

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO
2001 E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 2001-2003 (n. 4886)

(Approvato dalla Camera dei deputati)

**Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001
(Tabella 16)**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E
PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2001) (n. 4885)

(Approvato dalla Camera dei deputati)

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

MARTEDÌ 28 NOVEMBRE 2000

(4886) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2001 e bilancio pluriennale per il triennio 2001-2003, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001

(4885) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), approvato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto e rinvio)

- PRESIDENTE (CARELLA - *Verdi-l'Ulivo*) . . . Pag. 3, 10
12 e *passim*
- * MANARA (*Lega Forza Nord Padania*) 14, 20
- * MASCIONI (*Dem. Sin.-l'Ulivo*) 17, 20
- * MONTAGNINO (*Dem. Sin.-l'Ulivo*), *relatore alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria* 3
- * TOMASSINI (*Forza Italia*) 10, 12

MERCOLEDÌ 29 NOVEMBRE 2000

(Antimeridiana)

(4886) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2001 e bilancio pluriennale per il triennio 2001-2003, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001

(4885) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

- PRESIDENTE (CARELLA - *Verdi-l'Ulivo*) . . . Pag. 23, 31
- * BERNASCONI (*Dem. Sin.-l'Ulivo*) 23, 28
- BRUNI (*Forza Italia*) 25
- * CASTELLANI Carla (*AN*) 29
- * DE ANNA (*Forza Italia*) 26, 27, 28

- MASCIONI (*Dem. Sin.-l'Ulivo*) 29
- PAPINI (*Misto*) 27

MERCOLEDÌ 29 NOVEMBRE 2000

(Pomeridiana)

(4886) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2001 e bilancio pluriennale per il triennio 2001-2003, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001

(4885) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), approvato dalla Camera dei deputati

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

- PRESIDENTE (CARELLA - *Verdi-l'Ulivo*) . . . Pag. 32,
33, 37 e *passim*
- * BERNASCONI (*Dem. Sin.-l'Ulivo*) 38
- BRUNI (*Forza Italia*) 39, 43, 45 e *passim*
- CAMERINI (*Dem. Sin.-l'Ulivo*) 46
- * CASTELLANI Carla (*AN*) 40, 41, 45 e *passim*
- COZZOLINO (*AN*) 40, 47
- DANIELE GALDI (*Dem. Sin.-l'Ulivo*) 40, 41
- DE ANNA (*Forza Italia*) 40, 41, 42 e *passim*
- FUMAGALLI CARULLI, *sottosegretario di Stato per la sanità* 33, 37, 41 e *passim*
- MANARA (*Lega Forza Nord Padania*) 37,
40, 45 e *passim*
- MASCIONI (*Dem. Sin.-l'Ulivo*) 46
- * MONTAGNINO (*Dem. Sin.-l'Ulivo*), *relatore alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria* 32,
37, 41 e *passim*

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

MARTEDÌ 28 NOVEMBRE 2000

Presidenza del presidente CARELLA

I lavori hanno inizio alle ore 16,15.

(4886) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2001 e bilancio pluriennale per il triennio 2001-2003, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001

(4885) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), approvato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2001 e bilancio pluriennale per il triennio 2001-2003» – Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001 (tabella 16) e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», già approvati dalla Camera dei deputati.

Prego il senatore Montagnino di riferire alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

MONTAGNINO, *relatore alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, inizierò la mia relazione esponendo i contenuti del disegno di legge n. 4885.

La legge finanziaria per l'anno 2001 rappresenta il momento culminante di un difficile percorso, che ha impegnato il Parlamento e i Governi succedutisi nell'arco della legislatura e ha dato risultati rilevanti. In questi anni, con il perseguimento del risanamento dei conti pubblici, sono state poste le condizioni per l'avvio di una fase di sviluppo sostenibile e per una riforma del *Welfare State*, ispirata ai principi del rispetto della dignità umana, della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, dell'efficienza produttiva e dell'equità.

In questi anni sono state varate riforme strutturali, alcune delle quali devono ancora dispiegare pienamente gli effetti positivi; si è proceduto a

liberalizzare e privatizzare diversi settori; è stato ridotto il livello della pressione fiscale; sono stati messi in atto interventi di sostegno alle fasce sociali più deboli. Le iniziative del Governo e del Parlamento, offrendo un sostegno allo sviluppo e all'espansione delle imprese, nel rispetto dei criteri indicati dal Patto di stabilità, hanno reso il nostro Paese più moderno, più efficiente, più giusto, più competitivo. Occorre rilevare che gli obiettivi sono stati conseguiti mediante una sintesi di interessi contrastanti, e si sono evitati, quindi, conflitti tra le diverse categorie sociali.

La legge finanziaria per l'anno 2001 redistribuisce equamente le risorse disponibili alle imprese, ai consumi, alle famiglie e segna il passaggio dagli anni delle difficoltà a quelli delle opportunità, sebbene l'eredità del passato ipotechi ancora il presente: l'elevato debito pubblico rappresenta ancora un persistente fattore di impedimento alla crescita.

La finanziaria è coerente con il Documento di programmazione economico-finanziaria approvato dal Parlamento, riesce a realizzarne gli obiettivi, prefigura un periodo di maggiore coesione sociale del Paese, prevedendo interventi equilibrati che tengono conto delle esigenze delle aziende, del tessuto produttivo, delle famiglie e delle fasce sociali più deboli.

Alla Tabella A, allegata al disegno di legge finanziaria, tra le voci da includere nel Fondo speciale di parte corrente per il Ministero della sanità, sono previsti 7.202,740 miliardi per l'anno 2001, 6.271,240 miliardi per l'anno 2002, 3.257,840 miliardi per l'anno 2003. Nell'ambito di tali importi, 7.000 miliardi per il 2001, 6.000 miliardi per il 2002 e 3.000 miliardi per il 2003 sono destinati al ripiano dei debiti delle aziende sanitarie.

Per quanto riguarda invece 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 810,500 miliardi per l'anno 2001 e di 815,500 miliardi per i successivi anni 2002 e 2003. In particolare il finanziamento al Fondo sanitario nazionale per la ricerca scientifica, previsto dall'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992, è fissato in lire 439,750 miliardi per l'anno 2001 e in lire 444,750 miliardi per i successivi anni 2002 e 2003. Sono stati poi stanziati 200 miliardi, per ciascuno dei tre anni considerati, per il riordinamento dell'Istituto superiore della sanità, secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 267 del 1993, e 150 miliardi per il riordinamento dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, di cui al decreto legislativo n. 268 del 1993.

Sono stati stanziati inoltre 500 miliardi annui per il finanziamento dei contributi ad enti, istituti, associazioni e altri organismi; 6 miliardi per il finanziamento degli interventi per affezioni animali e per la prevenzione del randagismo e, infine, 250 milioni per contributi all'Ufficio internazionale delle epizootie, di cui alla legge n. 927 del 1980.

Per quanto concerne i contenuti normativi della legge finanziaria, gli interventi nel settore sanitario sono previsti agli articoli dal 73 all'85. La parte più rilevante della manovra in materia sanitaria riguarda la progres-

siva eliminazione della partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale. Già nel 2001 sono previste riduzioni che trovano coerente copertura in bilancio.

L'eliminazione dei *ticket* non è suggerita da tentazioni populiste: la partecipazione dei cittadini è stata utile per controllare la domanda, per limitare la provvista e il consumo di medicinali e per ottimizzare le prestazioni sanitarie. La finanziaria determina così, per gli anni successivi, un percorso diverso, più equo, più razionale, più moderno. Il controllo sarà effettuato sull'offerta con l'introduzione dei *budget* per i medici, onde evitare eccessi di prescrizione e uniformare i comportamenti della categoria; la popolazione è tutelata attraverso un monitoraggio costante nel quale vengono impiegate nuove tecnologie.

