

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

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

(Igiene e sanità)

---

### RESOCONTO STENOGRAFICO

---

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 2000 E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 2000-2002  
(n. 4237)

**Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000  
(Tabella 16)**

---

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1999) (n. 4236)

---

*IN SEDE CONSULTIVA*

## I N D I C E

**MARTEDÌ 12 OTTOBRE 1999**  
(Antimeridiana)**(4237) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002**

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

**(4236) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)****(Esame congiunto e rinvio)**PRESIDENTE: (Carella *(Verdi-l'Ulivo)*) . . . . . Pag. 3, 8  
DI ORIO *(Dem. Sin.-l'Ulivo)*, relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria . . . . . 3**MARTEDÌ 12 OTTOBRE 1999**  
(Pomeridiana)**(4237) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002**

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

**(4236) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)****(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)**PRESIDENTE (Carella - *Verdi-l'Ulivo*) . . . . . Pag. 9, 10, 23 e *passim*  
\* BERNASCONI *(Dem. Sin.-l'Ulivo)* . . . . . 18  
CAMPUS *(AN)* . . . . . 10, 12  
\* DE ANNA *(Forza Italia)* . . . . .  
DI ORIO *(Dem. Sin.-l'Ulivo)*, relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria . . . 10, 12, 23MANARA *(Lega Forza Padania per l'indip. del Nord)* . . . . . Pag. 20  
\* TOMASSINI *(forza Italia)* . . . . . 14**MERCOLEDÌ 13 OTTOBRE 1999****(4237) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002**

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

**(4236) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)****(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni alla 5<sup>a</sup> Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)**PRESIDENTE (Carella - *Verdi-l'Ulivo*) . . . . . 28, 31, 34 e *passim*  
BINDI, ministro della sanità) . . . . . 28, 33, 37 e *passim*  
\* CAMERINI *(Dem. Sin.-l'Ulivo)* . . . . . 45  
CAMPUS *(AN)* . . . . . 33, 36, 38 e *passim*  
DI ORIO *(Dem. Sin.-l'Ulivo)*, relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria . . . . . 33, 37  
\* LAURIA *(UdeuR)* . . . . . 46  
MANARA *(Lega Forza Padania per l'ind. del Nord)* . . . . . 32, 38, 39 e *passim*  
MIGNONE *(Dem. Sin.-l'Ulivo)* . . . . . 38  
MONTELEONE *(AN)* . . . . . 38, 47  
\* PAPINI *(Misto)* . . . . . 45  
\* TOMASSINI *(Forza Italia)* . . . . . 40, 43  
ZILIO *(PPI)* . . . . . 46

N. B. - L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

MARTEDÌ 12 OTTOBRE 1999  
(Antimeridiana)

**Presidenza del presidente CARELLA**

*I lavori hanno inizio alle ore 10,35.*

*(4237) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002*

**(Tabella 16)** Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

*(4236) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)*

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002» – Stato di previsione del Ministero della sanità (Tabella 16) – e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)».

Avverto che, in conformità con i tempi di discussione dei documenti di bilancio stabiliti dalla Conferenza dei Gruppi parlamentari, le Commissioni permanenti dovranno comunicare i rapporti di propria competenza alla 5<sup>a</sup> Commissione permanente entro il prossimo sabato, 16 ottobre.

Prego il senatore Di Orio di riferire alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relativa del disegno di legge finanziaria.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.*

La manovra finanziaria per il triennio 2000-2002 si configura come uno strumento di sviluppo che beneficia, come già la finanziaria dello scorso anno, del frutto del risanamento dei conti pubblici avviato nel 1992 realizzato, in particolare, con l'ammissione dell'Italia nel primo gruppo dei paesi europei che hanno adottato la moneta unica, essenzialmente nel biennio 1996-1998.

In applicazione della legge n. 208 del 1999, quest'anno è stata adottata una profonda riforma dei documenti finanziari. In particolare, è stato abolito il disegno di legge di intervento sulla finanza pubblica – il cosid-

detto disegno di legge «collegato» di sessione – rinviando quindi ad un gruppo di disegni di legge «collegati», da approvarsi fuori dalla sessione di bilancio e quindi a bilancio vigente, gli interventi programmatori di carattere ordinamentale. Di conseguenza, in accordo peraltro con quella che era l'originaria impostazione della riforma della sessione di bilancio del 1978, poi snaturata dall'adozione delle cosiddette finanziarie *omnibus*, al disegno di legge finanziaria viene attribuito un contenuto più ampio rispetto agli ultimi anni, con la previsione di interventi normativi diretti a consentire il conseguimento degli obiettivi di carattere finanziario.

Per quanto riguarda in particolare il settore sanitario, si rileva come questo rappresenti uno dei comparti nei quali appare più evidente il sopracitato carattere di strumento di sviluppo della manovra finanziaria nel suo complesso. Gli interventi in campo sanitario, infatti, appaiono chiaramente finalizzati, attraverso una cospicua mobilitazione di risorse, a consentire da un lato il perseguimento efficace degli obiettivi indicati dal piano sanitario nazionale 1998-2000 e, dall'altro, a conferire i mezzi necessari per realizzare gli interventi strutturali sull'organizzazione del sistema sanitario italiano previsti dal decreto legislativo n.229 del 1999.

Per quanto riguarda in particolare il bilancio di previsione sottoposto all'esame del Parlamento (Atto Senato n. 4237), va rilevato come esso, in linea con quanto realizzato negli ultimi tre anni, rechi una significativa rivalutazione del Fondo sanitario nazionale. In particolare si segnala che il contributo del bilancio dello Stato viene fissato nella misura di lire 46.469 miliardi; che per quanto riguarda la quota contributiva, essa risulta essere di lire 55.400 miliardi provenienti dal gettito IRAP e di lire 4.900 miliardi, provenienti dall'addizionale IRPEF corrisposta dai lavoratori autonomi; che le entrate proprie delle Aziende Unità sanitarie locali sono quantificate in lire 4.120 miliardi; che, infine, il contributo dei bilanci delle regioni a statuto speciale risulta essere di lire 6.250 miliardi.

Complessivamente dunque l'ammontare del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2000 è di lire 117.139 miliardi, con un incremento pari a circa il 9 per cento; un dato questo che ritengo vada fortemente richiamato.

Anche la struttura stessa del bilancio dello Stato ed in particolare, per quanto riguarda la competenza della Commissione igiene e sanità, della tabella n. 16, relativa allo stato di previsione del Ministero della sanità si configura – in conformità al processo di riorganizzazione e razionalizzazione della pubblica amministrazione realizzato con il decreto legislativo n. 80 del 1999 e della razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale perseguita dal sopracitato decreto legislativo n. 229 del 1999 – come uno strumento di promozione di un'azione ministeriale articolata per obiettivi. Il bilancio, infatti, è articolato in «centri di responsabilità», cui si conferiscono, mediante le unità previsionali di base, risorse in correlazione diretta agli obiettivi che si intendono perseguire in termini di livello di servizi e di intervento, con l'individuazione di indicatori di efficacia e di efficienza per la valutazione dei risultati.

Per quanto riguarda il disegno di legge finanziaria (Atto Senato n. 4236) va osservato, in primo luogo, che alla tabella A, recante l'indicazione delle voci da includere nel fondo speciale di parte corrente, risultano iscritti per il Ministero della sanità ben 5.199,250 miliardi per l'anno 2000, 5.202,200 miliardi per l'anno 2001 e 5.198,400 miliardi per l'anno 2002.

La maggior parte di queste risorse, e precisamente 5.000 miliardi per ciascuno dei tre anni considerati, sono vincolate al ripiano dei debiti delle aziende sanitarie locali. Le restanti risorse dell'accantonamento sono invece destinate alle revisione del trattamento dei specializzandi in medicina, alla realizzazione dei servizi di accoglienza per il Giubileo, per l'erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale dei farmaci di fascia C a favore di titolari di pensioni di guerra e per l'attuazione di talune disposizioni in materia di personale.

Per quanto riguarda gli stanziamenti autorizzati in relazione a disposizioni di legge la cui quantificazione annua è demandata alla legge finanziaria (Tabella C), l'ammontare complessivo è di lire 874,750 miliardi per il 2000, e di lire 824,750 miliardi per i successivi anni 2001 e 2002.

In particolare, il finanziamento del contributo al Fondo sanitario nazionale per la ricerca scientifica, previsto dall'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992, è fissato in lire 500 miliardi e in lire 450 miliardi ciascuno per gli anni 2001 e 2002. Non si può non avanzare qualche dubbio sull'opportunità della riduzione per gli ultimi due anni, anche se va ricordato che la finanziaria dello scorso anno aveva già rivalutato significativamente il contributo, quantificato fino al 1998 in circa 340 miliardi.

Sono poi stanziati lire 250 milioni per ciascuno dei tre anni considerati quale contributo all'Ufficio internazionale delle epizootie (legge n. 1927 del 1980), lire 210 miliardi all'anno per il riordinamento dell'Istituto superiore della sanità (decreto legislativo n. 267 del 1993), lire 160 miliardi annui per il riordinamento dell'ISPESL (decreto legislativo n. 268 del 1993) e lire 4500 milioni per il finanziamento dei contributi a enti, istituti, associazioni, fondazioni ed altri organismi, di cui al comma 43 dell'articolo 1 della legge n. 549 del 1995, collegato alla legge finanziaria per il 1996.

Per quanto riguarda il contenuto normativo della legge finanziaria, gli articoli che interessano il comparto sanitario sono il 19 e il 20.

L'articolo 19 si componeva nella sua originaria formulazione di quindici commi. La Presidenza del Senato ha però disposto lo stralcio dei commi 1 2 e 3, ai sensi dell'articolo 126 comma 3, del Regolamento, in quanto estranei all'oggetto della legge finanziaria. È auspicabile che tali norme trovino un'adeguata sistemazione in altro provvedimento legislativo in quanto si tratta di disposizioni particolarmente opportune al fine di perseguire obiettivi di riqualificazione dell'assistenza e di razionalizzazione delle risorse e soprattutto di riduzione delle liste d'attesa. Questi obiettivi erano perseguiti introducendo modalità di ulteriore responsabilizzazione dei dirigenti di struttura del Servizio sanitario nazionale, nonché un'adeguata attività di monitoraggio.

Le disposizioni superstiti (commi 4-15) concernono modalità per lo svolgimento dell'attività libero-professionale a favore delle aziende sanitarie da parte dei dirigenti dell'area medica.

I commi 4 e 5 modificano i limiti della partecipazione delle regioni alla spesa della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del Servizio sanitario nazionale, per le prestazioni libero-professionali, di cui al comma 2 dell'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992. In particolare il limite è del 50 per cento per le prestazioni rese presso la struttura di appartenenza del professionista, mentre è del 25 per cento per le prestazioni rese presso altra struttura del Servizio sanitario nazionale. È esclusa naturalmente ogni partecipazione alla spesa relativa a prestazioni professionali svolte al di fuori delle strutture del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la partecipazione dell'azienda sanitaria ai proventi, nella misura del 20 per cento per quanto riguarda attività rese, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture non accreditate, previa convenzione di queste con l'azienda sanitaria pubblica, e del 50 per cento per le attività libero-professionali di cui alla lettera *d*) del comma predetto.

I successivi commi 8, 9 e 10, determinano le modalità di composizione delle tariffe per le prestazioni libero-professionali erogate dalle aziende sanitarie pubbliche, in particolare per quanto riguarda la quota della tariffa spettante all'azienda, la fissazione dei criteri per la determinazione dei proventi da corrispondere ai sanitari, che sono rimessi alla contrattazione collettiva, e l'abrogazione del comma 17 dell'articolo 1 della legge n. 662 del 1996 e dell'ultimo periodo del comma 6 dell'articolo 3 della legge n. 724 del 1994, che fino ad ora regolavano la materia della determinazione del costo e della partecipazione del cittadino alle tariffe per i servizi erogati in regime libero-professionale.

Il comma 11 destina le economie derivanti dall'attuazione dei commi precedenti, in misura non superiore a lire 150 miliardi, al fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario, di cui all'articolo 72 della legge n. 448 del 1998.

Lo spirito che anima le suddette disposizioni appare nel complesso sicuramente condivisibile; è infatti corretto, da una parte, ridurre la partecipazione delle regioni alla spesa per le prestazioni libero-professionali in quanto nell'attuale misura del 90 per cento può apparire come un elemento distorsivo delle corrette regole della concorrenza che, limitatamente all'ambito libero-professionale, deve potersi dispiegare tra il servizio pubblico e i privati; d'altro lato è anche opportuno utilizzare una parte dei risparmi realizzati a sostegno della disciplina favorevole prevista per i medici che optano per la libera professione intramuraria.

Tuttavia non si può non rilevare come una così radicale modifica del sistema di partecipazione delle regioni alla spesa, disposta oltretutto in una fase assolutamente sperimentale in cui ancora non si è in grado di valutare i risultati dell'attività libero-professionale intramuraria a legislazione vigente, appaia quanto meno eccessivo; sarebbe quindi opportuno rimodulare le quote previste dai commi 4 e 5. Inoltre occorre anche valutare se, ai fini di un reale successo del regime di attività libero-professionale

svolto dalle aziende sanitarie pubbliche, non sia opportuno rimodulare l'utilizzazione delle risorse risparmiate, utilizzandole non solo ai fini dell'incentivazione del personale sanitario dirigente, ma anche per il miglioramento strutturale del servizio reso, tanto più che il fondo per l'esclusività dei dirigenti del ruolo sanitario è già opportunamente incrementato dal combinato disposto dei commi 14 e 15, a valere di parte delle minori spese determinate dall'applicazione del comma 3 dell'articolo 72 della legge n. 448 del 1998 (collegato alla finanziaria per il 1999), concernente il controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare la riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario. L'incremento del fondo per l'esclusività è così determinato in lire 750 miliardi annui per gli anni 2000 e 2001.

Al fine di potenziare i suddetti controlli, i commi 12 e 13 dispongono rispettivamente l'incremento di 1.500 miliardi delle risorse per le attività di controllo previste dal predetto articolo 72 della legge n. 448 del 1998 e la corrispondente riduzione delle disponibilità destinate al finanziamento dei progetti di cui all'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996.

In ogni caso deve essere valutato positivamente il fatto che per la prima volta vengano indicate precise poste finanziarie finalizzate allo sviluppo dell'attività intramuraria.

Per quanto riguarda poi l'articolo 20, il comma 1 prevede le modalità per consentire la corresponsione da parte di produttori di farmaci, grossisti e farmacisti delle quote di loro spettanza del contributo per lo sfondamento del tetto di spesa farmaceutica previsto dall'articolo 36 della legge n. 449 del 1997 e successive modificazioni.

Il comma 2 ridetermina per l'anno 2000 in lire 12.650 miliardi l'onere a carico del Servizio nazionale per l'assistenza farmaceutica, fermo restando il tetto del 10 per cento dell'incremento massimo di tale onere, come previsto dal comma 15 dell'articolo 36 della legge n. 449 del 1997.

