Il CERGAS, nell'ambito della Bocconi, non prepara direttori sanitari.

REVIGLIO. C'è anche il CRESA, in Piemonte, un centro che io ho fondato circa vent'anni fa.

ZANETTI. Il CRESA ha cominciato a prepararli.

Nel nostro paese non è stata mai assicurata, a differenza di quanto avviene in altri paesi, la preparazione dei direttori sanitari. Lo affermo in base ad una esperienza diretta: quando 35 anni fa decisi di fare il medico di sanità pubblica e non il medico con il fonendoscopio venni guardato come una bestia rara. In Francia, in Germania, negli Stati Uniti, in Inghilterra e in Canada ci sono scuole incredibili per la formazione di medici dirigenti, mentre in Italia ne abbiamo due, entrambe - lo dico con molto orgoglio - da me dirette, quella dell'Università cattolica di Milano, che tiene corsi per soli medici, ed una in Emilia-Romagna per medici e amministrativi. Abbiamo iniziato tre anni fa e cominciamo ad avere i primi diplomati. Non esistono altre scuole ad eccezione delle due che ho richiamato; in essa però si tengono corsi intensivi per insegnare i principi di economia sanitaria ma non i criteri manageriali per l'organizzazione della struttura sanitaria che, almeno in parte, sono una cosa diversa. Questa è una grave carenza del nostro paese.

PRESIDENTE. La ringrazio molto professor Zanetti.

VERONESI. Il mio intervento sarà piuttosto breve poichè, in pratica, l'amico Zanetti ha già risposto a tutte le domande, anche se non sono pienamente d'accordo con quanto da lui sostenuto in tema di formazione. Desidero soltanto aggiungere un'osservazione circa lo stanziamento dei famosi 30.000 miliardi previsti dalla legge finanziaria del 1988.

Tale legge prevedeva la possibilità di ricorrere all'indebitamento con la Banca europea degli investimenti per 10.000 miliardi e a tale scopo venivano stanziate le somme necessarie per pagare le rate del mutuo. Per gli altri 20.000 miliardi la legge stabiliva che si sarebbe proceduto analogamente nei due periodi successivi, in relazione a quanto avrebbero stabilito le relative leggi finanziarie. Di fatto, i 30.000 miliardi non sono mai stati disponibili: tutt'al più si è potuto contare sui primi 10.000 miliardi, dei quali una quota è stata destinata al progetto AIDS, una quota al progetto anziani e una piccola parte - mi sembra - ai problemi legati alla frana di Ancona. La conseguenza è che finora sono stati pagati solo i costi di progettazione.

Con quel sistema, però, e giocando su una cifra di 30.000 miliardi, nel 1989 è stata raggiunta la previsione di 1.917 miliardi per la parte di finanziamento in conto capitale; nello stesso anno, la previsione del Fondo sanitario nazionale era pari a 58.870 miliardi. Ebbene, in una realtà complessa quale quella della sanità, prevedere una cifra così limitata in conto capitale rispetto ad una spesa corrente tanto rilevante significa approvare storicamente quanto c'è stato e non modificare nulla. Dal 1990 in poi abbiamo avuto via via una caduta del conto capitale: 1.714 miliardi in quell'anno, 1.500 miliardi nel 1991, mentre addirittura nel 1992 non abbiamo alcuna previsione, in quanto c'è stata una autorizzazione alle regioni a contrarre mutui fino a 1.500 miliardi. Nel 1993 la previsione è di 800 miliardi. In questo modo il sistema è privato di ogni possibilità di riequilibrio interno e questo è molto dannoso perchè non stiamo parlando di una catena di montaggio: se è

necessario, una catena di montaggio inefficiente può essere interrotta in attesa di costruirne un'altra migliore; per la sanità il sistema deve rimanere in piedi fino a quando non ne viene impiantato uno diverso, poichè bisogna rispettare il principio fondamentale dell'assistenza. L'assoluta insufficienza delle previsioni in conto capitale è uno dei drammi del sistema. Credo di poter dire tranquillamente che se si potesse trasferire il 50 per cento della parte corrente al conto capitale - ma seriamente e non come le regioni che, nel corso dell'anno, riescono ad impegnare per investimenti soltanto il 30 per cento del conto capitale - probabilmente qualcosa di diverso sarebbe potuto avvenire.