L'articolo 73 dà attuazione a quanto concordato tra Stato e regioni in merito al ripiano dei disavanzi e alla definizione delle risorse del Fondo sanitario nazionale. Il comma 1 sopprime il vincolo di destinazione prevedendo che ciascuna regione destini, nel triennio 2001-2003, risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascun anno al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 2 modifica la normativa vigente e prevede, tra le componenti della spesa sanitaria occorrente, l'inclusione di somme per il finanziamento di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico per l'espletamento delle funzioni assistenziali. L'articolo prevede, inoltre, un significativo incremento delle risorse destinate ai programmi dell'edilizia sanitaria.

Tra le disposizioni previste da questo articolo è contenuta la copertura da parte delle regioni, a partire dal 2001, degli eventuali disavanzi di gestione attraverso il ricorso alla loro autonomia impositiva. Probabilmente questa soluzione meriterebbe un maggior approfondimento per evitare aumenti della pressione fiscale per disavanzi che potrebbero essere colmati con altre soluzioni.

Passando all'articolo 74, il comma 1 vincola i risparmi dettati dai successivi articoli, dal 75 al 78, alla realizzazione degli obiettivi di spesa programmati nell'accordo Governo-regioni.

Per quanto riguarda l'articolo 75, il comma 1 dispone l'abrogazione, a decorrere dal 1° luglio 2001, della fascia B in cui si trovano, com'è noto, i farmaci di rilevante interesse terapeutico sui quali gli assistiti esenti pagano solo la quota fissa per ricette, mentre i non esenti corrispondono il 50 per cento del prezzo. Tali farmaci sono classificati nelle classi A e C in base al criterio delle loro caratteristiche prevalenti e per categorie terapeutiche omogenee.

Il comma 2 dispone per il 2001 l'abolizione di ogni forma di partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni farmaceutiche.

Il comma 3 prevede per il 2002 la riduzione da 70.000 a 23.000 lire del *ticket* sulle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, e per il 2003 l'abolizione di ogni forma di partecipazione per gli assistiti al costo delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale.

Il comma 4 dispone, infine, a decorrere dal 1° gennaio 2001, l'esclusione dalla partecipazione al costo di alcune prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce di alcune malattie tumorali.

L'onere derivante dai commi 2, 3 e 4 ha comportato l'introduzione del comma 5, che aumenta le risorse da rendere disponibili per il Servizio sanitario nazionale pari a lire 1.700 miliardi per il 2001, 1.875 miliardi per il 2002, 2.375 miliardi per il 2003 e 2.165 miliardi a decorrere dal 2004; importi ricavati attraverso una serie di misure basate, a livello regionale, su incentivi e azioni di controllo del comportamento prescrittivo dei medici, nonché sul controllo delle spese e delle prestazioni.

Occorre sottolineare, a questo proposito, l'elemento innovativo consistente nel determinare legislativamente, attraverso tali effetti di risparmio, uno sviluppo programmato della spesa. Le fonti di copertura sono costituite dagli effetti fiscali delle minori detrazioni, dall'utilizzo dei risparmi derivanti dalle modifiche del comma 6, dalle risorse liberate dalla soppressione dell'articolo 11, dalle modifiche dell'articolo 23, dalla rinegoziazione dei mutui e dalla disciplina degli impegni derivanti dalle obbligazioni della CONSAP nei confronti delle imprese di assicurazione.

Le norme contenute nei commi da 11 a 24 e nel comma 29 recano interventi vari in materia di spesa farmaceutica, tra cui rileva l'abrogazione delle norme che ponevano, a carico delle industrie produttrici, dei grossisti e delle farmacie, contributi pari all'80 per cento dell'eccedenza della spesa farmaceutica rispetto ai tetti fissati con le leggi finanziarie.

Il comma 25 dispone che, a decorrere dal 1° luglio 2001, il Servizio sanitario nazionale rimborsi al farmacista medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, numero di unità posologiche e dosi unitarie, fino a concorrenza del prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello massimo attribuibile al generico secondo la legislazione vigente. La differenza tra il prezzo del medicinale prescritto e quello del medicinale con il prezzo ammesso al rimborso è a carico dell'assistito.

In base al comma 28, il Ministero della sanità adotta idonee iniziative per informare i medici prescrittori, i farmacisti e gli assistiti. Il contenuto del comma 28 è a mio avviso rilevante, perchè soltanto con un'opera capillare e chiara di informazione si potranno evitare contraccolpi negativi rispetto alle procedure che vengono stabilite dalla finanziaria per oneri a carico degli assistiti.

Il comma 27 aumenta le risorse disponibili per il Servizio sanitario nazionale di lire 28 miliardi per l'anno 2001 e 56 miliardi a decorrere dall'anno 2002, disponendo la relativa copertura sul fondo globale.

Il comma 30 proroga, per i farmaci omeopatici, al 31 dicembre 2003, la scadenza dell'autorizzazione ad essere mantenuti in commercio.

Il comma 31 prevede l'applicazione a tali farmaci di una procedura semplificata di registrazione, laddove il comma 22 disponeva il pagamento, da parte delle imprese che hanno chiesto l'autorizzazione al Ministero della sanità, di lire 40.000 per ogni medicinale notificato, con il du-

pllice fine di realizzare un contributo per l'attività di gestione e un maggiore controllo del settore omeopatico.

L'articolo 76 dispone l'introduzione sperimentale in un distretto di ciascuna regione, entro il 30 giugno 2001, per la durata di 12 mesi, del *budget* complessivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

L'articolo 77 introduce la gestione informatizzata delle prescrizioni mediche erogate sia da soggetti pubblici che privati accreditati, finalizzata a migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria.

L'articolo 78 modifica la disciplina per i ricoveri di lungodegenza fissando misure, tra cui la riduzione tariffaria per i ricoveri che si protraggono oltre il 60° giorno, volte a porre rimedio all'inappropriatezza dei ricoveri. La modifica al comma 1, introdotta dalla Camera, limita l'applicabilità di tale articolo alle sole regioni ove siano assicurati programmi di assistenza domiciliare integrata e centri residenziali per le cure palliative.

L'articolo 79 conserva l'attuale contributo al Servizio sanitario nazionale sui premi assicurativi al 10,5 per cento e abroga invece la disciplina per procedere al rimborso delle prestazioni erogate a favore dei cittadini coinvolti in incidenti o a seguito di infortuni sul lavoro o malattie professionali.

L'articolo 80 prevede agevolazioni fiscali per i trasferimenti di beni effettuati nel contesto delle sperimentazioni gestionali.

L'articolo 81 prevede una serie di finanziamenti per diverse finalità, tra cui un consorzio da istituire tra enti di ricerca ai fini della realizzazione del Centro nazionale di adroterapia oncologica o per l'attività del Centro nazionale per i trapianti. Il comma 13 di questo articolo attribuisce al Ministero della sanità, per l'anno 2001, la somma di 3 miliardi di lire per il finanziamento di un programma di tutela sanitaria per i consumatori. Il comma 14 proroga al 31 dicembre 2001 il termine per l'abolizione dell'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza.

L'articolo 82 dispone un finanziamento di 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002 per la prosecuzione del programma relativo al potenziamento delle strutture di radioterapia, adottato ai sensi della legge n. 488 del 1999.

L'articolo 83 propone la rideterminazione delle misure del sussidio spettante ai cittadini affetti dal morbo di Hansen, da effettuarsi con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, entro i limiti delle autorizzazioni di spesa previsti dalla normativa vigente.

L'articolo 84 incrementa di lire 25 miliardi per l'anno 2001 la dotazione finanziaria del Fondo sanitario nazionale per l'applicazione delle misure di cui alla legge n. 218 del 1988 concernente misure per la lotta contro l'afta epizootica ed altre malattie degli animali.