I commi 3, 4, 5 e 6 sono relativi al regime di formazione del prezzo dei farmaci.

In particolare, il comma 3 estende a tutti i farmaci non coperti da brevetto, con una modulazione in 4 anni, la riduzione di prezzo stabilita per quelli per i quali è scaduta la tutela brevettuale dal comma 7 dell'articolo 36 della legge n. 449 del 1997.

Il comma 4 estende l'applicazione della procedura negoziale di cui al comma 10 dell'articolo 36 della legge n. 449 del 1997 ai medicinali che abbiano lo stesso principio attivo di altri farmaci la cui autorizzazione all'immissione in commercio è stata ottenuta con la procedura del mutuo riconoscimento per i quali, a norma del comma 5, viene resa definitiva la suddetta procedura negoziale, con ciò di fatto abolendo per la maggioranza dei farmaci il sistema del cosiddetto prezzo medio europeo, un effetto questo che desta qualche preoccupazione in quanto, pur se non si può disconoscere che il prezzo medio europeo rappresenta un criterio di carattere derivato e quindi residuale, occorre ricordare che esso era stato adot-

tato in quanto appariva come un valido elemento di riferimento, utile ai fini del contenimento della spesa farmaceutica.

Il comma 6 prevede che per i farmaci di cui ai commi precedenti possa essere prevista, a norma della deliberazione CIPE del 30 gennaio 1997, l'applicazione di sconti a favore delle strutture facenti parte del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 7, infine, tiene conto del fatto che attualmente, a fronte di circa 29.000 farmaci autorizzati, meno di 10.000 risultano effettivamente in commercio. La norma prevede pertanto la revoca dell'autorizzazione dei farmaci non più commercializzati da oltre sei mesi. Qualora le aziende intendano sospendere tale revoca, dovranno pagare la tariffa di autorizzazione all'immissione in commercio, ridotta del 25 per cento. Si tratta evidentemente di una disposizione produttiva di entrate, seppure al momento non quantificabili.

In conclusione, nel sottolineare gli elementi di trasparenza introdotti nelle disposizioni del disegno di legge finanziaria, si osserva che la manovra persegue l'obiettivo complessivo, per quanto riguarda il comparto sanitario, di incrementare i servizi ai cittadini senza oneri a loro carico. Si propone perciò di esprimere un rapporto favorevole alla 5<sup>a</sup> Commissione, con le osservazioni che emergeranno nel corso del dibattito.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore Di Orio per la sua ampia ed approfondita esposizione.

Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei documenti finanziari e di bilancio alla prossima seduta.

*I lavori terminano alle ore 11.*

MARTEDÌ 12 OTTOBRE 1999

(Pomeridiana)

**Presidenza del presidente CARELLA**

*I lavori hanno inizio alle ore 14,40.*

**(4237) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002**

(Tabelle 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

**(4236) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)**

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 4237 (Tabella 16) e 4236.

Riprendiamo l'esame congiunto sospeso nella seduta antimeridiana.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, vorrei integrare la relazione che ho svolto questa mattina per soffermarmi, in particolare, sull'articolo 23 del disegno di legge finanziaria che è significativo ai fini del contenimento della spesa sanitaria.

Detto articolo prevede, infatti, che le regioni, su iniziativa del Governo, diano vita ad un organismo comune che persegua la riduzione e l'ottimizzazione della spesa per beni e servizi nel comparto sanitario attraverso una selezione della domanda e l'effettuazione di acquisti centralizzati per le diverse tipologie di beni.

È importante sottolineare questo aspetto alla luce del dibattito che si è sviluppato in materia nei mesi scorsi e che ha visto contrapposte due correnti di pensiero. Alcuni hanno attribuito all'organismo comune il significato che ho testè illustrato (cioè quello di svolgere un'azione di riduzione della spesa), altri invece hanno sostenuto che, da questo punto di vista, detto organismo non avrà alcuna incidenza.

Per rendere più completa la mia relazione, ho ritenuto opportuno sottolineare questo aspetto specifico previsto nell'articolo 23 del disegno di legge finanziaria al nostro esame.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore Di Orio per l'integrazione svolta.

Dichiaro aperta la discussione.

CAMPUS. Signor Presidente, inizio il mio intervento rimarcando che, come già nella seduta di questa mattina, la maggioranza non assicura una sufficiente presenza e partecipazione in una discussione importante quale quella sulla manovra finanziaria.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Non è così! Come si evince dal foglio delle presenze, stamattina erano presenti altri colleghi della maggioranza.

CAMPUS. A mio giudizio, risulta palese che, nella discussione odierna, la maggioranza non è presente: e questo è un dato importante!

Come abbiamo già avuto modo di rilevare e come peraltro è stato sottolineato anche dal relatore, fondamentalmente le modifiche apportate alla sessione di bilancio rendono più snella questa fase del dibattito parlamentare, pur inaridendola molto. È esperienza comune che i dibattiti sulle tabelle di bilancio servano a poco, dal momento che nelle cifre possono celarsi fini nascosti in quanto tutto dipende dall'interpretazione e dall'utilizzazione che delle stesse viene fatta.

Come è stato già ricordato dal relatore, dall'analisi della Tabella 16 si evince lo sforzo reale del Ministero della sanità di adeguare le esigenze del Fondo sanitario nazionale alle spese che effettivamente devono essere sostenute sul territorio. Il relatore ha sottolineato l'incremento delle disponibilità globali, pari a circa il 9 per cento, e la suddivisione delle risorse disponibili nelle varie voci, che richiedono entrambi un'analisi approfondita e precisa.

Pur tuttavia, se è vero che è stato compiuto uno sforzo, altrettanto vero è che i 5 miliardi annui resi disponibili per far fronte ai debiti pregressi delle regioni sono purtroppo insufficienti a coprire le reali necessità e ad arrivare finalmente alla copertura totale del *deficit* che, peraltro, continua ad aumentare di anno in anno.

Il relatore ha poi sottolineato come, nonostante l'aumento della disponibilità globale di cassa, i fondi destinati alla ricerca non siano sufficienti a qualificare l'indirizzo di questa importante attività. L'analisi della Tabella 16, per quanto abbastanza complicata, evidenzia una riduzione – sottolineata dallo stesso relatore – di 50 miliardi del finanziamento destinato al Fondo sanitario nazionale per la ricerca scientifica per gli anni 2001 e 2002 rispetto ai 500 miliardi previsti nel decreto legislativo n. 502 del 1992. Dall'attenta analisi delle altre voci, si evince che la ri-

cerca scientifica è stata penalizzata anche in altre poste di bilancio quale, ad esempio, quella relativa agli Istituti zooprofilattici.

È stato previsto, inoltre, un taglio di 35 miliardi rispetto all'assestamento del 1999 per il risarcimento dei danni irreversibili subiti dai soggetti sottoposti a vaccinazioni obbligatorie. Ciò dimostra l'assenza di una reale politica di programmazione, considerato che le pratiche di rimborso sono ancora ferme al 1991. Visto altresì che lo stanziamento testè richiamato è stato aggiornato sulla base delle esigenze di ordinaria gestione, è difficile credere che tale previsione sia frutto di un riassetto reale delle esigenze. Probabilmente, anche questo taglio è dovuto ad esigenze di quadratura di bilancio, in conseguenza della mancanza di una effettiva programmazione dei reali bisogni finanziari. Quindi ripeto, se è da una parte condivisibile la soddisfazione manifestata dal relatore, dalla maggioranza e dal Governo per l'incremento (pari a circa il 9 per cento) delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale, dall'altra vanno registrati una serie di aspetti che si rivelano del tutto insoddisfacenti.

Nel corso della sua relazione, il senatore Di Orio ha valutato positivamente «... il fatto che per la prima volta vengano indicate precise poste finanziarie finalizzate allo sviluppo dell'attività intramunaria». In questo ambito, infatti, sono numerosi gli aspetti indefiniti, dal momento che non si sa ancora con certezza quanti professionisti debbano svolgere tale attività, dove e per quanti anni e ricordo una discussione durata mesi per stabilire come dovessero essere retribuiti.

In ogni caso, riguardo a tale questione esistono delle interpretazioni diverse da quelle fornite dal relatore e che vengono riportate sulla stampa di categoria; infatti, non risulta chiaro se le disponibilità finanziarie cui si fa riferimento corrispondano allo stanziamento globale, o se si tratti di risorse che vanno a sommarsi a precedenti iniziative finanziarie.

Il discorso della retribuzione dell'attività intramunaria e delle incentivazioni per i medici che scelgono la libera professione *intra moenia* ci porta all'analisi dell'articolo 19 del disegno di legge n. 4236, concernente la riqualificazione dell'assistenza sanitaria e le attività libero-professionali. Per la sua struttura tale articolo è quello più simile al vecchio disegno di legge collegato; peraltro, la Presidenza del Senato ha deciso di stralciare i primi tre commi che non riguardavano strettamente la legge finanziaria.

Da quanto mi è sembrato di capire, anche il relatore nutre qualche perplessità su questa norma – dubbi tra l'altro condivisi dalla categoria medica e da molti cittadini – tanto è vero che ha parlato dell'opportunità di ridurre la partecipazione delle regioni alla spesa per le prestazioni libero-professionali in quanto nell'attuale misura del 90 per cento può apparire come un elemento distorsivo delle corrette regole della concorrenza. In proposito, infatti, non riusciamo a comprendere quale sia la ragione che portato il Ministero a stabilire (commi 4 e 5) che un cittadino che decide di rivolgersi ad un medico privatamente possa usufruire di un contributo pari al 50 per cento della spesa, che in tal modo ovviamente viene ad essere pagato dalla collettività. Non capiamo perché si debba...

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Le faccio presente, senatore Campus, che precedentemente la collettività pagava per un buon 90 per cento.

CAMPUS. Certamente, senatore Di Orio, ma quello a cui le fa riferimento era un sistema diverso rispetto al modello che si vuole instaurare attraverso l'attuazione della riforma e gli innumerevoli atti compiuti dal Governo, e cioè la realizzazione all'interno del Sistema sanitario nazionale di un ambito di attività libero-professionale per i medici e di totale libera scelta per il cittadino che vuole essere assistito in condizioni alberghiere differenziate – che non definirei migliori, perchè si auspica che l'assistenza sia identica nelle corsie come nelle camere a pagamento – il che afferisce a situazioni ambientali ed a rapporti tra medico e paziente totalmente paragonabili all'attività che viene svolta dalle case di cura private, e cioè da quelle strutture a cui il cittadino si rivolge quando non è soddisfatto del servizio prestato dalle strutture del Sistema sanitario nazionale.

Sempre a proposito di questa norma, impropriamente definita «ticket-tone» – a mio avviso, andrebbe forse chiamato «sussidione», considerato che si tratta di un modo per farsi pagare dagli altri una prestazione medica di cui si è usufruito privatamente –, un altro aspetto che ci incuriosisce è la sua modulazione a secondo del luogo in cui il paziente decide di farsi curare: infatti, è prevista una partecipazione alla spesa da parte della regione del 50 per cento della tariffa se la prestazione sanitaria viene erogata da un medico che svolge attività libero-professionale nella propria azienda sanitaria, mentre tale contributo scende al 25 per cento se il medico lavora presso una azienda di cui non è direttamente dipendente ma che comunque fa sempre parte del Sistema sanitario nazionale.

Vorrei inoltre che mi fosse chiarita la ragione per cui al comma 8 dello stesso articolo si stabilisce che sono a totale carico dei richiedenti le tariffe delle prestazioni libero-professionali, ivi compresa quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, erogate in regime ambulatoriale.

Nello specifico, vorrei sapere a che cosa si riferiva il relatore quando ha parlato di elemento distorsivo della libera concorrenza. Qualora, infatti, l'ottica fosse quella di obbligare il medico a svolgere la propria attività libero-professionale all'interno delle strutture pubbliche e il cittadino a rivolgersi a quelle stesse strutture anche quando decide di presentarsi come soggetto solvente, con in aggiunta un aggravio di spesa per tutta la collettività, a mio avviso saremmo realmente in presenza di una scelta che non è morale nè corretta. Per quanto mi riguarda, ritengo che la libera concorrenza tra strutture pubbliche e private vada valutata sulla base della qualità del servizio erogato; dovremmo cioè essere proprio noi medici che prestiamo la nostra attività nel Sistema sanitario nazionale a qualificare la nostra azione in questo ambito; in tal senso, credo che accettare che sia lo Stato, attraverso questo tipo di incentivi, ad invogliare il cittadino a rivolgersi a noi significhi svendere la nostra professione.

Per quanto riguarda poi il problema del contenimento e della razionalizzazione della spesa farmaceutica, va sottolineato che – per lo meno sulla base dei dati in mio possesso siamo l'unico paese del mondo occidentale in cui il venditore di un prodotto – che in questo caso fa parte del sistema di assistenza pubblica – viene chiamato a concorrere alla spesa. La norma prevista all'articolo 20 – già introdotta dalla legge finanziaria del 1997 e sulla quale si sviluppò un ampio dibattito – credo rappresenti il frutto di una mentalità estremamente statalista che prende l'avvio dall'assunto secondo cui dal momento che in Italia si spende troppo per le medicine allora queste ultime devono essere in parte pagate dai farmacisti, dai grossisti e dalle industrie farmaceutiche. Non ritengo – e lo ribadisco – che ai fini della manovra finanziaria la scelta operata sia importante, anzi in essa intravedo un'arroganza statalista, un'imposizione totalmente antiliberista che non ha precedenti in nessun altro Stato civile.

Nell'articolo 20 non mancano però norme ragionevoli, sulle quali si può discutere, come, ad esempio, la riduzione del prezzo di determinati farmaci (ancorchè si tratti di previsioni già contenute in altri provvedimenti e ora rafforzate), la definizione di un limite temporale per il mantenimento in commercio degli stessi. Il Governo, accanto a due-tre punti esplosivi e dirompenti – attraverso una sorta di *collage* in un *ménage* di organizzazione e ammorbidente – ha inserito alcune norme sicuramente condivisibili.

Affronterò ora un ultimo aspetto prima di avviarmi alla conclusione del mio intervento. Sull'articolo 23 del disegno di legge finanziaria si è verificato un vero e proprio contrasto all'interno del Governo. Come tutti sappiamo, l'articolo 23 non è stato partorito dal Ministro della sanità, che pretendeva invece l'istituzione di un'agenzia nazionale per le spese e per gli acquisti delle aziende sanitarie nazionali, secondo un'ottica – chiamata pure ripetitivo – marcatamente centralista; questo è quanto è apparso sui giornali, ma mi auguro che, in sede di replica, sia lo stesso Ministro a confermare la correttezza delle notizie di cui sono a conoscenza. Ad ogni modo, non credo che il Ministro del tesoro abbia competenza su capitoli che riguardano altri Dicasteri.

