

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

GIUNTE E COMMISSIONI parlamentari

—————

213° RESOCONTO

SEDUTE DI VENERDÌ 17 OTTOBRE 1997

—————

INDICE

Commissioni permanenti

12^a - Igiene e sanità *Pag.* 3

IGIENE E SANITÀ (12^a)

VENERDÌ 17 OTTOBRE 1997

115^a Seduta*Presidenza del Presidente*
CARELLA*Interviene il ministro per la sanità Bindi.**La seduta inizia alle ore 9,10.***SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE**
(A007 000, C12^a, 0035^o)

Il presidente CARELLA avverte che la Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari ha deliberato nella riunione di ieri che le Commissioni permanenti comunichino il proprio rapporto sui documenti di bilancio alla 5^a Commissione entro il prossimo mercoledì, 22 ottobre.

Al fine di contenere i tempi dell'esame in modo da rispettare tale termine, propone di svolgere congiuntamente la relazione e la discussione generale sul disegno di legge di bilancio e sulle relative tabelle e note di variazione (n. 2739, n. 2739-*bis* e Tabelle 17 e 17-*bis*), sul disegno di legge finanziaria (n. 2792), sul disegno di legge recante «Misure di stabilizzazione della finanza pubblica» (n. 2793) e sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 328 recante «Disposizioni tributarie urgenti» (n. 2791).

A conclusione della discussione generale e delle repliche, l'esame dei quattro disegni di legge verrà disgiunto al fine di consentire, successivamente, la votazione del parere alle Commissioni riunite 5^a e 6^a sul disegno di legge n. 2793, del parere, sempre alle Commissioni riunite, sul disegno di legge n. 2791, degli emendamenti e degli ordini del giorno riferiti al disegno di legge di bilancio e alle relative note di variazione e, infine, degli ordini del giorno riferiti al disegno di legge finanziaria.

Successivamente, infine, si procederà alla ricongiunzione dell'esame del bilancio e della legge finanziaria, al fine di approvare il relativo rapporto alla 5^a Commissione permanente.

Non essendovi osservazioni, così resta stabilito.

*IN SEDE CONSULTIVA***(2793) Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica**

(Parere alle Commissioni 5^a e 6^a riunite)

(2791) Conversione in legge del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti

(Parere alle Commissioni 5^a e 6^a riunite)

(2739 e 2739-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000 e relativa Nota di variazioni

– (Tab. 17 e 17-bis) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998

(2792) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)

(Rapporto alla 5^a Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

(Esame congiunto e rinvio)

Il relatore DI ORIO, illustrando congiuntamente i provvedimenti in titolo, fa presente che la manovra finanziaria all'esame della Commissione appare diretta, per quanto riguarda il comparto sanitario, a realizzare in maniera complessivamente razionale e soddisfacente gli obiettivi che erano stati individuati nel Documento di programmazione economico-finanziaria relativo alla manovra di finanza pubblica relativa agli anni 1998 – 2000.

Il suddetto Documento, in particolare, si proponeva interventi diretti alla razionalizzazione, alla riorganizzazione e alla riqualificazione del Servizio sanitario nazionale, nella consapevolezza della necessità di armonizzare le due opposte esigenze di impedire un incremento della spesa in termini reali e di far fronte alla crescita tendenziale delle esigenze di servizi sanitari determinata dall'innalzamento dell'età della vita media e dal progresso medico e tecnologico.

La prima importante novità che va segnalata nel bilancio di previsione sottoposto all'esame del Parlamento (A.S. 2739) è la rivalutazione del Fondo sanitario nazionale che inverte una ormai decennale tendenza alla sottostima. In particolare, la nota di variazioni al bilancio eleva la misura del concorso statale a 42 mila 700 miliardi di lire che – sommati ai 55.100 miliardi dei contributi sanitari, ai 4.100 miliardi delle entrate proprie delle Unità sanitarie locali e ai 5.500 miliardi del contributo dei bilanci delle regioni a statuto speciale – portano l'ammontare del Fondo sanitario nazionale a 106.100 miliardi di lire, al netto dell'integrazione per i minori contributi sanitari del 1995, degli oneri per le borse di studio di specializzazione e del contributo alla Croce rossa.

Egli, peraltro, ribadisce la necessità di commisurare il fabbisogno per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale alle esigenze determinate dai meccanismi della spesa sanitaria stessa. In questo senso suscita qualche perplessità la nota esplicativa dello stato di previsione del Ministero del tesoro che descrive in termini asso-

lutamente generici i criteri per la determinazione dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale.