Infine, l'articolo 85, coprendosi sui fondi globali, assegna alla regione Friuli-Venezia Giulia, per adeguare le risorse attribuite alla medesima dal maggiore fabbisogno della spesa sanitaria, la somma di 20 miliardi di lire a decorrere dal 2002, aumentabili di 20 miliardi all'anno,

fino al raggiungimento dell'importo complessivo di 200 miliardi, a titolo di anticipazione sulla maggiore compartecipazione ai tributi statali che saranno devoluti con provvedimento legislativo.

L'illustrazione sintetica degli articoli dimostra che la finalità degli interventi, previsti dalla finanziaria nel settore sanitario, è quella di evitare che i cittadini paghino balzelli che, alla fine, si rivelano assolutamente evitabili. Ciò deriva peraltro dalla circostanza che si sono potute risparmiare risorse: una delle finalità ovvie della compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria era quella di «fare cassa». Il problema fondamentale del nostro Paese è quello di avere un *deficit* strutturale rilevante, che le manovre finanziarie di questi anni hanno consentito di risanare.

Quanto al disegno di legge n. 4886, lo stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro reca al capitolo 7.1.2.1 una quantificazione del contributo del bilancio dello Stato al Fondo sanitario nazionale pari a lire 60.162 miliardi, rispetto ai 46.469 miliardi recati dalla previsione dello scorso anno. Sommando a tali cifre la quota contributiva, pari a 57.262 miliardi, provenienti dal gettito dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF, e le entrate proprie delle regioni e delle province autonome, pari a 11.572 miliardi, il Fondo sanitario nazionale può essere quantificato in lire 129.000 miliardi, contro i 117.139 miliardi iscritti nella previsione per l'anno 2000.

Si può pertanto affermare che anche per quest'anno vi sia, in linea con quanto realizzato nei quattro anni precedenti, una significativa rivalutazione del Fondo sanitario nazionale, superiore anzi a quella dello scorso anno e pari all'11 per cento circa.

Va altresì considerato che le disposizioni sulla riduzione dei *ticket* e in materia di spesa farmaceutica, recate dall'articolo 75 del disegno di legge finanziaria, così come risultante a seguito dell'esame della Camera dei deputati, determinano una spesa per la cui copertura le risorse disponibili per il Servizio sanitario nazionale, a norma del comma 5, sono state ulteriormente incrementate di lire 1.700 miliardi per l'anno 2001, di lire 1.875 miliardi per l'anno 2002, di lire 2.375 miliardi per l'anno 2003 e di lire 2.165 miliardi per l'anno 2004. Va peraltro osservato che queste quantificazioni sono state oggetto di osservazioni critiche da parte delle regioni.

A seguito del processo di riorganizzazione della pubblica amministrazione, realizzato con il decreto legislativo n. 80 del 1999, e della razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, perseguita con il decreto legislativo n. 229 del 1999, già dallo scorso anno il bilancio dello Stato è stato articolato in centri di responsabilità, cui afferiscono una o più unità previsionali di base, stabilendo una correlazione diretta tra gli obiettivi che si intendono perseguire in termini di livello di servizio e intervento, l'assegnazione di risorse idonee allo scopo e l'identificazione dei centri di responsabilità, anche in relazione alla definizione di un sistema di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza basato sulle cosiddette funzioni-obiettivo.

Il particolare la tabella 16, relativa al Ministero della sanità, individua tredici centri di responsabilità, incaricati di perseguire una serie di obiettivi, che in dettaglio sono:

a) gabinetto e uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro, con obiettivi di propulsione, indirizzo e coordinamento di tutte le iniziative in materia legislativa, amministrativa e di verifica dei risultati conseguiti; la rilevazione e il monitoraggio ai fini dell'attuazione delle scelte del Governo dei principi di politica sanitaria desumibili dalla legislazione vigente, lo sviluppo dei sistemi informativi e il raccordo con gli organi costituzionali, le autorità locali e i centri di responsabilità delle amministrazioni coinvolte dalle iniziative in materia sanitaria;

b) assistenza sanitaria di competenza statale, i cui obiettivi sono l'attuazione delle norme in materia di formazione del personale del Servizio sanitario nazionale, degli adempimenti connessi alla normativa in materia di trapianti, le iniziative necessarie per raggiungere l'autosufficienza nazionale del sangue, gli adempimenti per il trasferimento alle regioni delle competenze in materia di indennizzo al danno biologico, l'organizzazione di carattere sanitario;

c) prevenzione sanitaria, cui è assegnato un ruolo centrale dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, che – responsabile di interventi in diversi settori, dalla profilassi delle malattie infettive e diffuse, alla tutela materno-infantile, alla tutela degli anziani, alla tutela sanitaria relativa alle fonti di inquinamento e all'igiene e sicurezza sul lavoro, al coordinamento degli uffici di sanità marittima e di frontiera, all'informazione e prevenzione su tossicodipendenze, alcoolismo, tabagismo e malattie sociali – persegue in particolare obiettivi di approfondimento delle tematiche relative alla prevenzione delle principali patologie e all'elaborazione di progetti specifici di settore, del monitoraggio in materia oncologica, della pianificazione di interventi relativi alle esigenze di carattere sanitario connesse all'immigrazione;

d) alimenti, nutrizione e sanità pubblica veterinaria, che persegue tra l'altro gli obiettivi della strategia di educazione alimentare e nutrizionale, dell'elaborazione di linee guida per il trattamento uniforme delle patologie correlate all'alimentazione, dell'attuazione degli adempimenti connessi alla normativa europea sui prodotti fitosanitari, dell'anagrafe delle specie animali di interesse zootecnico;

e) programmazione sanitaria, che, tra gli altri interventi, persegue gli obiettivi della gestione del contratto per il sistema informativo-sanitario, della coordinazione per adempimenti previsti dal Piano sanitario nazionale, della revisione delle tariffe, del monitoraggio sulla qualità e l'efficienza delle prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere, della realizzazione dei meccanismi sanzionatori previsti per le regioni inadempienti, dell'elaborazione delle linee guida dei percorsi diagnostici e terapeutici e sui livelli uniformi appropriati di assistenza, dell'avvio nella fase sperimentale della carta sanitaria del sanitometro;

f) valutazione medicinali e farmacovigilanza, che persegue obiettivi per il miglioramento della farmacovigilanza, del sistema di autorizzazione dei farmaci e delle modalità tecniche ed etiche della sperimentazione dei medicinali;

g) organizzazione, bilancio e personale, che persegue obiettivi collegati alla valorizzazione del personale e al miglioramento della contabilità e dei rapporti con il pubblico, soprattutto per quanto riguarda i provvedimenti relativi alla legge n. 241 del 1999, in materia di trasparenza amministrativa;

h) rapporti internazionali e politiche comunitarie, che perseguono obiettivi relativi in particolare ai rapporti con l'Organizzazione mondiale per la sanità e l'Unione europea;

i) vigilanza sugli enti, tra i cui compiti vi è il conseguimento di una serie di obiettivi in materia di rilancio degli IRCCS, di riduzione dei tempi di istruttoria dei progetti di ricerca e dei tempi relativi alla valutazione dei risultati, oltre a quello di promuovere il riordino della Croce rossa italiana;

l) servizio ispettivo ed unità di crisi, con l'obiettivo di elaborare piani di ispezione preventiva delle varie realtà sanitarie;

m) studi e documentazioni, con obiettivi in merito al monitoraggio delle ricerche in scadenza e delle ricerche pluriennali;

n) rapporti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale;

o) segreteria generale del Consiglio superiore di sanità.

Sono altresì annessi alla tabella i conti consuntivi di diversi enti (si tratta in particolare dell'Agenzia per i servizi sanitari nazionali, dell'Associazione italiana della Croce rossa, di alcuni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) al cui bilancio lo Stato contribuisce in via ordinaria.