Il Governo, comunque, avendo già affrontato in altre occasioni questo argomento, è giunto alla formulazione dell'articolo 23, che stabilisce che le regioni possono creare centri di spesa associati. Detta previsione, che non rappresenta assolutamente una novità, è stata inserita, su proposta del Ministro del tesoro, nella manovra finanziaria al nostro esame per controbilanciare il tentativo da parte del Governo – se non vogliamo dire del ministro Bindi – di realizzare una sovietizzazione dell'acquisto dei beni e servizi delle aziende sanitarie.

Concludo il mio intervento, in parte confuso e affrettato, stante la difficoltà di trattare un argomento delineato sulla base di dati forniti in maniera arida attraverso una Tabella, che richiederebbe invece uno studio estremamente attento e analitico. La mia analisi superficiale, dimostra come alcuni punti della manovra proposta debbano essere assolutamente

rimarcati in senso negativo, soprattutto con riferimento ai tagli apportati alle risorse da destinare alla ricerca scientifica.

In sede di replica, attendo di conoscere dal relatore e dal Governo (che dovrà tutelare il contenuto della manovra finanziaria presentata) come intendano procedere per rimodulare il contenuto dei commi 4 e 5 dell'articolo 19. Non credo sia questa la strada da intraprendere per giustificare l'accanita scelta del Ministro: una scelta che stenta a prendere piede nel settore sanitario, alla luce delle obiezioni corporative sollevate dai medici.

Poichè tutti conosciamo la realtà sanitaria di cui facciamo parte, non possiamo non renderci conto che le proposte del Governo non possono essere condivise per le effettive difficoltà logistiche che impediscono la realizzazione del modello che lo stesso si propone di realizzare. Se non sbaglio, questo è il venticinquesimo intervento del ministro Bindi in tema di libera professione, di attività *intra moenia* e di incompatibilità.

Sono tanti gli argomenti che andrebbero trattati e soddisfatti nell'ambito della razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale ma, come sempre, con il titolo di riqualificazione sanitaria si cerca di imporre meccanismi che – in questo caso, per soddisfare il «progetto Bindi» – non sono punitivi soltanto per il medico ma per tutti i cittadini. A mio giudizio, la parte dell'articolo 19 concernente questo punto andrebbe se non totalmente rivista, radicalmente modificata.

Altrettanto ribadisco per l'articolo 20, sebbene sul contenuto dello stesso l'opposizione abbia già perso la propria battaglia nel 1997 e nel 1998 e si avvii a perderla, inevitabilmente, anche nel 1999.

Vorrei però almeno la soddisfazione di sentirmi dire che i farmacisti devono pagare le medicine da vendere ai loro clienti perché lo Stato non ha i fondi per farlo: diciamolo chiaramente! Allora sì che i farmacisti saranno contenti e i pagamenti potranno essere definiti contributi per la sanità e non tasse dovute perché lo Stato non riconosce la reale spesa farmaceutica: ciò, ovviamente, senza considerare che il 50 per cento di tale spesa è già a carico del cittadino che paga direttamente i farmaci che consuma.

TOMASSINI. Signor Presidente, rappresentante del Governo, colleghi, prenderò spunto dalle ultime parole espresse dal senatore Campus, laddove ha specificato che tanti sarebbero gli argomenti da trattare.

In realtà, poiché la manovra finanziaria presentata offre complessivamente pochi spunti di riflessione, non ritengo siano molte le parole da spendere. Ad ogni modo, in maniera strettamente attinente ai documenti presentati, cercherò di esprimere l'opinione del mio Gruppo.

È stato sottolineato che la manovra finanziaria rappresenta un risanamento complessivo e uno sviluppo essendo aumentato l'ammontare del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2000 di oltre il 9 per cento. Nel 1995 il *deficit* accumulato dalle regioni ammontava a 3.000 miliardi di lire, ora, secondo i dati riportati nel documento approvato dalla Conferenza Stato-regioni (in cui sicuramente la maggioranza è fortemente rap-

presentata), il *deficit* risulta superiore ai 30.000 miliardi di lire; tuttavia, come ha ben spiegato il relatore, il bilancio triennale prevede soltanto 15.000 miliardi di lire per ripianare tale *deficit*.

Poiché ci troviamo di fronte a incongruità di difficile comprensione, ci permetteremo di suggerire alcune correzioni da apportare alla Tabella A del disegno di legge finanziaria, concernente gli investimenti per il Giubileo che, a nostro modo di vedere, sono ben lontani dall'assicurare, in termini sanitari, la copertura degli eventi che si verificheranno in tale ambito.

Successivamente mi soffermerò sull'articolo 20 e sullo stanziamento da destinare al comparto farmaceutico. La Tabella C, nella parte relativa ai fondi IRAP, è ben lontana dal soddisfare le previsioni originariamente formulate, mentre nella Tabella D non v'è che la riproposizione dei soliti fondi da destinare agli ospedali che, come altri hanno già osservato, sono insufficienti per il rilancio in campo sanitario del nostro paese, soprattutto nel settore della ricerca scientifica.

Detto questo in un ambito di problemi più generali, desidero ora fare specifico riferimento ai provvedimenti in esame, in particolare agli articoli 19 e 20 del disegno di legge n. 4236 – di cui sono stati opportunamente stralciati dal Presidente del Senato, i commi 1, 2 e 3 –, alle norme relative alla libera professione *intra moenia* e ad alcuni problemi della dirigenza medica strettamente connessi con la riforma.

Ancora una volta si pone con chiarezza quanto da noi sostenuto fin dall'inizio e cioè che l'attuazione di questo nuovo sistema non offre maggiori opportunità nell'ambito della sanità e della salute pubblica, né garantisce migliori prestazioni a favore dei cittadini, ma si limita ad aprire un canale parallelo per immettersi nel quale i cittadini dovranno sborsare molti soldi. Ripeto, non si incrementerà né il numero, né la qualità delle prestazioni, ma si andrà semplicemente ad aprire un canale adiacente e per di più con dei sistemi che sono a metà tra la rapina e la truffa.

Vogliamo infatti ricordare che nel vigente sistema normativo (risultante dalle disposizioni contenute nell'articolo 4, commi 10 e 11, del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, come modificato ed integrato dall'articolo 3, comma 6, della legge n. 724 del 23 dicembre 1994 e dall'articolo 1, comma 17, della legge n. 662 del 23 dicembre 1996), il cittadino che fruisce di queste azioni libero-professionali è tenuto a far fronte alle seguenti spese: compenso per l'attività libero-professionale; retta giornaliera nella misura determinata dall'azienda e relativa alla qualità alberghiera; quota pari al 10 per cento della tariffa «chirurgia» a carico del Servizio sanitario nazionale.

L'elevazione di questo corrispettivo dal 10 al 50 per cento, previsto dall'articolo 19, comma 4, del disegno di legge n. 4236, determina un aggravio della spesa a carico del cittadino sicuramente eccessivo e iniquo, soprattutto se si considera che l'attuale sistema tariffario, definito con decreto del Ministro della sanità del 14 dicembre 1994, si basa sul calcolo di tutti i costi a cui l'ospedale deve far fronte per ciascun raggruppamento di prestazioni, diagnostiche e terapeutiche, e quindi assai rilevanti. Pertanto, il cittadino che fruisce di prestazioni libero-professionali, già remunerate

in parte e integralmente per il compenso sanitario e per il servizio alberghiero, viene a pagare una quota eccessiva.

Dobbiamo d'altronde aggiungere che molto spesso, purtroppo, anche la decisione di avvalersi di questo tipo di cure libero-professionali diventa una soluzione obbligata per certi problemi della sanità che nelle liste di attesa vedono impedire un corretto accesso alle prestazioni. Pertanto, questo aspetto può interessare fasce di popolazione anche molto deboli e con redditi certo non elevati. Inoltre, questo sistema viene attivato quando ancora vi sono delle problematiche completamente aperte e la cui definizione avrebbe dovuto essere preliminare: mi riferisco sostanzialmente alla questione connessa al regime del tempo definito, al regime IVA per i dipendenti che esercitano attività libero-professionale; al rinnovo del contratto di lavoro e al problema dell'ammortamento degli strumenti in carico ai sistemi che si vanno ad acquisire in convenzione. Ritengo altresì preoccupante il fatto che buona parte dei proventi che dovrebbero derivare dalle disposizioni in oggetto sia sostanzialmente indirizzata ad incentivare soltanto il personale dirigente. Tra l'altro, se si prendono in considerazione gli effetti prodotti dalla norma inserita nella precedente legge finanziaria, si hanno tutti i motivi di ritenere che purtroppo i risultati che si otterranno saranno largamente inferiori alle aspettative.

Il sistema che si è inteso attuare sembra semplicemente finalizzato a garantire il consenso di tutti i settori. Tanto è vero che i DRG vengono pagati, come pure lo è la spesa destinata ad un eventuale possibile convenzionamento esterno e quella diretta del medico che viene sostenuta dal cittadino. Un sistema, quindi, che accontenta tutti: il Ministro perché può affermare che gran parte della sua riforma è stata realizzata, visto che la maggior parte dei medici aderisce ad un sistema di esclusività di lavoro *intra moenia*; i direttori generali perché conseguono l'obiettivo ed infine il medico, dal momento che viene ad ottenere gli stessi guadagni che aveva prima. A non essere affatto contento, però, è il cittadino che con questo sistema viene veramente ad essere truffato, considerato che si trova a sborsare più soldi senza avere in cambio alcuna prestazione ulteriore. Tra l'altro, il tutto viene portato avanti senza prevedere alcun intervento organico di miglioramento rispetto alle strutture, ai mezzi e alle cure sanitarie offerte ai cittadini.

Veniamo ora all'articolo 20. Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, riteniamo ancora una volta insufficiente il livello del tetto di spesa previsto. Inoltre, le scelte che si vengono a configurare ci sembrano piuttosto criticabili e preoccupanti; ad esempio, la riduzione del 20 per cento del prezzo relativa ai farmaci non coperti da brevetto risulta del tutto iniqua; nel caso in cui, invece, fossero attendibili alcune ipotesi secondo cui in realtà la riduzione sarebbe solo del 5 per cento per il primo anno, allora ci troveremmo in presenza di un provvedimento ridicolo. In tal modo, infatti, non si otterrà un corretto utilizzo dei farmaci, né un risparmio; al contrario, l'imposizione del prezzo finirà per far sparire dal mercato determinati prodotti.

Si è parlato anche di un accordo con le case farmaceutiche che, insieme ai grossisti ed alle farmacie, sarebbero impegnate a concorrere al ripiano dello sfondamento del tetto di spesa, ed in tal senso pare che il ministro Amato abbia ventilato l'ipotesi di uno scorporo dell'IVA. Ebbene, anche questo aspetto desta in noi viva preoccupazione perché in tal modo si passerebbe da un sistema corretto ad uno iniquo e per di più senza avere alcuna certezza al riguardo. Il problema è che, qualora tali misure venissero realmente attuate, si otterrebbe una forte destabilizzazione del sistema, dando origine nel contempo all'aprirsi di grossi contenziosi e spaccature tra le diverse industrie farmaceutiche, con effetti seriamente negativi anche sotto il profilo occupazionale.

Lamentiamo ancora una volta il fatto che non si sia colta l'occasione per finanziare adeguatamente questo settore, né per inserire elementi di novità e di miglioramento; mi riferisco, ad esempio, ad iniziative volte specificatamente ad incentivare l'attività, che potrebbero utilmente svolgere i medici di famiglia, in termini di risparmio della spesa farmaceutica. Quindi, non si evince alcun elemento in grado di produrre nuova ricerca scientifica, anzi si rischia di generare demotivazione negli abituali fornitori esteri di prodotti farmaceutici.

Nella manovra finanziaria al nostro esame non è previsto alcun significativo investimento nel settore della cultura e dell'informazione sanitarie. I cittadini invece dovrebbero conoscere i servizi sanitari offerti e scegliere liberamente le prestazioni di cui usufruire.

Il sistema spagnolo di informazione sanitaria, ad esempio, si differenzia molto da quello italiano e ha prodotto ottimi risultati e risparmi. Il ricorso a farmaci generici è particolarmente diffuso in Olanda dove la disponibilità di tali prodotti è particolarmente elevata, diversamente da quanto avviene nel nostro paese nel quale esistono farmaci ipertutelati. Il cittadino che paga una parte dei farmaci consumati è educato a spendere il proprio denaro in modo più attento e oculato. Una scelta di questo tipo consentirebbe anche di garantire la copertura dei fondi da destinare alle innovazioni e alla realizzazione di un rinnovato sistema sanitario.

Un'altra proposta che avanziamo concenerne l'innalzamento dei contributi da destinare all'attività di informazione sanitaria svolta dalle aziende farmaceutiche. In Inghilterra, ad esempio, alle case farmaceutiche, è destinato un 5 per cento generalizzato per informare in maniera più efficace e dare una corretta istruzione sanitaria ai cittadini. In Italia non avviene nulla di tutto questo, anzi i meccanismi adottati sono sempre quelli del «taglio e cucì» e, soprattutto, dell'attribuzione di premi in maniera discriminata.

Vorrei spendere qualche parola sull'articolo 21, che crea un irrigidimento fra i medici e che finirà con il punire alcune regioni premiandone altre, secondo un meccanismo che non si ispirerà a criteri meritocratici ma a rigide regole prefissate.

Ribadisco poi quanto già sottolineato dal senatore Campus in merito alla realizzazione delle procedure, inizialmente pubblicizzata in un determinato modo, poi ridotta a un vero e proprio *flop*, a una mera dichiaraz-

zione di intenti. Non si capisce quali risultati deriveranno dal meccanismo di razionalizzazione previsto nell'articolo 23 del disegno di legge finanziaria che continua, comunque, a definire sistemi centralistici.

Si dice che non si devono comprare strumenti diagnostici nuovi: se questo è il fine, siamo d'accordo. Ma va anche ricordato che il recente sciopero di chi lavora con questi strumenti ha dimostrato quanto quelli attualmente a disposizione siano pericolosi e insufficienti dal punto di vista diagnostico. Non si conoscono i risparmi derivati dalla pianificazione attuata e ho molti dubbi circa la qualità dei risultati che si otterranno.

Negli anni '80 la ripartizione dei fondi tra le regioni, effettuata sulla base di sistemi analoghi a quelli proposti nel citato articolo 23, creò difficoltà di manutenzione delle apparecchiature utilizzate: allora svolgevo la professione di medico e ricordo che tutto questo mi faceva paura.

Sono, infine, contrario all'autonomia federale che si pretenderebbe di realizzare deresponsabilizzando maggiormente le regioni. La manovra finanziaria al nostro esame è del tutto insufficiente, priva di vere scelte strutturali innovative per la nostra popolazione, soprattutto per quanto concerne gli interventi a tutela della salute: quello che maggiormente si evince solo i suoi fini puramente propagandistici.