Per quanto riguarda il disegno di legge finanziaria (A.S. 2792), le disposizioni più rilevanti in materia sanitaria sono quelle relative al fondo speciale di parte corrente – nel quale risultano accantonate a favore della sanità le somme relative alle spese per l'asilo nido e per gli interventi a favore dei soggetti danneggiati da emoderivati e vaccinazioni (complessivamente 3065,160 miliardi nel triennio) – e al fondo speciale di parte capitale, nel quale sono iscritti complessivamente importi per le spese di edilizia sanitaria per 1.100 miliardi di lire nel triennio.

In attuazione di quanto disposto dal comma 14 dell'articolo 8 della legge n. 910 del 1986, poi, sono stanziati in tabella C 400 miliardi per ciascuno dei tre anni a favore del Fondo sanitario nazionale di parte capitale, mentre, in attuazione del comma 2 dell'articolo 27 della legge n. 41 del 1986, sono stanziati 40 miliardi per il 1998 per il potenziamento del sistema informativo sanitario. È inoltre da rilevare la riduzione da 375 miliardi – cifra prevista dalla finanziaria dello scorso anno – a 338 miliardi per ciascun anno del contributo al Fondo sanitario nazionale per la ricerca scientifica, previsto dall'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nella tabella F, infine, sono resi disponibili, a fronte dell'abrogazione delle norme che autorizzano il Tesoro a contrarre mutui, 2.880 miliardi di lire e 320 miliardi di lire per il finanziamento del ripiano dei disavanzi delle Aziende unità sanitarie locali al 31 dicembre 1994 (legge n. 21 del 1997, di conversione del decreto legge n. 630 del 1997) nonché, sempre in virtù della stessa legge, 670 miliardi per il 1998 e 1.830 miliardi per il 1999 per interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica.

Per quanto riguarda gli interventi di carattere normativo, previsti dal disegno di legge recante misure di stabilizzazione della finanza pubblica (A.S. 2793), è da valutare in primo luogo positivamente la decisione di non ricorrere alla predeterminazione del tetto della partecipazione alla spesa farmaceutica nazionale.

L'insieme delle misure proposte in materia di sanità dal disegno di legge in questione è inteso a realizzare un risparmio complessivo di 1.100 miliardi di lire; l'articolo 14, in particolare, reca una serie di interventi diretti ad aumentare l'efficienza dell'uso delle risorse sanitarie, con un risparmio stimato di 300 miliardi di lire.

Il complesso di questi interventi si fonda sull'attribuzione, da un lato, di una maggiore responsabilità per la programmazione degli interventi sanitari agli organi di Governo regionale e, dall'altro, di una effettiva responsabilità gestionale non solo ai dirigenti delle aziende sanitarie, ma anche agli amministratori dei presidi ospedalieri e dei distretti.

Il comma 1, infatti, fa obbligo alle Regioni e alle Province autonome di assegnare alle aziende sanitarie, sulla base dei livelli spesa rendicontati, obiettivi di risparmio per l'acquisizione di beni e di servizi in misura non inferiore all'1, 5 per cento della spesa rendicontata per l'esercizio 1996, calcolata in termini reali. Spetta altresì alla Regione o alla Provincia autonoma stabilire le modalità e i limiti entro i quali i di-

rettori generali possono delegare ai dirigenti dei presidi ospedalieri e dei distretti l'approvvigionamento diretto di beni e servizi per i quali risultino inopportune procedure unificate, ferma restando la vigilanza e la verifica dei risultati.

Il comma 2 è diretto a rendere effettive le responsabilità per il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui al comma precedente; la norma infatti stabilisce che la mancata osservanza da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie degli obblighi imposti da leggi dello Stato per il contenimento della spesa sanitaria, ovvero la mancata trasmissione al servizio informativo sanitario dei dati indispensabili alle attività di programmazione e di controllo determini l'applicazione di una riduzione fino al 3 per cento, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, della quota spettante alla Regione o alla Provincia autonoma. Per quanto riguarda i direttori generali delle aziende sanitarie, poi, le loro inadempienze costituiscono oggetto di valutazione per l'eventuale risoluzione del contratto, e comunque determinano, in applicazione del resto di quanto già previsto dal comma 5 dell'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 502 del 1995, la mancata corresponsione della quota integrativa del trattamento economico, sanzione quest'ultima che può essere disposta, ove si individuino responsabilità, anche a carico dei dirigenti e dell'altro personale delle aziende sanitarie.

In conformità ai criteri individuabili anche sulla base del Documento di programmazione economico-finanziaria, il comma 3 dell'articolo 14 finalizza le risorse del Fondo sanitario nazionale che si rendano eventualmente disponibili in relazione all'applicazione delle sanzioni stabilite dai commi precedenti, al finanziamento di azioni di sostegno volte a rimuovere gli ostacoli che hanno dato origine all'inadempienza ovvero di progetti speciali di innovazione organizzativa e gestionale per la tutela delle fasce deboli.