Concludendo, invito la Commissione ad esprimere un parere favorevole sui documenti finanziari in esame, sottolineando come la manovra finanziaria nel suo complesso, ed in particolare per quanto riguarda la sanità, sia ispirata ad un principio di equità e di eliminazione degli oneri evitabili gravanti sul cittadino.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Montagnino per la relazione. Dichiaro aperta la discussione.

TOMASSINI. Signor Presidente, le mie prime perplessità sulla manovra finanziaria riguardano il suo carattere redistributivo. Se alla fine di un esercizio finanziario un amministratore avesse quote da redistribuire, occorrerebbe anzitutto verificare se egli ha saggiamente amministrato, se non ha esagerato nel trattenere risorse e secondo quali modalità intende distribuirle.

Siamo fermamente convinti, anche per il modo in cui gli stanziamenti sono stati determinati, che la finanziaria non abbia come finalità principali lo sviluppo, l'equilibrio, l'equità, come è stato sostenuto, bensì un puro e semplice movente elettorale e che la manovra accenda cambiali che dovranno essere pagate in futuro.

A ciò si aggiunge una manovra estremamente dispersiva, frantumata in mille rivoli, quindi di nessuna risoluzione concreta, che lascia aperti tutti i problemi strutturali, anche con il grave e fondato sospetto che non vada ad inserirsi neanche nell'ambito di quell'obbligo di ripiano del *deficit* strutturale in cui dovrebbe essere impiegata. Pertanto, noi riteniamo che non vi sia un miglioramento per quanto riguarda la disoccupazione, la competitività del Paese, la capacità di costruire infrastrutture, di migliorare la sanità e la giustizia.

Molti giornali hanno scritto che si tratta di una finanziaria tiepida, che nulla mette e nulla toglie. Secondo noi, invece, toglie molto alla credibilità del Governo e di questo tipo di provvedimenti. Un esempio tipico è proprio quello dei *ticket* sanitari. Fino a poco tempo fa il presidente del Consiglio Amato sosteneva che mancavano 1.700 miliardi nelle sue casse; poi, proprio Amato, che è stato il campione nell'iniziare l'imposizione dei *ticket* (la tassa sul medico del 1992 porta la sua firma), improvvisamente diventa un sostenitore della loro abolizione. A noi sembra più che altro una manovra per agganciare Bertinotti. Devo dire al relatore che in realtà, se si distribuisce tutto a tutti e si elimina ogni possibilità di compartecipazione (posto che non si sa come sarà sanata la voragine del *deficit* nè si riesce a capirlo negli articoli che seguono), quella proposta non può essere considerata una manovra finanziaria di equità.

Inoltre, è assolutamente esiguo l'investimento di 665 miliardi che viene fatto su questa finanziaria ed è ancora più ridicolo se pensiamo, per esempio, a quello che era stato uno dei punti qualificanti del programma del nuovo Ministro della sanità, cioè la ricerca, che risulta finanziata per 180 miliardi.

Infine, ancora una volta, vi è l'utilizzo del tutto improprio, secondo noi condannabile ed illegittimo, della finanziaria per far passare leggi che invece avrebbero dovuto affrontare il terreno del confronto parlamentare, per rispetto non solo dell'opposizione, ma anche e soprattutto della maggioranza che sostiene il Governo.

Se esaminiamo gli articoli del disegno di legge finanziaria, per sommi capi essendo molto lunga (si è approfittato dell'occasione per inserire questioni che non le appartengono), richiamando il detto «nella coda sta il veleno» possiamo affermare che in questa coda di legislatura si è cercato in maniera raffazzonata di inserire tutto quello che non si era riusciti a sistemare altrove.

Per quanto riguarda l'articolo 73, mi soffermerò (così come per gli altri articoli) soltanto su quelli che mi sembrano gli aspetti principali, riservandomi poi, al momento della presentazione degli emendamenti, di spiegare meglio le questioni che proprio non ci soddisfano, che non riusciamo a comprendere e che riteniamo profondamente sbagliate.

Ancora una volta appare chiaro che il federalismo inteso dalla maggioranza e dal Governo non è quello in cui si riconosce sussidiarietà e autonomia decisionale alla periferia, ma semplicemente quello in cui alcuni oneri, e soprattutto alcuni debiti e alcune falle di bilancio che sono stati provocati da un'errata amministrazione, devono essere distribuiti

alle regioni, il che torna molto utile soprattutto nel momento in cui le medesime regioni hanno cambiato la guida politica. Cosa dire, per esempio, di un'edilizia ospedaliera finalizzata sostanzialmente alle camere dei degenti paganti, laddove mancano ancora – come affermato dal Ministro – delle strutture fondamentali per le persone da riabilitare o per i malati tumorali? Viceversa, vi è una norma perentoria sul pronto utilizzo dei poteri sostitutivi, in maniera da potervi fare ricorso anche in modo discriminatorio, non appena possibile.

Il famoso riequilibrio del sanitometro, che era stato così difficile (peraltro secondo noi anche perverso), finisce per non essere più utile in una ricerca di equità che vuol dire unanimità, che vuol dire generalizzazione non comprensibile in relazione all'articolo 74: la decisione di rimandare i debiti al 2002 e al 2003 fa pensare a chi vorrebbe comprare una Rolls Royce con 5.000 lire, lasciando poi le cambiali a tutti quelli che verranno dopo di lui.

L'articolo 75 è secondo noi il «megatesto» di una legge generale, una sorta di compendio assoluto della politica farmaceutica del nostro Paese, ammantato di qualche velo mistificante per cercare di non far vedere proprio tutto. Per esempio, l'assurda decisione di eliminare i *ticket* farmaceutici, in maniera generalizzata, sicuramente non è una misura volta al contenimento dei consumi, come dimostra anche il fatto che non è adottata negli altri Paesi europei.

Inoltre per quanto concerne il cosiddetto programma di medicina preventiva, in cui tutto sommato, ancora una volta, non si utilizza quanto per legge dovrebbe essere previsto, cioè il 5 per cento della spesa sanitaria ai fini della prevenzione, si prevedono sostanzialmente delle esclusioni.

PRESIDENTE. Non c'è più il vincolo.

TOMASSINI. Se non c'è più questo vincolo, allora non comprendiamo per quale motivo siano state escluse, per esempio, le misure di prevenzione per quanto concerne il cancro della prostata, pur essendo state richieste.

Appare dirigista e addirittura impositivo il freno prescrittivo previsto. Si dice che si vuole dare autonomia ai medici, fino a volerli investire – come vedremo negli articoli successivi – della capacità di utilizzare un fondo, di esserne gestori, per poi arrivare alla perentorietà, come si rileva al comma 6 dell'articolo 75, ma anche in altri articoli.

Ancora una volta si rinvia alle regioni l'obbligo di intervenire per far fronte alle eventuali falle determinate dall'abolizione dei *ticket*, considerando i ritardi con cui lo Stato paga i debiti nei confronti di coloro i quali si occupano di sanità, comprese le strutture pubbliche. Certo l'eliminazione dei *ticket* senza la previsione di altre misure di compensazione creerà dei grossi problemi.

Vi è poi tutta una serie di disposizioni sui farmaci, in gran parte ricomprese nella materia che già abbiamo trattato con fatica, per più di tre anni, in questa stessa Commissione, il che ci fa capire come tutto il lavoro fatto

può andare in cenere e riguardare tutto sommato un patto sottobanco di tipica impronta lobbistica (accusa che più volte la sinistra ha lanciato nei nostri confronti, ma che noi ora possiamo ugualmente rivolgerle); sparisce, ad esempio, il debito di 2.000 miliardi dell'industria farmaceutica e, a fronte di questo, vi sono accordi che riguardano misure dalle più strane alle meno applicabili e più discutibili, come quelle sul confezionamento ottimale dei farmaci e sull'abbattimento delle spese per l'aggiornamento.