BERNASCONI. Signor Presidente, faccio notare ai colleghi dell'opposizione quanto la manovra finanziaria al nostro esame promuova, ancora una volta, il *trend* che ha caratterizzato, negli ultimi due anni, le risorse messe a disposizione del fondo sanitario nazionale con un suo ulteriore aumento. Oltre alle critiche, sarebbe proficuo riconoscere quanto vi è oggettivamente di positivo nella manovra proposta dal Governo.

Oggetto della manovra finanziaria e l'aumento delle risorse a favore della sanità, da destinare al ripianamento dei debiti progressi delle aziende sanitarie locali, ancorché gli stessi non siano imputabili a questo Governo ma siano stati accumulati nel corso di gestioni precedenti alla riforma delle unità sanitarie locali. Il Governo si fa carico di detti debiti tenendo conto, ovviamente, delle concrete disponibilità.

Ciò testimonia l'intenzione del Governo di avviare la razionalizzazione del sistema sanitario prevista con il decreto legislativo n. 229 del 1992 e, in particolar modo, di dare attuazione alle norme concernenti il regime delle incompatibilità, valutando conseguentemente il supporto economico necessario a tal fine e definendo gli incentivi da destinare a coloro che svolgono attività *intra moenia*. Questo è un punto nodale sul quale le categorie dei medici hanno chiesto, con forza, chiarezza da parte del Governo.

Mi soffermerò brevemente sul contenuto degli articoli 19 e 20 del disegno di legge finanziaria.

Condivido le osservazioni del relatore sull'articolo 19, in particolare laddove sostiene l'opportunità della riduzione della partecipazione da parte delle regioni alla spesa relativa al costo delle prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramuraria. Bisognerebbe valutare se tale

disponibilità potrebbe essere in parte utilizzata per rendere fattibile l'operativa delle incompatibilità.

Gli adeguamenti strutturali che l'incompatibilità richiede, in particolare nelle strutture pubbliche, dovrebbero diventare un obiettivo fondamentale per l'applicazione della stessa. Senza un adeguamento di questo tipo l'incompatibilità sarà difficilmente praticabile per mancanze di spazi assegnati su tutto il personale medicodisposto a svolgere attività *intra*. Per la maggioranza questo rappresenta un obiettivo irrinunciabile!

Non cambia la ripartizione delle quote destinate sia ai professionisti che alle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività libero-professionali, in quanto lo stanziamento complessivo rimane identico, mentre è soltanto modificato il criterio di copertura del fondo per l'incentivazione all'esclusività, che sarà in parte a carico dei pazienti. Il mio timore è che un maggior onere a carico dei pazienti e non del Fondo sanitario nazionale, seppure legato alla necessità di recuperare risorse, potrebbe disincentivare i cittadini a rivolgersi al settore pubblico per l'attività libero-professionale. Personalmente, sono estremamente favorevole a individuare tutti i mezzi atti a rendere più appetibile l'attività *intra moenia*, nel rispetto di regole di correttezza definite nell'ambito del rapporto di concorrenza con i privati.

Non voglio entrare nel merito della manovra finanziaria con riferimento alla politica adottata nei confronti dei farmaci. Oltretutto le parti interessate dovranno rispondere, a meno che non sia stato un accordo preciso alla base dell'articolo 20 che concerne, appunto, questo argomento. Vorrei però richiamare alcune considerazioni che ho più volte espresso in altre occasioni e che ora ribadirò, riprendendo alcune osservazioni da me espresse quando abbiamo esaminato il disegno di legge in materia di prodotti farmaceutici.

In realtà, il criterio del prezzo medio europeo dei farmaci in quanto tale è uno strumento contraddittorio, che non deve essere sopravvalutato. Ne è dimostrazione il fatto che – dopo la richiesta avanzata dal settore produttivo di adeguare il nostro livello dei prezzi dei farmaci a quello europeo (adeguamento che avrebbe dovuto produrre un aumento medio del prezzo di tali prodotti in Italia) – si è registrato l'aumento di 6.000 miliardi, distribuiti in diversi anni e concordati con il Governo.

Questa operazione ha presto mostrato tutti i suoi limiti, come dimostrano le correzioni contenute nell'articolo 20.

Insisto su questo aspetto in quanto a mio avviso deve essere avviato il tentativo di andare ad una riforma complessiva che dia anche certezza di diritto al sistema produttivo.

Per la formazione dei prezzi, è opportuno tendere ad un nostro sistema di prezzo in base a criteri che valutino le opportunità e gli equilibri tra contenimento della spesa farmaceutica da una parte – come spesa diretta dello Stato a tutela dei cittadini – e dall'altra le esigenze del mondo produttivo, che a sua volta può essere promozionale per lo sviluppo archeologico del paese.

È importante quindi cercare di superare il prezzo medio europeo, al fine di effettuare, finalmente e una volta per tutte, un discorso serio e complessivo sul farmaco all'interno del quale anche i criteri che determineranno i prezzi dei farmaci dovranno essere importanti alla trasparenza degli equilibri cui facevo prima riferimento.

MANARA. Signor Presidente, le risorse originariamente destinate dal Governo al comparto della sanità ammontavano a 116.000 miliardi; dalla relazione del senatore Di Orio abbiamo appreso che tale somma è stata portata a 117.139 miliardi, un importo quindi sostanzialmente ad una cifra non molto distante da quello inizialmente previsto.

Tuttavia, desidero sottolineare che, al di là delle risorse stanziato dal Governo, una buona parte della spesa – e questa è la componente meno nota della manovra – graverà sulle regioni. Al riguardo è stato previsto un particolare marchingegno normativo che in qualche modo caratterizza questa manovra: infatti, indipendentemente dall'istituzione di una futura agenzia regionale a cui verrà demandata l'individuazione e la razionalizzazione della domanda di beni e servizi, l'ultimo piano triennale sulla salute redatto dal Governo, datato 1998-2000, ha fissato in 1.837.000 lire il fabbisogno *procapite*, la cui copertura dovrà essere garantita dal gettito IRAP. A nostro avviso, però, il problema non sta in un semplice trasferimento dal bilancio dello Stato alle regioni, quanto nel fatto che il gettito IRAP *procapite* non sarà in alcun modo sufficiente a coprire questa spesa. Ad esempio, la Lombardia ha un gettito IRAP *procapite* di 1.300.000 lire circa, ossia uno dei più alti se non il più elevato rispetto alle altre regioni del paese, ma pure in tale – si fa per dire felice circostanza mancano ancora all'appello 537.000 lire *procapite*. Manca cioè la cifra decisa dal Governo e avallata dal Ministero della sanità

Ovviamente tale somma verrà recuperata dalla regione Lombardia e quindi anche dalle altre regioni attraverso un aumento dei *ticket* e dei costi delle prestazioni sanitarie e questa operazione si tradurrà in un incremento indiretto della pressione fiscale a carico dei contribuenti. Le regioni avranno dunque lo sgradevole compito di aumentare le tasse per far quadrare i bilanci, mentre il Governo dichiarerà con incredibile faccia tosta – ammettiamolo pure – di non essere venuto meno all'impegno di diminuirle.

Quindi le regioni impongono tasse e il Governo afferma di non averle mai volute aumentare!

Sempre in tema di fisco. Non dimentichiamo che alla fine dell'anno dovrà essere messa a punto la strategia del cosiddetto sanitometro, la cui legge istitutiva dello scorso aprile ha demandato al contribuente l'onere della prova attraverso la compilazione, per la verità piuttosto complessa, di moduli in base ai quali l'azienda sanitaria locale deciderà se, come e quando far pagare i servizi al paziente. A mio avviso, si tratta di una iniziativa che tra l'altro si pone al limite della incostituzionalità in quanto in palese violazione della riservatezza. Facciamo leggi sulla privacy e poi siamo i primi a smentirle!

In tal senso non ultima per importanza – in seguito approfondiremo questo tema attraverso una serie di valutazioni riguardanti l'articolo 20 – è la norma relativa alla spesa farmaceutica. Lo scorso anno il Governo aveva stabilito per questo settore un tetto massimo di spesa di 12 200 miliardi, ma la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale in realtà è stata di 13.200 miliardi, con una differenza, quindi, di 1.000 miliardi.

Da questo punto di vista nel 1999 la situazione è nettamente peggiorata nel senso che a fronte di una soglia prevista di 12.596 miliardi permane lo sfondamento relativo all'anno precedente, inoltre, se si analizza il *trend* dell'ultimo trimestre, si potrà osservare un incremento di spesa pari a circa 1.500 miliardi. Si tratta di cifre e dati che parlano da soli!

Bisogna altresì tenere presente che le risorse necessarie a ripianare lo sfondamento di spesa cui facevo riferimento non potranno che essere reperite se non attraverso un rincaro dei *ticket* oppure del prezzo dei medicinali.

Ovviamente nella prima ipotesi le regioni non potranno evitare di aumentare i *ticket*, mentre, per quel che riguarda il prezzo dei medicinali sarà ancora una volta il Governo a decidere.

Proprio a questo proposito desidero soffermarmi sull'articolo 20, che peraltro è stato già analizzato in profondità dai colleghi dianzi intervenuti. Ebbene, anche in questo caso è lo Stato a fare il brutto e il cattivo tempo sia in termini di costi che a livello di prezzi amministrati. Non è certo in questo modo che si abbatte il prezzo dei farmaci! Per farlo è necessario liberalizzare il prezzo dei farmaci, questa è la condizione fondamentale per l'attuarsi di una libera concorrenza. Naturalmente è anche opportuno regolarizzare la distribuzione, ma ribadisco che il primo passo da compiere è quello di liberalizzare il prezzo; Tale scelta, infatti, rappresenta l'elemento pregiudiziale ed essenziale perché calino i prezzi in un mercato libero e competitivo. L'impressione che si trae dalla lettura dell'articolo 19 è che anche in questo caso il Governo abbia fatto i salti mortali per creare le premesse di una sempre maggiore confusione. Infatti, in tale norma non si individua alcuna linea di chiarezza, ma soltanto una serie di distinguo, si è in presenza di un grosso polverone finalizzato solo a produrre determinati servizi con determinati costi. Quindi, non solo non si prende in considerazione la possibilità di attuare una effettiva razionalizzazione della spesa, ma si stabilisce che a sobbarcarsi il problema delle eccedenze della spesa debbano essere ancora una volta i contribuenti. Questo è lo spirito dell'articolo 19: grande confusione senza chiarezza di obiettivi!

Nella relazione del senatore Di Orio, che ho ascoltato e letto, si parla di maggiori risparmi: risparmi che – e ricordiamocelo bene – saranno sistematicamente inghiottiti dal sistema. Più un apparato burocratico costa e meno i servizi sono efficienti, anzi la loro offerta tende sempre più a diminuire.

In conclusione, la manovra finanziaria al nostro esame – definita magra, leggera e quant'altro per presentarla alla pubblica opinione come un'operazione indolore sotto il profilo fiscale – comporterà un aggravio

economico strisciante, sistematico e progressivo nei confronti dei pazienti-contribuenti, senza alcun significativo miglioramento nei servizi e nelle prestazioni.

Per tutti questi motivi, anticipo il voto contrario della Lega Nord alla manovra in questione.

DE ANNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, almeno per quanto riguarda il campo sanitario, la manovra finanziaria al nostro esame, è, a mio giudizio molto modesta: forse, per i cittadini, non si è voluto realizzare più di tanto! Infatti i contribuenti sono oberati da un carico fiscale che solo in pochissimi paesi è superiore.

Il *deficit* sanitario – che nel 1995 era di oltre 3.000 miliardi di lire – oggi, a distanza di quattro anni, si aggira attorno ai 26.000-30.000 miliardi di lire. Non vedo come una manovra così modesta possa risolvere le conseguenze derivanti da un aumento del *deficit* quale quello che ho testé indicato. In compenso sono aumentati i *ticket* che erano già abbastanza pesanti. Sono d'accordo sul fatto che i cittadini che hanno maggiori disponibilità economiche debbano pagare di più, ma non condivido che gli stessi, dopo aver pagato, siano obbligati a ricorrere esclusivamente alla «sanità di Stato».

Auspico una manovra finanziaria atta ad invertire effettivamente l'attuale tendenza, dirottando nel capitolo relativo alla sanità una percentuale congrua degli stanziamenti previsti in alcuni capitoli di spesa destinati ad attività meno importanti di quella sanitaria e poco produttive per la nazione.

Il nostro Ministro, buona parte del Governo e forse anche qualcuno di noi ritiene che la sanità rappresenti pur sempre una sorta di patto di solidarietà. Ciò significa che per ciascun pacchetto sanitario ognuno di noi paga in modo diverso e cioè circa il 10 per cento del reddito percepito. Lo spirito di solidarietà, di fatto, già esiste visto che i cittadini che percepiscono redditi elevatissimi pagano, per il pacchetto sanità, decine di milioni di lire all'anno, mentre altri cittadini pagano, per il medesimo pacchetto, soltanto 2-3 milioni di lire all'anno in quanto percepiscono un reddito di 20-30 milioni di lire annui.

Lo Stato avrebbe dovuto predisporre una manovra di più largo respiro, tenendo conto delle esigenze fondamentali degli ospedali che attendono un aumento cospicuo delle risorse agli stessi destinate, dal momento che i decreti delegati prevedono che, nell'ambito delle strutture ospedaliere, si svolgano gran parte dei servizi destinati ai cittadini. In realtà, dalla lettura attenta della manovra finanziaria, si comprende che gli ospedali riceveranno le stesse risorse che hanno percepito l'anno scorso e vi sarà soltanto un aggravio di spesa per i cittadini che saranno sempre più obbligati a rivolgersi esclusivamente alla sanità di Stato.

È facile prevedere che fra qualche anno – se non vi sarà un'inversione di tendenza e non sarà attuata una manovra strutturale che porti la sanità italiana in una condizione di equilibrio tra l'offerta di prestazioni pubbliche e quella di prestazioni private l'attuale *deficit* di 26.000-

30.000 miliardi di lire raddoppierà per raggiungere probabilmente i 50.000-60.000 miliardi di lire.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, alcune considerazioni espresse nel corso della discussione generale mi sembrano particolarmente importanti, anche se supponevo che il dibattito si sarebbe svolto in maniera più articolata: in sintesi, ho sostanzialmente riscontrato una limitatezza della discussione.

Certamente nella manovra finanziaria al nostro esame la sanità non ha una collocazione centrale; tuttavia, al di là della polemica politica, le scelte in essa espresse sono difficilmente attaccabili. A mio giudizio, la limitatezza degli interventi sin qui svolti è strettamente correlata alle due considerazioni che ho testé richiamato.

A prescindere dall'opportuna diversificazione politica, partendo dalle serie considerazioni svolte dal senatore Campus, vorrei intervenire sulla materia propria del nostro ragionamento. In seguito farò riferimento ad altri interventi svolti in discussione generale.