Ai fini della governabilità del sistema della spesa sanitaria, riveste particolare importanza il comma 4, con il quale si estende l'obbligo del pareggio, previsto per le aziende ospedaliere, ai presidi ospedalieri delle AUSL aventi autonomia economico-finanziaria e contabilità separata.

Il comma 5 impone alle Regioni e alle Province autonome di stabilire, per ciascuna istituzione sanitaria pubblica o privata o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile per il Fondo sanitario nazionale e i preventivi annuali delle prestazioni. Per assicurare tale rispetto dei limiti di spesa le Regioni e le Province autonome adottano sistemi di riduzione delle tariffe da applicare in caso di superamento dei limiti di spesa. A tale proposito, egli osserva che, pur comprendendosi le finalità di contenimento della spesa sottese a questa disposizione, questo criterio, proprio in quanto basato sulla fissazione di un tetto massimo delle prestazioni, potrebbe tradursi in una causa di disparità di trattamento tra i cittadini che fruiscono delle prestazioni stesse.

I commi 6 e 7, infine, dettano un articolato sistema di disposizioni intese a consentire un'efficace attività di vigilanza e di controllo sul corretto uso delle risorse.

L'articolo 15 si propone di realizzare un risparmio di circa 100 miliardi riducendo, da un lato, del 10 per cento il monte ore complessivo delle prestazioni specialistiche rese in regime convenzionale e, dall'altro, favorendo l'inquadramento in ruolo degli specialisti titolari di incarichi orari di oltre 29 ore settimanali e risolvendo il rapporto di coloro che non intendono avvalersi della possibilità di transitare in ruolo. In merito, egli segnala, peraltro, che talune organizzazioni di categoria non ritengono corrette le stime del Governo in ordine al personale coinvolto e al risparmio conseguibile.

L'articolo 16 razionalizza i criteri per la partecipazione alla spesa per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale, riducendo la durata dei cicli terapeutici prescrivibili con ciascuna ricetta, con un risparmio previsto di 250 miliardi di lire, determinato da una prevedibile riduzione dei fenomeni di iperprescrizione e da un certo aumento della partecipazione complessiva dei cittadini alla spesa, considerando che a parità di cicli terapeutici corrisponderà un maggior numero di ricette e di relativi ticket.

Il relatore, a tale proposito, esprime l'avviso che il ruolo della medicina fisica e riabilitativa all'interno del Sistema sanitario pubblico debba essere oggetto di una complessiva revisione, in modo da valorizzare le potenzialità di queste terapie, anche ai fini del miglioramento dell'equilibrio finanziario del sistema, specialmente in presenza di un incremento delle patologie legate all'invecchiamento della popolazione.

Gli articoli 17 e 18, infine, sono diretti ad assicurare certezza ai bilanci delle aziende sanitarie, in primo luogo attribuendo la legittimazione per i rapporti attivi e passivi delle gestioni delle vecchie USL alle gestioni liquidatorie istituite dalla legge n. 549 del 20 dicembre 1995 e vietando le azioni esecutive su fondi e beni diversi da quelli destinati al ripianamento dei disavanzi sanitari delle suddette ex USL, nonchè, in secondo luogo, istituendo un contributo assicurativo sostitutivo delle azioni di rivalsa, per un risparmio atteso di 450 miliardi di lire.

Nel complesso la manovra appare equilibrata e pertanto egli propone che la Commissione esprima un parere favorevole sul disegno di legge collegato, nonchè un rapporto favorevole sul disegno di legge di bilancio e sul disegno di legge finanziaria, anche se va ribadita la necessità di un riordino più complessivo del Sistema sanitario nazionale, che sarà oggetto di esame da parte del Parlamento quando verrà discusso il disegno di legge delega presentato dal Governo alla Camera dei deputati, sulla revisione del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Per quanto di competenza della Commissione sanità, infine, egli propone di esprimere un parere favorevole anche sul disegno di legge n. 2791, anch'esso collegato alla manovra finanziaria, di conversione del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti.

In conclusione, il relatore Di Orio chiede al Ministro di fornire chiarimenti in merito a talune questioni di particolare importanza – cui ha fatto riferimento il Presidente del Consiglio dei ministri nelle sue recenti comunicazioni – concernenti la risoluzione di taluni fenomeni di precariato e la revisione della normativa sui *ticket* per malati cronici,

nonchè in merito al disegno di legge di delega per la riforma del decreto legislativo n. 502 del 1992, presentato alla Camera dei deputati.