Da circa trent'anni esercito la professione medica e sicuramente condanno – mi sono espresso più di una volta in tal senso – il turismo sanitario, però al tempo stesso debbo riconoscere che, se sono potuto arrivare ad un adeguato livello medio di aggiornamento, lo devo alla possibilità di intervento delle industrie farmaceutiche in questo campo. Pertanto, l'abbattimento dall'80 al 40 per cento di cui al comma 10 dell'articolo 75, unito ai famosi punti-bollino che sono previsti, nulla lascia presagire di buono nel campo dell'aggiornamento.

Lo stesso dicasi per quanto riguarda la perentoria volontà di schedatura di ogni possibile prescrizione, delle spese, dei controlli, e per quanto concerne la riscoperta della Commissione per la spesa farmaceutica, che tra l'altro può essere ascoltata (non si tratta di un parere obbligatorio) addirittura sull'intervento relativo ai farmaci omeopatici, ancora una volta trattati in maniera confusa, senza differenza, eliminando magari una parte di quello che può provenire al di fuori dello Stato. Ma soprattutto voglio sottolineare la terribile confusione delle disposizioni relative al farmaco generico. Noi non crediamo che da tali previsioni possa scaturire un risparmio: in Europa hanno comportato un aumento del consumo. Se si presume che il farmaco generico possa comportare un vero risparmio, devono essere eliminati gli equivoci esistenti in Italia relativi, ad esempio, al farmaco copia, che non è chiaramente generico, e al numero delle sostanze. Le misure previste dovrebbero essere immediatamente applicative – l'industria è pronta ad attuarle – e seguire la strada maestra del principio attivo, facendo riferimento non già alla bioequivalenza che, nel caso dei farmaci generici, è priva di senso, bensì alla biodisponibilità.

L'articolo 76, introducendo il sistema del *found holding*, sembra voler attribuire una grande responsabilità ai medici di famiglia; in realtà lo stanziamento è molto modesto e non è stato svolto alcun lavoro propedeutico rivolto alla formazione culturale. Il sistema del *found holding* deve, infatti, passare attraverso la *home care* e le capacità delle associazioni professionali dei medici. Inoltre, le prescrizioni sono molto limitative di quella libertà di scelta terapeutica che è l'unica garanzia per la buona salute del cittadino.

Il monitoraggio, di cui all'articolo 77, è in realtà un sistema di schedatura delle prestazioni sanitarie e solleva gravi problemi di compatibilità con la tutela della *privacy*. Anche l'articolo 78 è estremamente significativo: da un lato si proclama attenzione per l'appropriatezza delle cure, dall'altro figurano controlli casuali, che potranno essere effettuati in maniera discriminatoria, nonché riduzioni della spesa arbitrarie, decise in modo

autoritario. Quanto alle disposizioni relative alle sperimentazioni gestionali, esse non presentano sufficienti garanzie di realizzabilità.

L'articolo 81 è una specie di minestrone, una miscellanea di interessi sanitari di vario tipo: si menzionano i trapianti, le cellule staminali, la veterinaria, con accenni ad aspetti mal definiti, anche dal punto di vista dei fondi disponibili. Ancora una volta, rispetto a un problema importante come quello dei farmaci per malattie rare, si ricorre ad un *escamotage*: di destinano soldi all'Istituto farmaceutico militare, nel tentativo di rivitalizzarlo. Non so se sia una misura intelligente, potrebbe essere dettata dalla necessità di rimediare alla cattiva amministrazione di alcune zone; credo però che queste risorse sarebbero spese più utilmente o addirittura risparmiate se intervenisse una libera contrattazione con le industrie farmaceutiche.

Con l'articolo 82, così come è avvenuto l'anno scorso, si cerca di rinfrescare il deserto con una goccia: per il potenziamento delle strutture di radioterapia e per le famose terapie oncologiche, rispetto alle quali il ministro Veronesi dichiara di volersi impegnare, è stanziata la favolosa cifra di 20 miliardi! Tutti conosciamo il costo delle attrezzature radioterapeutiche.

Esistono poi interventi occulti, ad esempio quelli relativi ai proventi della libera professione, che a nostro giudizio configurano una misura assolutamente illegittima. Sarebbe stato lecito, invece, riaprire le partite IVA. Le strutture private non saranno pronte per la libera professione prima di tre anni; la partita IVA avrebbe garantito un certo livello perequativo nei confronti di chi lavora. L'abbattimento generalizzato dei costi rende tutti uguali, coloro che lavorano bene e coloro che lavorano male, e soprattutto priva di legittimità, nei confronti degli altri cittadini, coloro che svolgono altre arti o mestieri. Concludo affermando che la finanziaria in esame, ancora una volta, non sembra essere la medicina giusta per risolvere i problemi della nostra sanità ma piuttosto la malattia.

MANARA. Signor Presidente, condividendo le approfondite argomentazioni esposte dal collega Tomassini, intendo rilevare alcuni aspetti politici della manovra. È stato affermato che questa finanziaria per la prima volta restituisce, anziché togliere, risorse ai cittadini. È un'affermazione giusta, ma soltanto in apparenza.

Le norme attuative dell'accordo tra Stato e regioni, recate dall'articolo 73 del disegno di legge finanziaria, non ottemperano ai principi fondamentali del federalismo. Il termine federalismo è oggi abusato; è a tutti noto che gli esponenti della Lega Nord furono considerati eretici allorché, circa dodici anni fa, iniziarono a parlare concretamente di federalismo. È interessante osservare che dall'articolo 73 emerge un fatto fondamentale: le regioni hanno soltanto un'autonomia impositiva, ma non hanno alcuna autonomia finanziaria.

Si sono levate molte voci nei confronti dei cosiddetti governatori del Nord Italia, i quali hanno solo ipotizzato un'autentica riforma in chiave federale dell'ordinamento, soprattutto sul versante finanziario. La regione,

per elaborare e attuare programmi nell'ambito della sanità, deve disporre di determinate risorse provenienti dalla fiscalità. L'autonomia finanziaria rappresenta la discriminante, la connotazione principale dell'autentico federalismo. Se un amministratore non ha la borsa dei soldi in mano, può essere soltanto un buon esecutore di ordini e di disposizioni, ma è privo di autonomia perchè non dispone nè gestisce fondi. Non si può parlare di federalismo in assenza di un'autentica autonomia finanziaria. È stato ipotizzato di attribuire alle regioni la gestione del 60-70 per cento dei ricavi fiscali; sono pienamente d'accordo con la proposta, che rappresenterebbe soltanto il fondamentale punto di partenza, non soltanto con riguardo al settore sanitario, per una riforma federale. Tutte le restanti considerazioni conseguono a questa iniziale valutazione politica.

Per quanto riguarda l'eliminazione progressiva dei *ticket* sanitari, si è fatto il solito pasticcio all'italiana. Vi è uno strano modo di procedere nella riduzione dei *ticket*: sembra quasi che questi bravi amministratori vogliano, in un certo senso, coinvolgere non solo politicamente, ma anche economicamente, finanziariamente, le future prossime gestioni amministrative. È chiaro che per arrivare a questi livelli è necessario avere la copertura finanziaria; su questo aspetto noi non abbiamo dubbi e perplessità.

Noi saremmo anche del parere di eliminare questi *ticket*, che tutto sommato rappresentano l'aspetto più negativo, più contrario a quella che è una logica di autentica assistenza sanitaria (non di assistenzialismo, ma di assistenza sanitaria); se non che questo decrescendo nell'eliminazione dei *ticket*, secondo me, rivela anche una strategia futura abbastanza insidiosa. Noi lanciamo il sasso nella piccionaia, poi saranno le future amministrazioni a gestirsi la grana (perché questa diventerà una vera e propria grana), intesa nel senso di difficoltà nel risolvere questo problema senza adeguate coperture finanziarie, ma soprattutto ricorrendo a quella che sarà una nuova e forse più marcata imposizione fiscale. Pertanto, le regioni avranno il piacere e la gioia di aumentare il numero delle tasse, le quali non saranno sostitutive ma aggiuntive a quelle che lo Stato già si preoccuperà di imporre.