Relativamente alla parte contabile, sono del parere che si possano ottenere risultati migliori e che comunque il sistema oggi esistente sia abbastanza difficile da gestire, essendo caratterizzato da circa 700 centri di *input*. Credo che utilizzando i dati non in forma contabile ma in forma analitica, cioè studiando le tendenze, qualche elemento conoscitivo in corso d'opera potrebbe tranquillamente emergere. Certamente positiva è la trasformazione della contabilità finanziaria in una puramente economica, anche se - premesso che sono sempre stato convinto sostenitore in questo settore di una contabilità economica che appunti la propria attenzione sul costo della prestazione e non sul ricavo dalla stessa - non vorrei venisse abbandonata totalmente la contabilità finanziaria: la gestione di denaro pubblico in qualche modo deve essere controllata secondo i principi generali.

Sempre a proposito del passaggio alla contabilità economica, devo esprimere qualche perplessità sulla dizione «impiego dell'utile», che probabilmente sarà sfuggita ai suoi redattori, contenuta nel decreto n. 502 del 1992. Non credo si possano ipotizzare utili in un sistema, la sanità pubblica, che ha il limite obiettivo del pareggio tra il totale delle entrate e quello delle spese. Nel momento stesso in cui si crea un utile - non un avanzo, si badi bene - vuol dire che è stato compiuto un prelievo eccessivo rispetto alle necessità e a questo punto avrei l'impressione di cadere in alcuni divieti di carattere più generale.

Sono peraltro convinto che un sistema come l'attuale (o comunque con l'aggiunta di quello che definirei il «conto di esercizio»), non essendo necessario conoscere esattamente quanto costa il segmento all'interno della linea di produzione che alla fine dà la prestazione, debba definire con chiarezza invece il costo della prestazione stessa. In ogni caso, è certo che la prestazione non deve essere collegata al relativo costo, più o meno elevato, bensì all'obbligo, sancito per legge, di fornirla comunque: una volta stabilito questo, le prestazioni devono essere fornite nelle migliori condizioni di efficienza possibili. Una spinta eccessiva di ordine economico comporta il rischio che magari si producano moltissime aspirine perchè costano poco e si vendono molto, e pochissimi farmaci antiepilettici, per esempio, perchè il loro consumo è scarso. In altre parole occorre determinare l'obiettivo da raggiungere e cercare di perseguirlo con efficienza dall'interno e dall'esterno.

CREUSO. Siccome tra breve dovremo esaminare l'articolo 23, relativo all'edilizia sanitaria, del disegno di legge n. 1145, ritengo opportuno chiarire la storia dell'articolo 10 della legge finanziaria del

1988, la n. 67. Occorre essere chiari sulle responsabilità, per evitare un approccio errato nell'esame dell'articolo 23.

L'articolo 20 della legge n. 67 prevedeva una serie di iniziative che avevano come base finanziaria la possibilità che la Cassa depositi e prestiti accendesse mutui presso la BEI pari a tre *tranches* di 10.000 miliardi l'una. Tutto questo avvenne nella primavera del 1988. L'anno dopo l'allora ministro Donat-Cattin autorizzò con un proprio decreto le regioni ad accedere, secondo i programmi che esse avrebbero poi predisposto, ai mutui della Cassa depositi e prestiti in base ai programmi approvati dal CIPE. Con l'articolo 20 veniva trasferita alle regioni che avevano crediti la possibilità di accendere direttamente, per le spese autorizzate ed approvate dal CIPE, mutui con la Cassa depositi e prestiti. Si trattava di una forma di contabilità semplicissima: le regioni presentavano programmi e, dopo la loro approvazione, potevano accendere i mutui con la Cassa depositi e prestiti.

Tutto ciò cambiò nel 1989, con il successivo Governo, in quanto il Ministro della sanità per prima cosa stabilì che i progetti dovevano essere determinati da direttive del Ministero e sottoposti all'esame del nucleo di valutazione costituito presso lo stesso. Con una seconda direttiva dell'allora Ministro si tolse completamente alle regioni la possibilità di accedere direttamente alla Cassa depositi e prestiti, non essendo più le stesse destinatarie dei finanziamenti ma solamente incaricate di raccogliere i progetti; successivamente, in base ad un'ulteriore direttiva, non solo le regioni ma chiunque potè presentare domanda al Ministero della sanità per finanziare singoli progetti, superando i programmi delle regioni - fatto veramente inenarrabile - naturalmente con l'avallo dei nuclei di valutazione costituiti presso i Ministeri della sanità e del bilancio.