Ha quindi la parola il ministro BINDI per fornire i richiesti chiari. In via preliminare ella fa presente di non essere nelle condizioni di dare indicazioni precise in merito ai provvedimenti che saranno predisposti per risolvere il problema dei precari e per rivedere la normativa concernente le esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria per i malati cronici, in quanto è attualmente in corso una concertazione con le parti sociali interessate. Si tratterà di definire una misura di 5.000 miliardi per la spesa sociale, di cui 400 miliardi costituiranno, probabilmente, il contributo richiesto per il comparto sanità: a tale proposito il Ministro fa presente che verranno adottati dei provvedimenti concernenti il rapporto fra Servizio sanitario nazionale e assicurazioni nonché sulla revisione del regime delle esenzioni, che terrà conto delle patologie e dei redditi familiari, in modo da superare il rigido criterio finora utilizzato dell'età e delle fasce di reddito. In particolare, occorrerà rivedere i criteri contenuti nella normativa del decreto ministeriale del 1992 sulle esenzioni per le patologie, in modo da dare alla medesima un assetto più razionale, eventualmente ricorrendo a emendamenti in sede di esame della manovra finanziaria. In tale ambito, occorrerà anche definire chiaramente la distinzione fra disoccupati (cioè coloro che sono in cerca di primo impiego, che secondo recenti stime toccano circa 1.200.000 famiglie, di cui 800.000 nel Mezzogiorno) e inoccupati. La normativa che dovrà essere emanata in materia comporterà inevitabilmente degli oneri, ma l'urgenza del problema suggerirà soluzioni adeguate.

Il Ministro fa poi presente che per quanto riguarda il problema del personale precario, è in corso di elaborazione e verrà quindi prossimamente presentato alle Camere un disegno di legge in materia, e che il disegno di legge di delega per la riforma del decreto legislativo n. 502, è frutto di un gruppo di lavoro costituito presso il Ministero della sanità, i cui componenti sono stati designati dal coordinamento degli assessori regionali alla sanità, nonché dall'ANCI, dall'UPI e dallo stesso Ministero. In merito ai contenuti del provvedimento, ella cita in particolare gli aspetti salienti della normativa diretta a dare un assetto più razionale al sistema sanitario, ai fini di una efficiente gestione del medesimo. In particolare è stata accolta la richiesta più volte avanzata dai comuni di un loro maggiore coinvolgimento nella programmazione sanitaria regionale nonché nella verifica della corrispondenza dei servizi forniti dalle aziende sanitarie ai bisogni sul territorio, fermo restando che le procedure di gestione e di controllo rimangono ai soggetti competenti; è inoltre prevista l'integrazione degli aspetti socio-sanitari secondo una logica dettata dalle nuove esigenze e dall'evoluzione del sistema. Altre novità concernono il ricorso a norme di diritto comune nel rapporto di lavoro del personale con particolare riferimento alla dirigenza, il coinvolgimento della dirigenza medesima nell'attività decisionale dei direttori generali, ai fini della gestione responsabile dell'azienda, nuove regole nel rapporto sanità-università - soprattutto sul versante dei fabbisogni -, l'incentivazione della ricerca biomedica, la revisione dei criteri di accreditamento del-

le strutture, nonché la ridefinizione del ruolo dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali e una nuova configurazione del Piano sanitario nazionale, ai fini del conseguimento dei livelli di assistenza uniformi.

Il Ministro precisa altresì che la scelta dello strumento legislativo del disegno di legge di delega ha recepito l'auspicio formulato dalle regioni in tal senso, in considerazione del fatto che la materia sanitaria è prevalentemente di competenza regionale e pertanto le diverse realtà territoriali avrebbero avuto modo di esprimersi attraverso la Conferenza Stato-regioni.

In merito alla illustrazione dei documenti per la manovra economico-finanziaria svolta dal senatore Di Orio, il Ministro conviene in merito all'osservazione che il dato di rilievo quest'anno è costituito dalla rivalutazione del Fondo sanitario nazionale. Altro aspetto di rilievo è senz'altro costituito dai 3.000 miliardi destinati al ripiano dei debiti pregressi delle regioni che verranno assegnati solo a fronte di una puntuale ricognizione dell'esatto ammontare del passivo. Ella auspica che si possa provvedere in modo innovativo in futuro anche sul versante degli investimenti e dell'edilizia sanitaria. Per quanto riguarda poi la omessa indicazione del tetto di spesa farmaceutica, il Ministro fa presente che non si è trattato di un'opzione in favore della pura e semplice abolizione del tetto, ma di una scelta diretta a consentire la ricerca di strumenti e criteri che possano portare alla definizione del tetto quale parametro per la responsabilizzazione nel settore farmaceutico.

Il Ministro si riserva quindi di fornire ulteriori chiarimenti in sede di replica.

Il presidente CARELLA, dopo aver ringraziato il Ministro per il suo intervento, rinvia il seguito dell'esame congiunto dei provvedimenti in titolo.

La seduta termina alle ore 9,45.