Quindi, ci sono parecchi argomenti nel disegno di legge finanziaria che non stanno in piedi. Abbiamo parlato prima della concezione strana e centralistica del federalismo; abbiamo affrontato il tema dell'abolizione dei *ticket*, che sono sostanzialmente delle cambiali in bianco. Chi pagherà queste cambiali in bianco? Le pagheranno le solite categorie, le solite regioni che reggono alla fin fine la struttura fiscale di tutto il Paese. Questo è un grande problema che noi non possiamo non stigmatizzare.

Esiste una profonda differenza, secondo il mio modesto modo di vedere, tra l'abolizione dello Stato assistenziale e la riforma dello stesso. Noi non vogliamo abolire lo Stato assistenziale, vogliamo semplicemente riformarlo, ma lo dobbiamo riformare in un solo modo, ossia abbandonando la politica dell'assistenzialismo a pioggia; assistenzialismo che io considero un elemento deteriore; assistenzialismo che non può risolvere i problemi strutturali per quanto riguarda la sanità del Paese: risolverà forse qualche piccolo problema di categoria o individuale, ma l'assistenzialismo come

tale ci porterà – e ci ha già portato – alla vera e propria bancarotta finanziaria.

Cercherò ora di non dilungarmi nel discorso sulla finanziaria e sui vari articoli. Voglio soltanto mettere in evidenza uno degli aspetti che rappresenta, a mio avviso, un elemento fondamentale ed importante a proposito dei rapporti tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici.

Una sanità equilibrata, una riforma sanitaria che possa stare in piedi ha bisogno di poggiare su un tripode, ma dalle gambe uguali: lo Stato, il paziente e il medico. Senza questi tre interlocutori è impossibile strutturare una strategia sanitaria efficiente ed efficace. Sono tre gli elementi, sono tre gli interlocutori ed è dal rapporto armonico tra di essi (Stato, pazienti ed operatori sanitari) che può emergere una sanità efficiente, oltre che senza dubbio eticamente più civile. Ribadisco questo concetto perché è di fondamentale importanza.

Affidandomi sempre – ripeto – a quelle che sono le strategie nei confronti dei medici, non mi sembra che questi ultimi abbiano potuto acquisire, attraverso questa finanziaria, un'autonomia non soltanto gestionale ma anche decisionale. Questo è un elemento importante, anche perché quello tra medico e ammalato è sempre un rapporto in cui lo Stato, intervenendo, rischia di creare più danni che vantaggi. Non faccio questa affermazione solo perché sono e sono stato un medico, ma perché chi combatte in trincea questa battaglia inevitabilmente si accorge che le cose stanno così, non diversamente. Anche per quanto riguarda il problema dei *budget*, ho delle grossissime perplessità sul funzionamento e sull'efficacia di questo tipo di strategia.

Vi è poi un altro aspetto che vorrei mettere in evidenza (al di là naturalmente degli operatori sanitari), ossia l'eterno problema dei farmaci. Ormai da anni frequento il Palazzo, ma devo dire che questo è un problema che non ha mai trovato una collocazione armonica in una legge quadro, che sia una legge una volta per tutte efficiente ed efficace quantomeno per gestire questo benedetto problema farmaceutico. Ebbene, in tutti questi anni si sono create iniziative legislative finalizzate soltanto a modificare situazioni contingenti. Quindi, in tal modo, non riusciremo più a creare le premesse per una sana, reale e concreta riforma della farmaceutica.

È chiaro che ci troveremo di fronte a tutta una serie di inevitabili splafonamenti, perché questo tipo di spesa, non inquadrata sufficientemente da leggi, da ordinamenti o da provvedimenti particolari, lasciata a se stessa, rischia di creare tutta una serie di effetti domino che poi alla fin fine si ripercuotono sulla salute degli ammalati e sui costi che gli stessi ed i loro familiari naturalmente dovranno sostenere.

I problemi evidenziati dall'articolo 81 sono complessi e dovrebbero trovare una collocazione differente, ma le disposizioni ivi previste non possono sfuggire alla logica e alla strategia dell'intervento cosiddetto a pioggia. Abbiamo subito molte piogge negli ultimi tempi e ad esse si aggiunge ora la pioggia della finanziaria. Leggendo il testo dell'articolo mi sono messo le mani nei pochi capelli che ormai mi rimangono. Posso ca-

pire interventi finalizzati a risolvere certe storture, ma i colleghi e amici della maggioranza non possono negare la possibilità di interpretare una distribuzione a pioggia in chiave di manovra pre-elettorale. Con tutta la buona volontà e disponibilità a risolvere problemi nodali della sanità, non posso esimermi da questa critica, dettata oltretutto non già da una posizione estremista bensì da una valutazione obiettiva e serena.

Il collega Tomassini ha evidenziato un altro aspetto che suscita indubie perplessità: il rifinanziamento dell'Istituto farmaceutico militare. Abbiamo a disposizione case farmaceutiche a tutti i livelli, dalle piccole aziende fino alle multinazionali ma, guarda caso, si investono cinque miliardi di lire – e lo stanziamento è destinato ad aumentare – a vantaggio di questo Istituto. A fronte di tali canali preferenziali, sono previsti invece finanziamenti irrisori per le apparecchiature radioterapeutiche e per il rilancio della radiologia. Non posso concordare con una finanziaria che, per troppi aspetti, è lontana da una manovra strutturale, capace di porre le premesse per intervenire nel settore della sanità nazionale in maniera più efficace e di armonizzare le aspettative degli ammalati con le istanze degli operatori sanitari, senza penalizzare queste ultime.

MASCIONI. Signor Presidente, i colleghi dell'opposizione hanno tradito le mie aspettative di una discussione laica, con interventi improntati ad una chiusura preconcepita anziché ad una oggettiva analisi di merito, della qual cosa politicamente mi dolgo. La novità della finanziaria consiste nel fatto che gli interventi previsti sono basati sulla certezza delle risorse disponibili, senza espandere la spesa nè accrescere il debito. Non è una manovra della contingenza, una finanziaria tappabuchi, bensì una manovra che, raccogliendo i frutti di un'intera legislatura all'insegna del rigore e della serietà di governo, eroga complessivamente circa 45.000 miliardi.

Le risorse certe sono quelle indicate: 26.400 miliardi derivanti da maggiori entrate (nel 1997 è intervenuta una riforma fiscale avversata dall'opposizione), 7.000 miliardi derivanti da minori spese, 8.000 miliardi provenienti da una migliore gestione del patrimonio immobiliare pubblico, 2.000 miliardi (il 10 per cento del ricavato previsto prima dello svolgimento della gara, a testimonianza del rigore) derivanti dalle concessioni per i telefonini cellulari di terza generazione. Non si sono inseguiti miti, non si sono raccontate favole, si è rimasti ancorati, con serietà, ai conti pubblici. Senatore Tomassini, non si viaggia in Rolls Royce, si erogano risorse effettivamente disponibili, per due terzi alle famiglie e per un terzo al sistema produttivo, secondo principi di equità, sviluppo e solidarietà sociale. Mi sarei aspettato un minimo riconoscimento dell'opera compiuta dal Governo da parte dell'opposizione, che lo ha espresso alla Camera con un voto favorevole all'eliminazione dei *ticket* sui farmaci, ma le mie aspettative sono state deluse in questa sede.

Voglio menzionare alcuni indicatori finanziari: prima dell'esperienza dei governi di centro-sinistra, il rapporto tra il disavanzo e il prodotto interno lordo era pari al 7,6 per cento; nel 2001 sarà pari allo 0,8 per cento.