Il senatore Campus ha riconosciuto l'aumento del 9 per cento dello stanziamento destinato al Fondo sanitario nazionale.

In riferimento alle considerazioni espresse dal senatore De Anna circa la cosiddetta «sanità di Stato», desidero sottolineare che, in realtà, la nostra sanità è pubblica e per essere efficace ed efficiente necessita inevitabilmente di cospicue risorse. Poichè la maggioranza di Governo del paese ritiene che l'assistenza sanitaria debba essere sostanzialmente offerta attraverso il servizio pubblico, tutti i cittadini, al di là della singola condizione economica, devono poter usufruire delle strutture sanitarie pubbliche.

È chiaro che per rendere efficaci ed efficienti i servizi sanitari è necessario investire risorse e il Governo del paese, rendendosi conto di tale necessità, ha ritenuto opportuno aumentare le risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale per renderlo più rispondente ai bisogni dei cittadini.

Il senatore Campus ha soffermato la sua attenzione sui debiti delle regioni e in proposito ha sottolineato che la posta di bilancio stabilita sarebbe insufficiente a ripianarli.

Al riguardo, credo che sia innanzitutto necessario stabilire perchè ci troviamo in questa situazione. I debiti cui si fa riferimento vengono da lontano e quindi, nel momento in cui opportunamente in questo ambito – come sostenuto dal collega Manara – si sceglie la strada della responsabilizzazione delle regioni, sarebbe improprio pensare di attuare un intervento attraverso il quale si erogassero esclusivamente le risorse necessarie a ripianare quei debiti senza però tenere conto di tale responsabilizzazione.

Riteniamo che la strada del recupero di questi debiti sia quella giusta e che da questo punto di vista sia significativo procedere a questo tipo di

operazione; d'altra parte, però, bisogna tenere nella dovuta considerazione lo sviluppo diseguale dei debiti delle regioni nel nostro paese, che vede maggiormente indebitate le regioni che in linea generale garantiscono i migliori servizi ai cittadini e meno esposte quelle che forniscono servizi peggiori.

In tal senso ritengo opportuno che l'autorità centrale valuti attentamente – come ho avuto modo di ribadire nel corso del dibattito sulla cosiddetta «riforma-ter», questa è l'unica concessione che si possa consentire – da un lato le prestazioni offerte e la situazione delle varie regioni e dall'altro le risorse erogabili.

Da questo punto di vista, quindi, sento di dover ribadire quanto già espresso ieri nella mia relazione che, al di là dei distinguo di tipo politico, non mi pare sia stata contestata nel merito anche perché in essa è sostanzialmente espresso l'attuale dibattito sulla manovra finanziaria.

Il senatore Campus mi ha chiesto che cosa intendessi con «effetto distorsivo della libera concorrenza». Al riguardo, vorrei richiamare un aspetto che considero fondamentale. Attualmente in ambito sanitario sussistono due sistemi, uno pubblico e uno privato all'interno del quale – come ha giustamente affermato il professor Reviglio – bisogna distinguere tra varie fattispecie (convenzionato, privato, eccetera). Pertanto, in considerazione di questa articolazione rappresentata dai due sistemi e dalle relative fattispecie, è necessario valutare l'opportunità di attivare un modello che, tenuto conto del sistema pubblico, intervenga anche per quanto riguarda la possibilità di garantire prestazioni private al suo interno. Da questo punto di vista desidero precisare – se non lo facessi risulterebbe incomprensibile una affermazione contenuta nella mia relazione – che ovviamente è fondamentale che il Governo ponga al centro di questo modello la scelta condotta sotto il profilo dell'incompatibilità e del regime dell'*intra moenia*.

Desidero quindi ribadire che i due sistemi debbono essere visti per quello che sono. Non per essere polemico, tuttavia desidero ricordare che nel corso del dibattito in materia di regime di *intra moenia*, rispetto a questo istituto furono espresse considerazioni profondamente allarmistiche che, in considerazione della situazione attuale, si sono dimostrate del tutto immotivate.

Tornando al merito della questione, risulta fondamentale che i due sistemi siano in equilibrio e a nostro parere l'intervento del servizio pubblico nell'attività dell'*intra moenia* deve essere visto in funzione della prestazione che può essere erogata. Inoltre, il calcolo del DRG non deve essere superato o attribuito ad altri che debbono farsi carico di questa erogazione ed è necessario fare in modo ecco perché ho parlato di effetto distorsivo della concorrenza – che la modulazione della quota di partecipazione non arrivi a turbare un sistema che, sia per quanto ci riguarda che per quanto concerne il Governo, deve essere mantenuto nel corretto equilibrio nel quale è stato posto dall'attuale normativa.

L'altra considerazione espressa dal senatore Campus riguarda la spesa destinata ai farmaci; in proposito il collega ha parlato addirittura di arroganza statalista ed antiliberista.

Desidero sottolineare che il sistema dei farmaci ha attraversato un periodo complesso e ricordo che nel corso della precedente legislatura – insieme al senatore Lavagnini e all'allora Capogruppo del mio partito qui in Commissione, la senatrice Bettoni Brandani – ci battemmo con molto impegno affinché fossero ripianati i debiti relativi al comparto farmaceutico, con l'obiettivo di pervenire ad una situazione di normalità e correttezza.

Debbo anche precisare che a mio avviso l'operazione effettuata sul prezzo medio europeo in realtà rappresenta una pura convenzione; si tratta di un problema molto importante che mi sembra sia stato colto unicamente dalla senatrice Bernasconi. Infatti, basterebbe che ciascun paese dichiarasse di adeguarsi al prezzo medio per non avere alcun prezzo medio e nella mia relazione ho appunto sottolineato questa perplessità.

A mio avviso, quindi, non esiste alcuna arroganza statalista. È da qualche anno che vengono avanzate queste critiche, che da un certo punto di vista sono anche sensate; infatti, abbiamo condotto sicuramente un'operazione di sanità pubblica – cosa che non hanno fatto altre forze politiche –, quindi, se essere statalisti significa ritenere che la sanità debba essere un servizio pubblico, ebbene, evidentemente lo siamo.

Riguardo a questo ragionamento vorrei esprimere un'ultima considerazione che è contenuta anche nella mia relazione. Per quanto riguarda il dubbio che il sistema dei farmaci si adegui in termini corretti a quello che è il mercato, credo sia necessario fare riferimento al dibattito finora svoltosi e soprattutto all'intervento effettuato della senatrice Bernasconi – che condivido pienamente – in veste di relatrice sul provvedimento in materia di farmaci, nel quale è stato opportunamente tracciato il rapporto tra il sistema del farmaco e il finanziamento della spesa farmaceutica, aspetto da cui non si dovrebbe mai prescindere a meno di non voler condurre operazioni estemporanee.

Desidero infine svolgere una breve considerazione per quanto riguarda l'intervento del senatore Manara, al quale mi rivolgo con amicizia e con stima. A mio avviso, non si può continuare a parlare di una strisciante possibilità di contribuzione dei cittadini; infatti, se con il passare degli anni questa ipotesi non si realizza, vuol dire che non esiste alcuna possibilità di «contribuzione strisciante»! Credo che rispetto a delle scelte oggettive sia legittimo avanzare dubbi sulla possibile esistenza di una «contribuzione strisciante», ma questo può valere per una volta, perché se l'imposizione strisciante di oneri ai cittadini rimarrà tale non sarà più obiettivamente paventato questo sospetto. Sinceramente non mi sembra che nella manovra finanziaria al nostro esame vi sia uno spirito propagandistico.

Per quanto concerne le critiche formulate dal senatore Tomassini, mi lascia perplesso l'espressione: «rapina e truffa». D'altra parte, lo stesso andamento del dibattito dimostra come la mia parte politica non sia sospettabile di aver agito in tal modo: forse bisognerebbe essere più equilibrati

nell'esprimere le proprie valutazioni. In realtà, il senatore Tomassini ha parlato di canale parallelo e ha specificato, nel corso di un'intervista, che con la presente manovra finanziaria la sanità italiana sta tornando al Medioevo. Sinceramente ho cercato di leggere quanto più possibile sul sistema sanitario vigente nel Medioevo ma, per la verità, non ho riscontrato alcuna relazione tra la manovra finanziaria oggi in esame e detto periodo storico.

Il senatore Tomassini ha fondamentalemente ipotizzato l'eventualità dell'esistenza di un canale sanitario parallelo rispetto al sistema vigente. Come ho già specificato rispondendo al senatore Campus, che aveva anch'egli insistito su questo argomento sebbene in termini diversi, il canale parallelo si è creato realizzando nell'ambito delle strutture pubbliche una serie di attività attraverso un sistema che può essere definito (ricorrendo all'espressione utilizzata dal professor Reviglio) di «carattere privatistico». Non si tratta però di un'altra sanità né di un altro sistema sanitario, bensì di un differente modo di dispiegarsi dell'offerta sanitaria: non esiste alcun canale pubblicitario!

Le forze che sostengono il Governo sono interessate a garantire a tutti i cittadini una sanità efficiente ed efficace: una sanità le cui caratteristiche ho cercato di evidenziare sostanzialmente nel corso della mia relazione introduttiva.

Con riferimento all'intera manovra finanziaria, non vorrei che si ricadesse in facili battute. In genere, le manovre finanziarie evocano sempre nei cittadini qualcosa di negativo: una sorta di «botta in testa»! Questa manovra finanziaria invece presenta aspetti positivi non solo perché la stessa limitatezza del dibattito svolto dalle opposizioni lo ha dimostrato, ma soprattutto perché sono positive le previsioni in essa contenute.

Alcuni hanno affermato che si tratta di una manovra finanziaria che presenta fini propagandistici; delle due l'una: o si tratta di uno strumento di sviluppo per i cittadini e non di propaganda oppure si deve pensare che fa comodo a qualcuno imporre *ticket* sui farmaci che colpiscono i cittadini. Ma di tutto questo non ce n'è bisogno in quanto grazie all'attività svolta dal Governo il debito pubblico dello Stato è stato ripianato e non è necessario aggravare ulteriormente gli oneri sostenuti dai cittadini.

Da questo punto di vista, ribadisco che la manovra finanziaria in esame non ha alcun fine propagandistico ma rappresenta scelte che il Governo del paese privilegia ai fini della maggiore efficacia ed efficienza dei servizi sanitari, certamente non considerati alla stregua di quanto è avvenuto in altri tempi con riferimento soprattutto all'imposizione contributiva dei cittadini.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Di Orio per la completezza della replica svolta, che ha chiarito molti dei dubbi manifestati su alcuni punti della manovra finanziaria al nostro esame.

Comunico che il termine per la presentazione degli emendamenti allo stato di previsione del Ministero della sanità e degli ordini del giorno sul

disegno di legge di bilancio e sul disegno di legge finanziaria è fissato per le ore 13 di domani, mercoledì 13 ottobre.

Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,15.*

MERCOLEDÌ 13 OTTOBRE 1999

**Presidenza del presidente CARELLA**

*I lavori hanno inizio alle ore 15,50.*

**(4237) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002**

**(Tabella 16)** Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

**(4236) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)**

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni alla 5<sup>a</sup> Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 4237 (tabella 16) e 4236.

Riprendiamo l'esame congiunto dei provvedimenti in titolo, sospeso nella seduta pomeridiana di ieri. Ha facoltà di parlare il Ministro della sanità.

BINDI, *ministro della sanità*. Signor Presidente, mi scuso in quanto – contrariamente alle mie abitudini – non ho potuto partecipare personalmente a tutte le fasi dell'esame dei provvedimenti di bilancio a causa di improrogabili impegni.

La manovra finanziaria di quest'anno presenta alcuni aspetti positivi che rappresentano il presupposto per l'applicazione della riforma sanitaria introdotta con il decreto legislativo n. 229 del 1999, che costituisce un primo importante passo in direzione del federalismo fiscale.

Lo stanziamento di oltre 117.000 miliardi di lire a favore della sanità non solo rappresenta un considerevole balzo in avanti rispetto agli anni precedenti in direzione del federalismo fiscale, anni in cui, per far fronte ad esigenze di finanza pubblica, le risorse del Fondo sanitario nazionale sono sempre state sottostimate, ma comporterà anche, rispetto al 1999, un trasferimento alle regioni superiore a 10.000 miliardi di lire. La finanziaria al nostro esame è la prima manovra di sviluppo che considera la sanità come settore di investimento.

Prevedendo nel bilancio triennale 2000-2002 lo stanziamento di 15.000 miliardi di lire per il risanamento dei debiti pregressi, il Governo ha esplicitamente riconosciuto che la spesa sanitaria è stata superiore rispetto alle risorse pubbliche destinate a tale comparto, a causa della reiterata sottostima del Fondo sanitario nazionale degli anni precedenti, e ha cercato, nel contempo, di venire incontro alle esigenze delle regioni.

All'articolo 21 del disegno di legge finanziaria, in materia di investimenti sono previsti 7.000 miliardi di lire da destinare all'adeguamento delle strutture e ulteriori 900 miliardi di lire per le grandi aree metropolitane. Essendo complessivamente aumentati i finanziamenti per la ricerca, viene dato un segnale forte di rafforzamento delle politiche sociali in un settore fondamentale dello Stato sociale.

Le risorse destinate al fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale rappresentano un presupposto fondamentale per l'applicazione della riforma in materia di attività intramuraria in quanto favoriranno il funzionamento soddisfacente dei servizi offerti attraverso la previsione di una sorta di sistema premiante per i medici.

Si sono create le condizioni finanziarie perché si possa applicare l'esclusività di rapporto, in coerenza anche con l'accordo raggiunto, in vista del rinnovo del contratto del comparto sanitario, tra il Ministro della sanità, gli assessori regionali e le rappresentanze sindacali. In questa sede sono state valutate le possibilità di applicazione concreta di tale normativa tenendo conto della realtà delle strutture sanitarie esistenti nel nostro paese.

Le richieste della maggioranza sono state prese in considerazione, con disponibilità, a livello sia sindacale sia istituzionale. Mi dispiace che una sigla sindacale, per motivi sostanzialmente politici, si sia sottratta al confronto, dopo un'intera giornata di lavoro e l'accoglimento da parte del Governo della richiesta di virgolettare alcune espressioni riportate nel testo del nuovo contratto.

L'entrata in vigore dell'attività libero-professionale *intra moenia* comporta maggiori oneri finanziari per le aziende sanitarie. Quando è stata introdotta l'incompatibilità tra l'attività libero-professionale e quella intramuraria, è stato riconsiderato il vecchio regime normativo sulle strutture pubbliche che prevedeva che, in caso di prestazioni a pagamento, gli ospedali si limitassero ad offrire solo un migliore trattamento alberghiero, che comportava maggiori oneri ma consentiva anche di offrire un servizio sanitario in più.

Una volta a regime la nuova normativa, l'attività libero-professionale dei medici svolta nelle strutture pubbliche dovrà confrontarsi con le prestazioni professionali e i servizi sanitari analoghi offerti nelle strutture private a totale carico dei pazienti.