Ho svolto queste considerazioni per evidenziare che l'articolo 20 della legge finanziaria del 1988 prevedeva un'operazione intelligente, riuscendo a sposare il necessario rientro della spesa corrente con la ristrutturazione del patrimonio sanitario e affidando tale rientro a chi ne aveva la capacità, cioè ai centri di spesa e non al Ministero. Deviando da questo disegno si rischia di continuare nell'errore compiuto dal ministro De Lorenzo; se è così, ritiro il *Te Deum* che ho recitato quando questo Ministro è uscito dal Governo.

ZANETTI. Posso dire, in base alla mia esperienza presso il nucleo di valutazione, che i funzionari del Ministero hanno sempre sostenuto che i progetti che sottoponevano alla nostra attenzione provenivano dalle regioni.

CREUSO. Il mio comune ha varato direttamente un progetto per un'opera socio-sanitaria, senza neanche passare attraverso la USL.

SPOSETTI. Vorrei chiedere al professor Zanetti di fornirci, se possibile, una documentazione relativa al suo ospedale - uno dei 704 centri di spesa di cui ha parlato - contenente dati analitici relativi all'andamento dei settori fondamentali di spesa, per capire in quali settori sia possibile conseguire un risparmio basato su interventi non eccezionali, dettati dal buon senso e dal rispetto della buona organizzazione.

Vorrei inoltre sapere se il professor Zanetti, in base alla sua esperienza, ritiene che le decisioni del Parlamento abbiano influito e, in caso positivo, in quale misura sull'aumento della spesa sanitaria. Vorrei poi sapere qual è stato l'effetto complessivo delle misure decise dal Parlamento, adottate che siano state o meno dalle regioni. Alcune leggi nazionali presuppongono decisioni dei consigli regionali; cosa si è determinato nei casi dell'attuazione conforme di queste leggi, oppure della loro tardiva o mancata attuazione? Concludo con una considerazione sulle sue riflessioni a proposito dei centri di costo e dell'impreparazione che in materia si registra nel nostro paese. Mi pare che la sua esperienza dimostri che occorre superare questi ritardi. Il collega Gualtieri ha documentato che la sottostima del Fondo sanitario potrebbe essere un alibi per far pagare poi al contribuente la differenza sulla base di un accordo perverso tra il Governo e le regioni. Anche per questo appare necessario uno sforzo comune per la formazione di personale adeguato, considerato anche che i contratti della sanità degli ultimi anni fissano retribuzioni che non sono certo ai livelli più bassi. Penso che alle giuste rivendicazioni di un innalzamento dei livelli degli stipendi del personale sanitario debba corrispondere, soprattutto da parte dei direttori amministrativi e dei dirigenti, uno sforzo volto a conseguire un risparmio.

Ricordo che la mia parte politica si è battuta contro il decreto n. 502, con il quale il legislatore ha cercato comunque di fissare alcuni principi che, per essere attuati, presuppongono però un accoglimento più vasto e anche un lavoro più convergente.

ZANETTI. Farò senz'altro avere al Presidente un prospetto relativo all'azienda in cui lavoro e nella quale ho delle responsabilità, perché sono convinto che si potrebbero realizzare, anche in modo semplice, risparmi significativi. Negli ultimi due mesi ho predisposto per la regione uno studio che indica per il nostro ospedale una possibilità di risparmio del 3 per cento, percentuale che, considerata l'inflazione programmata, arriva al 7 per cento, cioè alla cifra alquanto rilevante di 30 miliardi. La regione pretenderebbe che ne risparmiassimo 80, il che è assolutamente folle. Nel prospetto indicherò inoltre quelle che a mio avviso potrebbero essere le linee di intervento e anche le ricadute delle decisioni del Parlamento, con riferimento ai temi dei reparti per i detenuti, alle strutture per i malati di AIDS, e tenendo conto del fatto che, in ottemperanza alle norme comunitarie, l'IVA è passata dal 9 al 19 per cento.