Nel 1995 il rapporto tra il debito e il PIL era pari al 123 per cento; oggi è al 107 per cento. Il nostro tasso di inflazione, secondo dati Eurostat di settembre, è al di sotto della media dei Paesi di Eurolandia. I differenziali su dati straordinariamente importanti non sono frutto di invenzioni o di *escamotage* bensì di un lavoro serio, lungo e rigoroso. Questa manovra finanziaria, anche per la parte sanitaria, sarebbe stata inconcepibile senza l'operato, proseguito per più di quattro anni, dei governi di centro-sinistra, che hanno espresso la riforma più importante che si potesse immaginare: il riordino dei conti pubblici di questo Paese.

Gli interventi nel settore sanitario, previsti dalla finanziaria per l'anno 2001, sono molto attesi dai cittadini italiani. Cogliendo l'occasione offerta da una manovra che dispone di risorse concrete e di discreto ammontare, in virtù della rigorosa politica dei conti pubblici perseguita in questi anni, il Governo e il Parlamento devono conciliare molte esigenze: rendere innanzitutto il Servizio sanitario pubblico ancora più amico dei cittadini, dare attuazione agli accordi tra lo Stato e le regioni, essere in sintonia con il Documento di programmazione economico-finanziaria, mantenere alta la guardia sui livelli di spesa da contenere. Alla fine, confermando anche in Senato l'impostazione data al problema della sanità e dell'assistenza sociale, si sta riuscendo, seppur con fatica, a comporre esigenze la cui coesistenza è apparentemente non facile. I problemi sono infatti complessi. Questo mi fa dire che siamo di fronte ad una buona legge finanziaria. Condivido in pieno la relazione del collega Montagnino, il suo giudizio e la sua valutazione, al punto che su alcune parti qualificanti ho visto attenzione ed anche consenso da parte della stessa opposizione alla Camera dei deputati. Di qui il mio dispiacere oggi.

Se si entra nel merito delle questioni, il confronto – badate – si fa più produttivo; se invece si attiva la pregiudiziale politica, per cui la conclusione deve essere inevitabilmente quella, allora si interviene sui massimi sistemi, si trascura il merito di una finanziaria che, salvo alcune questioni che possiamo correggere al Senato, ha trovato un largo consenso da parte delle regioni a diversa guida politica.

Collega Manara, più che altro vale il consenso delle regioni; vale più di un generico appello al mancato federalismo. Il consenso delle regioni è una cosa concreta; l'appello al federalismo attiene alla sfera dei massimi sistemi.

Per esempio, in questa Commissione del Senato si sarebbe potuto (anche se nei miei appunti avevo scritto «potremmo», ma parlo dopo i vostri interventi) fare un tentativo di lavoro comune (pur nelle distinzioni politiche) per dare un contributo a migliorare alcuni punti della legge. Peccato, mi sembra che da parte dell'opposizione non ci sia questa volontà positiva.

Già dal primo articolo del Capo IV (Interventi nel settore sanitario), ossia l'articolo 73, si apre un nuovo capitolo della più accentuata responsabilizzazione delle regioni: cade il vincolo di destinazione delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anche se è esplicitamente prescritto che le regioni – questo è un aspetto importante – non

possono destinare al Servizio sanitario stesso risorse inferiori alle quote del riparto relativo ad ogni anno per la sanità. Ciò scongiura tentazioni di dirottare i soldi per la sanità verso altri settori.

C'è un incremento consistente - lo voglio sottolineare - di 4.000 miliardi della quota del conto capitale per l'edilizia sanitaria, articolo 20 della legge n. 67 del 1988: da 30.000 a 34.000 miliardi. Però quando si dice, ad esempio, che i soldi per la radioterapia sono pochi, le regioni secondo voi davvero sono così inerti? Le stesse aziende sanitarie, le stesse aziende ospedaliere si debbono solo preoccupare di essere assistite dallo Stato? Quindi, trovo una contraddizione in quello che dite. È un segnale politico quello in virtù del quale noi destiniamo alcuni fondi alla radioterapia, ma ci sono azioni che devono essere proprie, autonome, di regioni che giustamente si pongono al centro del sistema istituzionale, ma le quali devono anche disporre e ricercare autonomamente risorse. Non possiamo dare tutto da qui; dobbiamo occuparci di tutto.

Sempre in materia di responsabilizzazione delle regioni, vi è il ripiano dei disavanzi. Collega Manara, gran parte del debito pregresso è stato ripianato dallo Stato. Oggi le regioni hanno disavanzi molto inferiori rispetto a qualche anno fa: nel 2001 saranno 130.700 i miliardi, compresi 1.700 per i *ticket*, che andranno alle regioni. Devo dire che questa inversione di tendenza, questo riconoscimento della sottostima storica del fondo sanitario, è cominciata in questi anni con il ministro della sanità Rosy Bindi, che ha vinto una battaglia anche all'interno del Governo e della maggioranza su una questione che ha fatto soffrire le regioni per anni ed anni. Quindi, questi sono aspetti positivi che vanno rilevati e che vanno possibilmente, anche laicamente, riconosciuti.

Sulla base dei conti consuntivi, le regioni debbono coprire gli eventuali disavanzi di gestione attivando nella misura massima l'autonomia impositiva. Nell'accertamento degli eventuali disavanzi, nell'individuazione delle basi imponibili dei rispettivi tributi regionali e nella determinazione delle variazioni in aumento di una o più aliquote dei tributi (in maniera sempre da coprire l'intero disavanzo), in tutto questo procedere sono coinvolti i Ministri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. In caso di inerzia scattano i poteri sostitutivi del Governo (com'è giusto), a garanzia dei cittadini di tutte le regioni.

Proporrò anche un emendamento in virtù del quale i disavanzi possono essere coperti dalle regioni anche attingendo a risorse proprie e comunque senza ricorrere a mutui. Se una regione ha un disavanzo molto basso, sostenibile dal bilancio regionale, credo che non possiamo costringerla ad inasprire i tributi impositivi.

Il mio Gruppo esprime giudizio favorevole sull'eliminazione, così com'è programmata, dei *ticket* sanitari. Penso che i 1.700 miliardi previsti per l'eliminazione dei *ticket* sui farmaci per l'anno 2001 siano sufficienti, così come ritengo vada sottolineata positivamente l'esenzione dal *ticket* di quelle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale fem-

minile, del carcinoma e delle lesioni precancerose del colon retto. Questi sono punti importanti.

MANARA. Su questo aspetto sono d'accordo.

MASCIONI. Grazie, collega Manara, mi fa piacere.

MANARA. Ma solo su questo.

MASCIONI. Mi sembra un po' poco.

Credo, invece, che vada fatto un approfondimento – lo dico anche al Governo, proprio perché noi entriamo nel merito delle questioni – per l'anno 2002 e seguenti, per i quali anni sono stati previsti stanziamenti crescenti rispetto ai 1.700 miliardi del 2001; un approfondimento per verificare che la copertura sia reale relativamente alle mancate entrate in ordine all'abbattimento del tetto della partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale.

Alcune preoccupazioni ce l'abbiamo, anche se sappiamo che, operando fortemente sui risparmi che questa legge finanziaria consente anche in ambito sanitario, forse potrebbero rivelarsi eccessive. Io ritengo comunque che il Governo debba avviare, da questo punto di vista, un confronto con le regioni e che il Parlamento debba fare una raccomandazione al Governo in tal senso.

A mio avviso, il tavolo Governo-regioni deve anche valutare la prescrizione dell'incremento di spesa per l'anno 2002 dell'1,3 per cento in rapporto alla spesa relativa al preconsuntivo 2000, del 2,3 per cento per il 2003 e del 2,5 per cento per l'anno 2004. Si chiede alle regioni di stare all'interno di questi incrementi di spesa relativamente alle prescrizioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta del distretto, in ordine alle prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e ospedaliere, e sono comprese, in questa partita, le politiche dei prezzi dei farmaci e delle prestazioni convenzionate. Pensate che tipo di responsabilità carichiamo su queste categorie mediche, ma chiediamo una collaborazione, un coinvolgimento.