La previsione di una compartecipazione delle regioni, pari al 50 per cento della tariffa stabilita per le prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, va intesa non solo come forte incentivo che chi svolge attività professionale intramuraria, ma anche come assunzione da parte delle

aziende sanitarie di un onere che, nel disegno di legge finanziaria, si configura come risparmio, stante la necessità di rimodulare l'onere del 90 per cento attualmente previsto, che potrebbe anche rischiare di creare una vera e propria iniquità all'interno del sistema, giacchè si dovrebbe far fronte ai costi delle prestazioni anche per quanto riguarda quei pazienti che si rivolgono a medici che svolgono attività libero-professionale, sottraendo in tal modo risorse ai cosiddetti livelli essenziali d'assistenza. È in quest'ottica che si pone quello che impropriamente è stato definito *maxi ticket* e che invece consideriamo un vero e proprio incentivo all'attività libero-professionale.

Del resto la rimodulazione della quota di partecipazione regionale era una scelta inevitabile. Ovviamente la normativa in materia necessita di essere rivista; in particolare riteniamo che debba essere definito per legge il rapporto tra il cittadino e l'azienda, ma non quello tra azienda e medico la cui regolamentazione può essere affrontata in sede di contratto nazionale o di accordi aziendali.

Quello cui faccio riferimento è un intervento di razionalizzazione della spesa che, come tale, ci consente di individuare ulteriori risorse da destinare al fondo di esclusività di rapporto.

Un'altra norma importante di questa legge finanziaria è l'articolo 20, il cui primo comma costituisce l'applicazione di quanto previsto all'articolo 36 della legge n. 449 del 1997, con il quale si stabilisce la partecipazione delle aziende produttrici e dei grossisti al ripiano dello sfondamento del tetto di spesa farmaceutica previsto. L'articolo 20 concerne anche norme relative al prezzo dei farmaci; mi riferisco in particolare a specialità medicinali non più coperte da brevetto, il che influirà positivamente sia in termini di contenimento della spesa farmaceutica, sia per quanto riguarda la diffusione di farmaci innovativi.

Credo che questa sia la sostanza del provvedimento in esame e auspico che in ambito parlamentare si possa intervenire creando le condizioni per un riesame complessivo del sistema, come del resto questa Commissione sta già facendo.

Non mi sembra che il presente disegno di legge contenga altre disposizioni che riguardano specificamente il settore sanitario, salvo una norma, l'articolo 23 – peraltro di carattere generale e di cui bisognerà ancora discutere approfonditamente – che concerne la centrale degli acquisti e in merito alla quale ho già avuto modo di esprimere i miei interrogativi e le mie perplessità. Ritengo, infatti, che prima di avviare un processo del genere sia opportuno verificare seriamente se la scelta che si intende compiere sia conforme a quelle di regionalizzazione e di aziendalizzazione effettuate già nei primi anni '90 e ribadite da recenti interventi normativi. Non escludo comunque che ci siano alcuni beni e servizi che possano trovare vantaggio da una sperimentazione di questo tipo; basti pensare semplicemente alle utenze telefoniche, al gas, all'elettricità. Infatti, non si comprende il motivo per cui le aziende sanitarie dovrebbero essere trattate diversamente rispetto ad altre imprese – per le quali sono invece previste

alcune facilitazioni –, considerato che si tratta di una rete così certa e diffusa di consumatori.

Non ho altro da aggiungere e resto a disposizione per ogni ulteriore richiesta di chiarimento.

PRESIDENTE. Passiamo ora all'esame degli emendamenti presentati alla Tabella 16 concernente lo stato di previsione del Ministero della sanità:

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 1.1.1.0 – Gabinetto e uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro – Funzionamento:

CP: – 1.000.000;

CS: – 1.000.000.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.1

MANARA

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 2.1.1.0 – Assistenza sanitaria di competenza statale – Funzionamento:

CP: – 500.000;

CS: – 500.000.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.2

MANARA

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 5.1.1.0 – Programmazione sanitaria – Funzionamento:

CP: – 2.000.000;

CS: – 2.000.000.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.3

MANARA

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 9.1.1.0 – Vigilanza sugli enti – Funzionamento:

CP: – 50.000;

CS: – 50.000.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.4

MANARA

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 10.1.1.0 – Servizio ispettivo ed unità di crisi – Funzionamento:

CP: – 200.000;

CS: – 200.000.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.5

MANARA

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 11.1.1.0 – Studi e documentazione – Funzionamento:

CP: – 50.000;

CS: – 50.000.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.6

MANARA

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 1.1.1.0 – Gabinetto e uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro – Funzionamento:

CP: – 43.700;

CS: – 43.700.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.8

CAMPUS

*Alla tabella 16, Ministero della sanità, all'unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:*

n. 7.1.1.0 – Organizzazione, bilancio e personale – Funzionamento:

CP: – 12.350;

CS: – 12.350.

12<sup>a</sup>-16-Tab.16.10

CAMPUS

MANARA. Signor Presidente, sarò brevissimo.

Come potete osservare, i miei emendamenti riguardano unicamente le spese di funzionamento non obbligatorie e sono tutti volti a ridurre le postazioni ad esse relative, il che testimonia del nostro autentico desiderio di risparmio. Mi riferisco al famoso taglio dei rami secchi che nei miei emendamenti provvedo ad evidenziare soprattutto per ciò che concerne il funzionamento e, in particolar modo, per ciò che attiene le spese per missioni e straordinari effettuati dal personale amministrativo del Ministero. Infatti, più si incide in questo ambito, maggiore è il risparmio che si ottiene.

CAMPUS. Signor Presidente, illustrerò molto brevemente i miei emendamenti facendo sostanzialmente riferimento alle considerazioni già espresse dal senatore Manara.

Gli emendamenti da noi presentati, considerate le grosse difficoltà tecniche di emendare le tabelle, sono solo due. In proposito desidero precisare che sotto certi aspetti la mia parte politica aveva valutato politicamente anche la possibilità che la discussione sulla presente manovra finanziaria potesse ridursi ad una semplice approvazione o bocciatura della legge di bilancio, lasciando che tutto il resto venisse regolamentato attraverso norme di legge più o meno collegate ai provvedimenti in esame, tuttavia di questo non ci lamentiamo più di tanto.

Gli emendamenti da noi presentati si riferiscono alle spese di funzionamento.

L'emendamento 16.8 propone una riduzione delle risorse destinate all'unità previsionale di base 1.1.1.0; purtroppo questo emendamento, per motivi tecnici e regolamentari, non è completo dal momento che in esso ci si limita soltanto a sottoporre all'attenzione della Commissione il taglio delle spese di rappresentanza e di quelle relative all'acquisto di riviste e giornali e di altre pubblicazioni. L'emendamento completo, che – come ho già detto – non è stato possibile presentare, trasferiva la somma di lire 43.700.000 al capitolo 1113 concernente le spese riservate alla lotta contro le sofisticazioni alimentari e alla repressione del traffico illecito di stupefacenti.

Anche se si tratta ovviamente di una somma molto esigua, il nostro emendamento rappresenta comunque in invito al Governo a valutare l'opportunità di potenziare attività quali quelle della lotta contro il traffico illecito di stupefacenti, magari tagliando sulle spese di rappresentanza o per l'acquisto di riviste, giornali ed altre pubblicazioni.

Analoga logica sottende l'altro emendamento da noi presentato, volto a sopprimere una spesa di sole 12.350.000 lire destinata alla concessione di medaglie al merito nell'ambito della sanità pubblica. Al riguardo, ritengo che anche se si tratta di una somma molto modesta sarebbe comunque più opportuno che fosse utilizzata per iniziative ben più importanti. Si tratta solo di piccole cifre, ripeto, per cui gli emendamenti hanno un valore puramente simbolico volto a significare la posizione politica del Gruppo che rappresento. Il totale degli importi proposti nei vari emendamenti costituirebbe invece una fonte di risorse rilevante da investire in capitoli importanti anzichè essere sprecata in settori di poco interesse. Una soluzione del genere farebbe felici anche i destinatari degli stanziamenti indicati che vedrebbero utilizzato in modo utile il denaro dello Stato.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, esprimo parere contrario su tutti gli emendamenti presentati.

BINDI, *ministro della sanità*. Signor Presidente, il parere del Governo è conforme a quello del relatore.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>.16.Tab.16.1, presentato dal senatore Manara.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>.16.Tab.16.2, presentato dal senatore Manara.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>.16.Tab.16.3, presentato dal senatore Manara .

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1 2<sup>a</sup>. 16 .Tab. 16.4, presentato dal senatore Manara.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>. 1 6.Tab. 16.5, presentato dal senatore Manara.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>.16.Tab.16.6, presentato dal senatore Manara,

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>.16.Tab.16.8, presentato dal senatore Campus.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 12a.16.Tab.16.10, presentato dal senatore Campus.

**Non è approvato.**

Passiamo all'esame dei seguenti ordini del giorno, presentati al disegno di legge n. 4236:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

in sede di esame del disegno di legge n. 4236, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000),

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di sopprimere qualsiasi partecipazione delle regioni alla spesa per prestazioni in regime di attività libero-professionale degli operatori, a qualsiasi titolo ed in qualsiasi sede richiesta dai cittadini.

Le economie previste, valutabili in circa 450 miliardi dovranno essere utilizzate dalle regioni per il finanziamento del fondo per l'esclusività di rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario e per interventi strutturali al fine di rendere effettivamente realizzabile tale opzione professionale da parte degli operatori».

0/4236/1/12<sup>a</sup>

CAMPUS, MONTELEONE, CASTELLANI Carla

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

in sede di esame del disegno di legge n. 4236, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000),

impegna il Governo:

a valutare l'assoluta necessità ed urgenza dello scorporo del costo dovuto al carico dell'IVA dalla valutazione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica e del conseguente prevedibile sfondamento, alla cui copertura sono obbligati, per quota di spettanza, ai sensi dell'articolo 36, comma 16, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, imprese produttrici, grossisti e farmacie».

0/4236/2/12<sup>a</sup>

CAMPUS, MONTELEONE, CASTELLANI Carla

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

in sede di esame del disegno di legge n. 4236, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000),

impegna il Governo:

a sottrarre alla Commissione unica del farmaco la facoltà di individuare i medicinali con caratteristiche innovative cui non si applica la riduzione di prezzo di cui al comma 3 dell'articolo 20, e ad estendere tale esclusione a tutti i farmaci coperti da brevetti di formulazione, di indicazione, di via di somministrazione o modalità di rilascio».

0/4236/3/12<sup>a</sup>

CAMPUS, MONTELEONE, CASTELLANI Carla

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

in sede di esame del disegno di legge n. 4236, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000),

impegna il Governo:

a rivedere entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il prezzo di vendita dei farmaci rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale equiparandolo al prezzo medio europeo per singola specialità medicinale».

0/4236/4/12<sup>a</sup>

CAMPUS, MONTELEONE, CASTELLANI Carla

CAMPUS. Signor Presidente, l'ordine del giorno n. 1 è in linea con quanto dichiarato dal ministro Bindi nel corso della sua replica in merito alla compartecipazione regionale al pagamento delle spese relative alle prestazioni libero-professionali effettuate all'interno del servizio sanitario nazionale ed è il preludio degli emendamenti che – per noti motivi regolamentari – il nostro Gruppo si riserva di presentare in sede 5<sup>a</sup> Commissione.

Per non creare le distorsioni cui il ministro Bindi ha fatto cenno, sarebbe necessario un confronto diretto tra le prestazioni libero-professionali pubbliche e private. Il Ministro ha precisato che la compartecipazione delle regioni non è un *maxi* ticket ma un incentivo per i medici, che io definirei «sussidio», ma dovrebbe motivare le ragioni dell'esistenza di differenziazioni nei trasferimenti alle regioni.

A nostro avviso, il Governo dovrebbe sopprimere qualsiasi riferimento alla partecipazione finanziaria dello Stato nei confronti delle regioni. Il cittadino che si rivolge ad un professionista che esercita la propria attività in una struttura pubblica in regime libero-professionale dovrebbe pagare interamente le prestazioni sanitarie richieste, come avviene quando si fa ricorso a strutture private. Ne deriverebbero economie di spesa che, in base ai nostri calcoli, ammonterebbero a circa 450 miliardi di lire, che potrebbero essere destinati in parte all'incentivazione del fondo per i rapporti con i dirigenti sanitari, rendendo premiale un rapporto oggi vissuto come punizione e, in altra parte per sentire l'adeguamento strutturale necessario per lo svolgimento dell'attività intramuraria, che rappresenta un nodo importante emerso anche ieri nel corso dell'incontro tenutosi tra i membri della Conferenza Stato-regioni e i rappresentanti delle associazioni dei medici. Comunque, il regime sanitario attuale non è condivisibile in quanto le cure di alcuni sono a carico di tutti i cittadini.

L'ordine del giorno n. 2 affronta un problema che il Ministro conosce perfettamente perché in più occasioni ha avuto modo di ascoltare le ennesime richieste di attenzione avanzate da Farindustria. Il Parlamento, nel recepire nell'articolo 36 della legge n.449 del 1997 l'accordo sulla partecipazione al ripiano degli sfondamenti del tetto della spesa farmaceutica da parte dei produttori e distributori di medicinali, dovette irrimediabilmente procedere ad un rincaro dell'IVA dal 4 al 10 per cento, che per lo Stato costituisce una semplice partita di giro ma per Farindustria si traduce in un immediato rincaro, in denaro contante, delle spese da sostenere. Lo Stato – se non vuole apparire truffaldino (non conosco comunque le reali intenzioni del Governo in proposito) – dovrebbe scorporare il

costo dovuto al carico dell’IVA dalla valutazione del tetto di spesa per l’assistenza farmaceutica affinché Farindustria, o comunque le farmacie, concorrano alle spese, come si sono impegnate a fare, senza essere prese in giro.

L’ordine del giorno n. 3 concerne l’eccessiva discrezionalità attribuita alla Commissione unica del farmaco (organo governativo) nell’individuazione dei medicinali con caratteristiche innovative ai quali non si applica la riduzione di prezzo prevista al comma 3 dell’articolo 20. Lascia perplessi l’esclusione fra medicinali soltanto dei farmaci prodotti biologicamente, controllati per via transdermica, nonché la facoltà riconosciuta alla CUF di decidere a quali altre sostanze debba essere applicata questa forma di sconto forzata.

Pertanto, ci permettiamo proporre all’attenzione della Commissione un ordine del giorno in cui impegna il Governo «a sottrarre alla Commissione unica del farmaco la facoltà di individuare i medicinali con caratteristiche innovative cui non si applica riduzione di prezzo di CUI al comma 3 dell’articolo 20, e ad estendere da: esclusione a tutti i farmaci coperti da brevetti di formulazione, di indicazione, via di somministrazione o modalità di rilascio».