Posso dispensare ben poca consolazione sul tema della impreparazione del personale; è certo però che bisogna veramente cambiare mentalità. Ritengo che un vantaggio dall'applicazione, seppur faticosa, del decreto n. 502, potrà aversi veramente se vi sarà la possibilità di utilizzare strumenti aziendalistici per gestire le future strutture sanitarie. Credo che i dirigenti più sensibili desiderino confrontarsi con questa possibilità e assumersi le loro responsabilità fino in fondo. In tema di responsabilità, sostengo da sempre che i massimi dirigenti degli ospedali debbano essere assunti con contratto e non rimanere al loro posto in eterno; se negli anni in cui ho diretto l'ospedale avessi ammazzato qualcuno, nessuno mi avrebbe cacciato via: è una follia. Il

contratto a termine per i dirigenti è un elemento di fondo, anche se poi bisognerà affrontare il problema dei controlli. Credo però che la competizione regolamentata sia l'elemento sul quale confrontarsi: chi non ce la farà, abdiccherà. La scelta di un azionalismo corretto e non di libero mercato brutale è giusta. Una scelta di libero mercato brutale comporterebbe una contrazione del settore pubblico, specialmente nel Sud d'Italia dove, a differenza del Nord del paese in cui il pubblico è abbastanza ferrato e nella simbiosi con il privato è prevalente, è il settore pubblico quello che nella simbiosi con il privato appare soccombente.

Credo che sarebbe stato fondamentale prevedere nel decreto n. 502 del 1992 l'obbligo per le regioni di formare il personale dirigente, come ha fatto in modo molto intelligente, unica in Italia, l'Emilia-Romagna, che ha impegnato 600 milioni per un aggiornamento obbligatorio dei propri dirigenti.

GUALTIERI. I dati che ci ha fornito il dottor Monorchio indicano che, nell'ambito della spesa generale, la spesa relativa al personale negli ultimi anni ha subito un notevole incremento: dal 15 per cento dell'anno scorso siamo passati all'attuale 18,9 per cento. Viceversa la spesa farmaceutica si è ridotta dal 9 al 7,1 per cento.

Certamente questi dati potranno essere smentiti, ma comunque vorrei avere alcuni chiarimenti circa le azioni dell'ultimo giorno di governo del ministro De Lorenzo. Ricordo che precedentemente il personale medico si divideva in primari, aiuti e assistenti. Il ministro De Lorenzo invece ha siglato un accordo sindacale in base al quale il personale sanitario si articola in due sole fasce, con uno scatto automatico in avanti di un intero livello. Da più parti è stato detto che si tratta di un accordo pazzesco, peraltro sottoscritto (è bene ricordarlo) solo per evitare che le associazioni mediche procedessero nella raccolta delle firme richieste per abolire il decreto. Vorrei conoscere il vostro giudizio su tale accordo, che a mio parere, almeno dal punto di vista finanziario, deve essere considerato infame.

ZANETTI. Forse questo accordo può essere considerato una follia, ma nel momento in cui la legge ha abolito la figura dell'assistente è diventato quasi un passaggio obbligato. Se mi fossi trovato nei panni del Governo sarei stato notevolmente in imbarazzo. Comunque, a mio parere, deve essere considerato ancora più folle l'accordo firmato dal ministro Costa in ordine all'immissione immediata del personale ambulatoriale esterno nel Servizio sanitario nazionale. Infatti quest'ultima decisione ha avuto effetti ancora più deleteri sia dal punto di vista economico, sia da quello culturale.

VERONESI. Senatore Gualtieri, voglio precisare che quest'anno, per la prima volta dal 1980, la spesa sanitaria crescerà meno dell'inflazione. Ciò avverrà perchè non si è proceduto al rinnovo contrattuale e perchè l'inasprimento dei *ticket* ha ridotto la domanda di prestazioni sanitarie, influenzando il bilancio della farmaceutica specialistica sia interna che esterna.

Tuttavia la spesa per beni e servizi crescerà del 10 per cento circa. Ancora una volta perciò il sistema risulta condizionato da elementi esterni e contemporaneamente non dà segnali di recupero di efficienza all'interno. È perciò impossibile chiedere al professor Zanetti di imporre una decelerazione della spesa in un solo anno; invece si può fin d'ora pensare ad una pianificazione triennale e richiedere un impegno in tal senso: senza la pianificazione le decelerazioni annuali non hanno la capacità di incidere nei consumi dell'organizzazione sanitaria.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18,55.