Questo anche per spiegare ai non addetti ai lavori che la brevettabilità di un farmaco non riguarda solo la sua molecola ma, ad esempio, anche la via di somministrazione. Inoltre, non va trascurato che purtroppo le imprese farmaceutiche italiane non sono nelle condizioni – anche per i motivi sopra esposti – di competere con le grandi multinazionali di questo settore e l’ordine del giorno in esame, proprio in considerazione della nostra indubbia capacità di brevettare migliori utilizzazioni o migliori vie di somministrazione dei farmaci si propone di proteggere quella parte della nostra industria farmaceutica che nonostante tutto ancora riesce a resistere.

Infine, con l’ordine del giorno n. 4 invitiamo il Governo a ritornare sulla strada di una politica di programmazione della spesa farmaceutica che sembrava tracciata e che in base ai commi 3, 4 e 5 dell’articolo 20 – come ho avuto modo di dichiarare nel corso della discussione generale – sembra essere stata totalmente abbandonata.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, esprimo parere contrario sull’ordine del giorno n. 1, riallacciandomi al riguardo alle motivazioni evidenziate ieri nel corso della mia relazione.

Il mio parere è favorevole sull’ordine del giorno n. 2 perché pone un’esigenza largamente condivisibile. Esprimo infine parere contrario sugli ordini del giorno, nn. 3 e 4.

BINDI, *ministro della sanità*. Signor Presidente, esprimo parere contrario sull’ordine del giorno n. 1 perché ritengo che la partecipazione delle regioni alla spesa per prestazioni in regime di attività libero-professionali degli operatori rappresenti un modo per dare concretamente avvio alla riforma che si intende attuare in questo ambito. Inoltre, considero certa-

mente più equo che le economie previste – valutabili in circa 450 miliardi – vadano soprattutto a vantaggio dei cittadini. Va anche valutato che quello designato dalla norma diventa un sistema premiante nei confronti dei soggetti più bravi e anche più capaci di attrarre la richiesta di attività libero-professionali da parte dei pazienti, cosa che non si ottiene attraverso l'utilizzo del fondo per l'esclusività di rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario che viene erogato a tutti in maniera indifferenziata.

MIGNONE. Quindi non si intende sostenere che si tratta anche dei medici più bravi?

BINDI, *ministro della sanità*. Questa è una valutazione che spetta al paziente. Ripeto, in ogni modo, che il sistema cui faccio riferimento è certo vantaggioso per il paziente, ma lo è anche per il professionista.

CAMPUS. Signor Ministro, desidero precisare che nel mio ordine del giorno richiedo che queste risorse vengano utilizzate anche per interventi strutturali.

BINDI, *ministro della sanità*. A favore degli interventi strutturali sono stati previsti circa 7.000 miliardi che riguardano anche provvedimenti in materia di attività libero-professionale, oltre ovviamente a quelli concernenti la sicurezza, la messa a nuovo delle strutture sanitarie o la ricostruzione del patrimonio ospedaliero...

MONTELEONE. Sono del parere che le modalità previste nella normativa in esame possano provocare dei ritardi nell'applicazione del regime libero-professionale intramurario.

BINDI, *ministro della sanità*. In proposito, senatore Monteleone, non condivido la sua opinione, ritengo che non si avrà alcun ritardo proprio perchè con gli accordi di programma queste risorse sono concretamente spendibili.

Esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno n. 2. Infatti, come ho avuto modo di far presente ai Ministri delle finanze e del tesoro, l'elevazione dell'IVA sui farmaci se può essere considerata una partita di giro per il bilancio dello Stato non lo è per il sistema sanitario.

Esprimo infine parere contrario sugli ordini del giorno nn. 3 e 4.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno n. 1.

MANARA. Signor Presidente, il mio Gruppo voterà a favore dell'ordine del giorno n. 1 con il quale viene evidenziata una contraddizione di fondo. Intendo dire che mentre da una parte lo Stato attraverso una legge impone alle regioni una spesa di 450 miliardi, dall'altra il Ministro parla di una manovra finanziaria che procede verso il federalismo fiscale, anche

se in realtà il federalismo fiscale qui non se ne vede nemmeno l'ombra! Quindi, ancora una volta assistiamo ad un rimpallo tra Stato e regioni.

In un quadro di federalismo fiscale serio le regioni dovrebbero trattenerne l'80 per cento degli introiti fiscali, in quanto l'autentico federalismo fiscale si distingue sulla base di chi tiene in mano la borsa dei soldi e quello di cui ha parlato il Ministro non può assolutamente essere considerato tale...

BINDI, *ministro della sanità*. Senatore Manara, siamo in attesa del decreto legislativo!

MANARA. Lasciamo stare, signor Presidente, io parlo in termini comprensibili anche perchè oggi quello del federalismo fiscale è un concetto ormai consunto. Noi per primi – e al riguardo nessuno ci può contestare il diritto di primogenitura – abbiamo lanciato questo tipo di proposta, ma naturalmente siamo sempre stati criminalizzati.

Ad ogni modo, l'importante è sapere che in questa manovra non esiste nessun indirizzo finalizzato alla realizzazione di un autentico federalismo fiscale e questo è uno dei motivi per cui il mio Gruppo voterà a favore dell'ordine del giorno n. 1.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno n. 1, presentato dal senatore Campus e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'ordine del giorno n. 2, presentato dal senatore Campus e da altri senatori.

**È approvato.**

Metto ai voti l'ordine del giorno n. 3, presentato dal senatore Campus e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'ordine del giorno n. 4 presentato dal senatore Campus e da altri senatori.

**Non è approvato.**

L'esame degli ordini del giorno presentati al disegno di legge finanziaria è così esaurito.

Resta ora da conferire il mandato a redigere il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

Propongo che tale incarico sia affidato al relatore senatore Di Orio. Poiché non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Passiamo all'esame della proposta di rapporto sui disegni di legge di bilancio e finanziaria, per la parte di nostra competenza.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, sottopongo all'esame della Commissione la seguente proposta di rapporto favorevole:

«La Commissione, esaminato lo stato di previsione del Ministero della sanità e le parti relative al settore sanitario del disegno di legge n. 4236, esprime per quanto di competenza, parere favorevole, apprezzando in particolare la significativa rivalutazione del Fondo sanitario nazionale – anche se si raccomanda uno sforzo per una più puntuale quantificazione della previsione della spesa farmaceutica per l'anno 2000 – e l'individuazione, in conformità a quanto richiesto dalla Commissione stessa nel rapporto sui documenti finanziari dello scorso anno, di adeguati strumenti per il ripiano dei debiti pregressi delle aziende sanitarie locali.

Per quanto riguarda le disposizioni in materia sanitaria recate dal disegno di legge finanziaria, la Commissione segnala l'opportunità di riesaminare la decisione di destinare interamente al fondo per l'incentivazione dell'esclusività del rapporto le risorse derivanti dai maggiori risparmi attesi per effetto dell'applicazione dei commi 4 e 5 dell'articolo 19.

La Commissione rileva infatti che, essendo già abbondantemente rifinanziato il fondo con le risorse recuperate ai sensi dei commi 12, 13, 14 e 15 dello stesso articolo, sarebbe opportuno destinare una consistente quota dei risparmi ottenuti con la riduzione della quota di partecipazione regionale al costo delle prestazioni erogate in regime libero-professionale dalle aziende pubbliche al miglioramento delle dotazioni strutturali necessarie per l'effettuazione delle prestazioni stesse.

La Commissione, infine, esprime forti riserve sull'opportunità di mantenere l'articolo 23, che appare in contrasto con i principi di regionalizzazione e di aziendalizzazione che informano la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale adottata con il decreto legislativo n 229 del 19 giugno 1999».

TOMASSINI. Signor Presidente, presenta la seguente proposta di rapporto, di cui do lettura «Per quanto attiene alla valutazione dei documenti di bilancio, la Commissione igiene e sanità del Senato formula le seguenti considerazioni: la manovra complessiva, che viene definita dal Governo meno onerosa per il cittadino e di sviluppo e risanamento, appare già smentita nell'esposizione tabellare: i 15.000 miliardi aggiunti alla somma complessiva impegnata lo scorso anno in sanità non bastano a coprire gli oltre 30 000 miliardi di *deficit* accumulati dalle regioni, a motivo delle decisioni governative, dal 1995 ad oggi.

Appaiono quindi del tutto insufficienti gli stanziamenti previsti nella Tabella A, soprattutto per quanto attiene le problematiche sanitarie per i servizi di accoglienza del Giubileo ed altri interventi di questo capitolo; nella Tabella C viene evidenziata una chiara deficienza programmatica

che obbliga ad una copertura e ripiano dell'ammontare dei gettiti IRAP, con insufficienti investimenti soprattutto a riguardo della ricerca; nella Tabella D altro non si tratta che dei fondi già impegnati sin dal 1988, diluiti nel tempo ed ancora una volta dilazionati per interventi di edilizia assolutamente prioritari ed urgenti.

Gli interventi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria-attività libero-professionale, previsti all'articolo 19, servono a cercare di attivare provvedimenti già falliti nelle precedenti finanziarie, tesi ad aumentare gli oneri dei cittadini che vengono a pagare due volte le medesime prestazioni sanitarie senza nessun miglioramento della qualità degli interventi.

I medesimi provvedimenti appaiono di difficile applicabilità, in quanto lasciano molti problemi di contenzioso inerenti alla materia del tutto irrisolti, e possono ulteriormente mutare, essendo ancora pendente la trattativa per il contratto di lavoro del settore.

L'attivazione della libera professione intramuraria non costituirà un'espansione del sistema sanitario, ma praticamente un percorso obbligato a pagamento iniquo, per superare nelle emergenze le liste d'attesa: inoltre i proventi non serviranno a priorità strutturali, ma solo, nella lontana ipotesi che vengano realizzati, a pagare le conseguenze della generalizzazione del ruolo della dirigenza promesso dal Governo e dal Ministro.

Gli interventi di contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica appaiono del tutto insufficienti e obbligheranno a nuovi interventi di assestamento. Il taglio imposto ai prodotti non coperti da brevetto, il mancato scorporo dell'IVA, oltre a portare esagerati oneri sull'intero settore con conseguenti gravi perdite di posti di lavoro, innescherà meccanismi di conflittualità conseguenti alle discriminazioni tra le varie aziende e finirà per accusare il ritiro di molte specialità di grande efficacia e a basso costo dal mercato. Soprattutto si deve lamentare la mancanza assoluta di un qualsivoglia miglioramento strutturale e di alcun finanziamento che porti ad una saggia politica del farmaco.

Nessun ruolo viene dato ai medici di famiglia nell'ambito dell'importante funzione di selezione dell'accesso ai farmaci, nessun sistema di aumento delle risorse viene impiegato per trasportare e spostare farmaci innovativi a salvavita dalle classi B e C dove sono ora inseriti, alle classi A; nessun investimento nella ricerca, ma anzi dissuasione anche per i gruppi stranieri a produrre nuovi farmaci in Italia. Soprattutto nessun intervento di incentivazione per farmaci generici che sono pochi, i pertutelati, e per i quali non viene sviluppata nessuna misura di orientamento culturale e di educazione sanitaria ai fini di un corretto consumo.

Il patto di stabilità interna previsto dall'articolo 21 propone irrigidimenti obbligati e precostituiti che mal si accompagnano con le odierne necessità di flessibilità economiche che siano basate su forti principi di autonomie e responsabilità periferiche, uniche che consentono di adeguarsi alle situazioni.

Le misure di razionalizzazione delle procedure di acquisto si prospettano come una confusa e vaga dichiarazione di intenti per fortuna non realizzata. Esperienze precedenti in questo senso dimostrano che eccessive

centralizzazioni portano ad allungamenti dei tempi, aumento dei costi, peggioramento della qualità e gravemente compromettono i principi di autonomie e responsabilità uniti a quelli di federalismo e sussidiarietà.

Concludendo, l'intera manovra appare del tutto insufficiente a coprire il *deficit* del passato, conseguentemente incapace di produrre non solo interventi strutturali ed innovativi, e del tutto inadeguata a garantire gli attuali livelli di assistenza.

Pone obiettivi di sola propaganda che mal camuffano ulteriori oneri per i cittadini, che saranno costretti ad intervenire con il proprio contributo per avere le medesime prestazioni già pagate attraverso la fiscalità del sistema sanitario nazionale.

La Commissione redige pertanto un rapporto contrario alla manovra».

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, lo schema di rapporto di minoranza esprime una posizione più matura di quella dichiarata dal senatore Tomassini ieri nel corso della discussione.

Senatore Campus, per gli interventi proposti non sono percorribili altre strade se non quella di consentire che la libera professione *intra moenia* sia finanziata per il 50 per cento dalle regioni, come stabilito nella finanziaria in esame. La soluzione prospettata favorisce il mantenimento di un equilibrio in termini non solo economici ma soprattutto di trasparenza nel rapporto tra prestazioni professionali pubbliche e private, anche al fine di un più corretto regime di concorrenza.

Condivido parte del rapporto di minoranza ma non mi sembra opportuna un'altra riforma sanitaria. Invito il senatore Tomassini a ricordare tutti i provvedimenti approvati dal Parlamento che hanno comportato interventi strutturali importanti per giungere all'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali; pertanto, non vedo ragioni valide perchè il disegno di legge finanziaria di quest'anno debba proporre una nuova riforma sanitaria che, nel nostro paese, è stata realizzata non più di due mesi fa.

Condivido, infine, quanto è stato sottolineato in merito alla centrale acquisti che appare impropria rispetto all'attuale apporto economico dalla medesima prodotto a livello di organizzazione.

CAMPUS. Signor Presidente, entrerò molto rapidamente nel merito dello schema di rapporto illustrato dal relatore, del quale riconosciamo alcuni punti qualificanti laddove concorda con alcune osservazioni espresse dall'opposizione, anche se nessuno di noi pretende primogeniture di alcun tipo.

Ovvi motivi ci inducono ad esprimere una valutazione negativa sul disegno di legge finanziaria in senso lato, e in particolare per quanto concerne il settore sanitario per cui non sono stati individuati interventi legislativi opportuni.

Ciò nonostante, riconosciamo che, nello schema di rapporto presentato dal senatore Di Orio, la maggioranza e il Governo rivolgono particolare attenzione ad alcuni problemi, a nostro giudizio, fondamentali quale,

ad esempio, la non opportunità dell'articolo 23 in merito al quale lo stesso Ministro della sanità ha espresso la propria totale contrarietà...

BINDI, *ministro della sanità*. Senatore Campus, più che contrarietà, ho espresso perplessità, interrogativi, dubbi.

CAMPUS. Signor Ministro, come lei preferisce: non vorrei creare qualche piccolo bisticcio all'interno della maggioranza.

BINDI, *ministro della sanità*. Non sarebbe opportuno farlo forzando il significato di alcune espressioni!

CAMPUS. Ad ogni modo, il voto di Alleanza Nazionale sullo schema di rapporto favorevole presentato dal relatore Di Orio sarà contrario, con le sottolineature di carattere favorevole sugli aspetti che ho prima evidenziato.

Il mio Gruppo invece si riconosce pienamente nello schema di rapporto di minoranza, redatto dal senatore Tomassini chiede, se possibile, che ad esso siano aggiunte le firme di tutti i suoi rappresentanti presenti in questa Commissione; chiaramente, per ragioni di coerenza, teniamo a precisare che il secondo punto di tale documento, che apparentemente potrebbe sembrare contraddittorio rispetto alle nostre prese posizione, in realtà rappresenta soltanto un modo diverso di una norma che i Gruppi, Forza Italia e Alleanza nazionale allo stesso modo considerano assolutamente non condivisibile e sulla quale – secondo quanto mi è sembrato di comprendere – anche parte della maggioranza ritiene che si dovrà intervenire.

Concludo ribadendo il nostro voto favorevole allo schema di rapporto illustrato dal senatore Tomassini e contrario a quello del relatore.

TOMMASSINI. Signor Presidente, accogliamo con favore la posizione di consenso manifestata dal gruppo Alleanza Nazionale allo schema di rapporto da noi proposto ed altresì l'integrazione suggerita dal senatore Campus, manifestando sin d'ora la nostra disponibilità a che gli eventuali suggerimenti delle altre parti politiche facciano parte organica del medesimo rapporto che verrà presentato alla Commissione bilancio

Accettiamo inoltre le osservazioni avanzate dal relatore, il quale ha sottolineato l'opportunità di precisare ulteriormente alcuni aspetti del nostro documento.

Da parte nostra, nonostante l'apprezzamento per gli spunti critici contenuti nello schema di rapporto del relatore per quanto riguarda la manovra di bilancio, voteremo contro tale schema non ritenendoli sufficienti; mi riferisco in particolare a quanto si dichiara a proposito della politica del farmaco, rispetto alla quale ci si limita soltanto ad evidenziare il problema dell'elevazione dell'IVA. Ci trovano invece del tutto concordi le osservazioni svolte dal senatore Di Orio in relazione all'articolo 23 del disegno di

legge finanziaria e al fondo per l'esclusività di rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario.

Tuttavia, nonostante una coincidenza di opinioni riguardo a taluni aspetti dal momento che altre questioni per noi molto importanti non sono state riprese dallo schema di rapporto del relatore non possiamo esprimere un parere favorevole su tale documento.

Nel merito del nostro rapporto di minoranza, riteniamo che le principali questioni che rimangono sostanzialmente sul tappeto siano rappresentate innanzitutto dall'insufficiente ripiano del *deficit* complessivo della sanità, il che a nostro avviso non consentirà miglioramenti in questo sistema, né l'avvio di quella che viene definita la terza riforma.

Per quanto riguarda l'articolo 19 del disegno di legge n.4236, va registrata quella duplice prevalenza di cui abbiamo sottolineato una parte e cioè l'eccessiva esazione per il cittadino che si trova a pagare per ben due volte il medesimo servizio senza però avere libertà di scelta rispetto ad alcuni sistemi. D'altro canto, assistiamo anche ad una sottrazione di fondi regionali che andranno a sovvenzionare e a incentivare questo sistema che ci sembra francamente eccessiva.

Un altro aspetto che non va assolutamente trascurato è la sopravvalutazione che è stata fatta dei possibili introiti – anche precedentemente le previsioni si sono dimostrate non corrispondenti alla realtà – e nel contempo sottovalutazione dei sistemi collaterali non ancora efficienti; mi riferisco alla mancanza di spazi, di strutture e strumenti e alle difficoltà legislative per quanto riguarda, ad esempio il problema dell'IVA o quello del tempo definito.

Inoltre, osserviamo che, se da un lato si sceglie di incentivare la dirigenza dall'altro bisogna considerare che si tratta di una dirigenza del tutto generalizzata, senza alcuna distinzione meritocratica.

Per quanto riguarda i farmaci, oltre a non condividere la scelta di aumentare l'IVA – critica condivisa dallo stesso Ministro, che spero possa sollecitare il Ministro del tesoro ad intervenire – riteniamo che esistano alcune importanti questioni che rimangono tuttora sul tappeto. Mi riferisco in primo luogo alla sottostima del debito, che rimane comunque tale malgrado i tentativi di ripiano, ed in seconda istanza al taglio sui farmaci non brevettati che sembra eccessivo e non adeguato ad incentivare questo comparto.

Riteniamo opportuno che tutta questa materia sia compresa nella terza riforma della sanità ed inoltre confidiamo che l'impostazione del testo unico in materia di farmaci – in discussione presso la nostra Commissione – possa trovare definizione.

Va anche rilevato che il provvedimento in esame non sembra aver colto l'opportunità di utilizzare quegli spazi che pure la situazione avrebbe offerto, né ritengo si stiano perseguendo determinati obiettivi.

In conclusione, prendiamo atto con favore che quanto avevamo detto a proposito di alcuni articoli è stato recepito anche dalla maggioranza e preannunciamo che il gruppo Forza Italia voterà contro lo schema di rapporto proposto dal relatore.

PAPINI. Signor Presidente, annuncio innanzitutto che voteremo a favore dello schema di rapporto presentato dal relatore, in merito al quale desidero soffermarmi su due aspetti.

Riguardo all'articolo 23 del disegno di legge n. 4236, debbo dire che così com'è formulato in realtà prevede soltanto una promozione da parte del Governo centrale nei confronti delle regioni e quindi in qualche modo viene abbassato il livello dell'intervento.

Inoltre, credo che questa norma non produca effetti significativi in quanto, al di là di un certo valore, le quantità non producono più un risultato economico anche perché inducono il fornitore ad affrontare un problema di servizi logistici.

BINDI, *ministro della sanità*. Senatore Papini, le economie di scala servono fino ad un certo punto.

PAPINI. Pertanto, pur votando a favore dello schema di rapporto del senatore Di Orio, desidero però precisare che non ho mai condiviso l'impostazione complessiva dell'articolo 19. Ribadisco in proposito che sono favorevole all'esclusività del rapporto professionale, ma contrario all'attività *intra moenia* che ritengo crei una mole enorme di problemi, tra cui quelli determinati da un aumento dei costi non direttamente rilevati (in particolare vengono sottovalutati i costi di gestione del sistema sanitario).

Ritengo pertanto che la questione dovrebbe essere riconsiderata alla luce di quello che è l'attività intramuraria rispetto all'esclusività del rapporto, due aspetti, questi ultimi, da trattare separatamente. In proposito mi ero permesso anche di avanzare una proposta in base alla quale veniva garantita la possibilità per i professionisti del Servizio sanitario nazionale di lavorare all'esterno, ma non per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza.

CAMERINI. Signor Presidente, desidero innanzitutto preannunciare il voto favorevole del mio Gruppo allo schema di rapporto presentato dal relatore, per numerose ragioni.

In primo luogo, come è stato ricordato dal Ministro, siamo di fronte ad una manovra che risulta essere la meno pesante degli ultimi anni e che contemporaneamente individua tutta una serie di risorse che permetteranno di affrontare con maggiore serenità il processo di riforma di questo settore.

In particolare, va ricordato che la rivalutazione del fondo sanitario nazionale, che raggiungerà il tetto di 117.139 miliardi di lire, rappresenta un incremento ben superiore alla percentuale di incremento del PIL di questo periodo.

Per ciò che attiene la parte normativa, viene affrontato il problema delle prestazioni libero-professionali in regime di ricovero e di *day hospital*, definendo e razionalizzando i vari criteri di partecipazione alle spese da parte delle regioni.

Per quanto riguarda il problema della razionalizzazione della spesa sanitaria, va sottolineata la ridefinizione di questa spesa verso l'alto.

Poiché sono a tutti note le difficoltà di quantificazione della spesa farmaceutica, è pienamente condivisibile la rivalutazione dei farmaci cosiddetti *off patent* attraverso la ridefinizione dei loro costi.

Sono condivisibili gli interventi svolti da alcuni colleghi circa l'opportunità dell'articolo 23; comunque, non andrebbe abbandonata l'idea di un organismo, individuato d'intesa tra le regioni, capace di selezionare le domande di beni e servizi e di fare acquisti per alcune categorie di beni.

Per tutte queste ragioni, dichiaro il voto favorevole dei Democratici di Sinistra sullo schema di rapporto di maggioranza, redatto dal senatore Di Orio.

LAURIA Baldassare. Signor Presidente, dichiaro il mio voto favorevole sullo schema di rapporto di maggioranza, presentato dal relatore Di Orio, che evidenzia gli interventi più importanti nel settore sanitario e, in particolare, l'incremento del 9 per cento del Fondo sanitario nazionale rispetto all'anno scorso.

Invito, tuttavia, il Governo a riesaminare la possibilità di una maggiore incentivazione del rapporto di lavoro *intra moenia*. Come ho già espresso in altri miei interventi, dubito che l'attività intramuraria possa trovare immediata esecuzione se non saranno prima create le strutture idonee allo svolgimento della stessa. Ciò, comunque, potrà avvenire in un certo periodo di tempo grazie ai 7.000 miliardi di lire stanziati per l'attuazione delle strutture necessarie per lo svolgimento di tale attività.

Dichiaro, pertanto, il voto favorevole dell'UDEuR, ribadendo alcune perplessità circa l'immediatezza dello svolgimento dell'attività *intra moenia* in assenza di strutture adeguate e di attrezzature idonee.

ZILIO. Signor Presidente, dichiaro il mio voto favorevole sulla proposta di rapporto presentata dal senatore Di Orio, esprimendo il più pieno apprezzamento sulla prima parte del disegno di legge finanziaria, laddove si evince una rivalutazione del settore sanitario rispetto a quanto avvenuto in passato.

Ho però qualche dubbio in merito all'articolo 19 e condivido pienamente le perplessità espresse dal Ministro riguardo all'opportunità dell'articolo 23.

MANARA. Signor Presidente, la Lega esprimerà voto contrario sulla proposta di rapporto presentata dal relatore, sulla base delle medesime considerazioni svolte in sede di discussione generale.

L'eterno conflitto esistente tra Stato e regioni nella finanziaria al nostro esame si manifesta in modo sempre più marcato. Il Ministero della sanità ha stanziato a favore delle regioni una quota *pro-capite* per sostenere la spesa sanitaria di 1.836.000 lire: non so se questa cifra è esatta, comunque, qualora non lo fosse, sarebbe con tutta probabilità inferiore.

Il gettito derivante dall'IRAP in una regione come la Lombardia ha raggiunto sostanzialmente la cifra di 1.300.000 lire *pro-capite*, pertanto tra le disponibilità delle regioni mancano all'appello circa 536.000 milioni di lire *pro-capite*: vi sarà prima o poi qualcuno che ripianerà questi debiti!

La situazione attuale deve essere assolutamente chiarita; noi abbiamo cercato di chiarirla attraverso un'analisi critica, assolutamente negativa, sul disegno di legge finanziaria di quest'anno: come già avvenuto nella precedente legislatura, lo Stato approva sistematicamente provvedimenti di iniziativa governativa che dovrebbero essere invece di esclusiva pertinenza delle regioni.

Ribadisco, pertanto, il voto contrario della Lega sulla proposta di rapporto di maggioranza, ferma restando la più ampia condivisione del rapporto di minoranza, nel quale il mio Gruppo si riconosce come identità e soprattutto come strategia.

MONTELEONE. Signor Presidente, domando di parlare in dissenso dal mio Gruppo per annunciare la mia astensione sullo schema di rapporto di minoranza, presentato dal senatore Tomassini.

PRESIDENTE. Senatore Monteleone, non dovendo essere posto in votazione il rapporto di minoranza, lei non potrebbe intervenire, ciò nonostante, le do la parola.

BINDI, *ministro della sanità*. La divisione nell'ambito dell'opposizione è comunque un valore.

MONTELEONE. Signor Presidente, chiedo al Ministro perchè una sigla sindacale (che non solo io ma tutti conoscono benissimo) non ha definito, con mio dispiacere, un accordo esclusivamente per motivi politici: un conto sono i motivi politici, altro sono differenti motivazioni. Tuttavia, considerate le richieste avanzate dalla sigla sindacale che ho testé richiamato, mi sembra riduttivo dichiarare che l'accordo non è stato definito solo per motivi politici.

In secondo luogo, purchè si tratta di recuperare risorse riducendo gli sprechi, vorrei che rimanesse a verbale che sarebbe sufficiente una maggiore oculatezza da parte delle aziende sanitarie locali d'Italia nella gestione degli spese telefoniche con le quali le aziende sanitarie locali si fanno propaganda politica alla faccia dei contribuenti che pagano.

Dico ciò anche per mettere in guardia rispetto...

PRESIDENTE. Senatore Monteleone, la sua doveva essere semplicemente una dichiarazione di astensione.

MONTELEONE. Sì, signor Presidente, ritengo tuttavia assai importante sottolineare questi aspetti, dal momento che a mio avviso nello schema di rapporto proposto dal senatore Tomassini non sono sufficiente-

mente approfonditi i problemi cui ho fatto precedentemente cenno ed è sostanzialmente per questa ragione che il mio sarà un voto di astensione.

Nel corso della sua replica, il ministro Bindi ha definito la presente come la prima manovra finanziaria di sviluppo per la sanità italiana. Ebbene, al riguardo non sarebbe stato più opportuno attendere quest'anno per avviare il sistema di esclusività del rapporto dei medici con il Servizio sanitario nazionale, la cui realizzazione ha creato tante difficoltà e problemi? Ritengo, infatti, che il Ministro sappia benissimo che le norme previste agli articoli 19 e 23 del disegno di legge n. 4236 in realtà non faranno altro che creare ulteriori ritardi nella realizzazione del suddetto sistema, anche perchè va tenuto presente che, per quanto riguarda il settore della sanità, l'Italia continuerà ad essere un paese a tre velocità.

Ritengo, inoltre, che la decisione di finalizzare le risorse destinate al fondo per l'incentivazione dell'esclusività del rapporto ai soli dirigenti dell'area medica rischi di creare dei problemi di diseguaglianza e conseguentemente anche di demotivazione della restante parte del personale.

Per questi motivi e per altri che mi riservo di esplicitare quando i documenti finanziari verranno esaminati da parte dell'Assemblea, dichiaro il mio voto di astensione sullo schema di rapporto proposto dal senatore Tommassini.

PRESIDENTE. Metto ai voti lo schema di rapporto favorevole con osservazioni sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria predisposto dal relatore.

**È approvato.**

A seguito della precedente votazione resta pertanto preclusa la votazione dello schema di rapporto proposto dal senatore Tommassini.

L'esame dei documenti di bilancio e del disegno di legge finanziaria per quanto di nostra competenza è così concluso.

*I lavori terminano alle ore 17.*