Le previsioni di incremento generale della spesa, stante quanto detto, dovranno essere rispettivamente del 3,5 per cento nel 2002, del 3,45 per cento nel 2003 e del 2,9 per cento nel 2004. In caso di mancato rispetto delle previsioni si possono ripristinare i *ticket* o inasprire i tributi. La prospettiva non è dunque quella di viaggiare in Rolls Royce, senatore Tomasini: si tratta di una finanziaria seria che, in caso di prospettive meno rosee, prevede l'attivazione di meccanismi, anche impopolari.

MANARA. Impopolari per la prossima amministrazione!

MASCIONI. Laicamente, spero che lo schieramento di centro-sinistra vinca le elezioni; i risultati delle partite sono imprevedibili e può essere di malaugurio, per il centro-destra, proclamare anticipatamente la vittoria.

Mi sono soffermato in particolare sul problema della spesa sanitaria perché so che è oggetto di attenzione e di preoccupazione. Se sappiamo che la spesa è destinata a crescere, per le ragioni che tutti conosciamo, è giusto mettere in atto tutti i processi possibili per realizzare un controllo serio e rigoroso della spesa, nell'ottica di un confronto tra le diverse realtà sanitarie del territorio nazionale.

Va salutato positivamente l'articolo 76, che incentiva il risparmio e disincentiva la spesa e può essere un importante termometro dell'andamento. La regione individua uno o più distretti sanitari cui assegnare una dotazione finanziaria virtuale, calcolata sul numero degli abitanti moltiplicato per la quota capitaria, concernente le prestazioni sanitarie (farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali), frutto delle prescrizioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali, dei convenzionati e dei medici di continuità assistenziale.

La sperimentazione, seguita da un costante monitoraggio, è affidata ad un rappresentante regionale, al responsabile del distretto, a rappresentanti delle cinque categorie mediche che ho enumerato. Sono previste verifiche trimestrali, raccolta dei dati sull'andamento della spesa e trasmissione al Ministero della sanità, al Ministero del tesoro, bilancio e programmazione economica, alla regione e alla ASL. Le determinazioni che si assumeranno, per spese ridotte o cresciute, saranno in linea con l'accordo tra Stato e regioni nonché con gli accordi collettivi nazionali e regionali. Possiamo precisare meglio questa parte dell'articolato per rendere più incisiva l'azione di contenimento della spesa da parte dei medici generici prescrittori. La partita potrebbe dare risultati inattesi perché il sentiero, ancora inesplorato, dei farmaci generici offre notevoli possibilità per il sistema sanitario.

Infine, un accenno alla grande riforma dell'assistenza, recentemente varata dal Parlamento, che potrà interagire con l'organizzazione del sistema sanitario. È auspicabile che il Governo e le regioni non indugino nel dare attuazione ad una legge che non mancherà di produrre effetti positivi anche nell'erogazione dei servizi sanitari, nell'ottica dell'integrazione.

In conclusione, credo si possa affermare che la finanziaria, anche per la parte relativa al settore della sanità, sia in linea con il forte impianto legislativo relativo a quello che possiamo definire un pilastro dello Stato sociale. Di progressi il sistema sanitario ne ha compiuti; ci sono ancora squilibri tra le regioni, ma la situazione è indubbiamente migliorata. Credo che questo contributo legislativo, che anche il Senato è chiamato ad approvare, consentirà di proseguire positivamente il percorso intrapreso e di migliorare le risposte al bisogno di salute dei cittadini. Per i motivi esposti, la valutazione dei DS circa l'impostazione data ai problemi della sanità è assolutamente positiva.

PRESIDENTE. Propongo di fissare alle ore 13 di domani il termine di scadenza per la presentazione di ordini del giorno al disegno di legge

finanziaria e di emendamenti alla tabella di bilancio di nostra competenza.
Poiché non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito dell'esame dei disegni di legge in titolo alla seduta antimeridiana di domani.

I lavori terminano alle ore 17,45.

MERCOLEDÌ 29 NOVEMBRE 2000

(Antimeridiana)

Presidenza del presidente CARELLA

I lavori hanno inizio alle ore 9.

(4886) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2001 e bilancio pluriennale per il triennio 2001-2003, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001

(4885) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge n. 4886 (Tabella 16) e n. 4885, già approvati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame congiunto sospeso nella seduta di ieri, nel corso della quale il senatore Montagnino ha svolto la relazione e ha avuto inizio la discussione.

BERNASCONI. Signor Presidente, condivido le valutazioni espresse dal relatore e dal senatore Mascioni i quali, prima di addentrarsi nel merito dei singoli articoli di competenza della Commissione, hanno delineato il quadro complessivo della manovra finanziaria.

Con particolare riguardo agli interventi nel settore della sanità, vorrei replicare ad una critica dei colleghi dell'opposizione, secondo la quale il costo della riduzione e progressiva eliminazione dei *ticket* sanitari sarebbe impropriamente posto a carico delle regioni. Nel corso dell'attuale legislatura, in particolare nell'ambito della finanziaria in esame, le risorse assegnate alla sanità sono aumentate considerevolmente e sono stati ripianati i disavanzi pregressi delle regioni, una tara che non dipendeva esclusivamente dalla programmazione nazionale. In un'impostazione coerentemente federalista, ad una maggiore autonomia, peraltro rivendicata dalle regioni, corrisponde un aumento della responsabilità finanziaria; autonomia significa anche piena assunzione della responsabilità di bilancio.

Vorrei sottolineare alcuni aspetti, il primo dei quali riguarda l'eliminazione dei *ticket* sulle prescrizioni farmaceutiche. L'articolo 75 del disegno di legge finanziaria disegna per la prima volta una chiara politica per i farmaci generici. A tale proposito, molti colleghi della Commissione hanno letto, sulla stampa specialistica, posizioni espresse da alcuni gruppi - non certamente dai pazienti - tendenti a riaffermare la libertà di scelta terapeutica del medico prescrittore. Vorrei precisare che lo Stato non lede tale libertà: responsabilizzare la scelta del farmaco generico non significa impedire la scelta terapeutica bensì, in una valutazione corretta dei costi e dei benefici, eliminare comportamenti di fedeltà, magari anche profittevoli, nei confronti di una determinata casa farmaceutica, non giustificati dalla preferibilità del farmaco prescritto. Il farmaco generico è, a tutti gli effetti, uguale al farmaco specializzato; mi preme sottolineare questo aspetto, senza il quale non possiamo comprendere le ragioni della decisione adottata dal Governo. Devo però segnalare un oggettivo punto di debolezza: responsabile della scelta non soltanto terapeutica ma anche commerciale è il medico prescrittore, ma la legge prevede che sia il cittadino a pagare la differenza tra il prezzo del medicinale prescritto e il rimborso ammesso. Ritengo opportuno un maggior coinvolgimento del medico - presenterò al riguardo una proposta che ritengo possa essere inserita nel parere - nel rapporto informativo e fiduciario con il paziente; il medico dovrebbe giustificare al paziente una scelta di tipo commerciale, dovrebbe spiegare perché non ha scelto il corrispettivo farmaco generico.

Credo inoltre che debba essere resa più efficace la campagna di informazione sui farmaci generici, prevista al comma 28 dell'articolo 75, rispetto alla quale il Ministro della sanità si è impegnato. La campagna informativa dovrà avere un'ampia diffusione perché il significato dell'espressione «farmaco generico» può essere frainteso; si potrebbe pensare che si designi un farmaco minore, mentre si tratta semplicemente di un farmaco per il quale è scaduta la tutela brevettuale.

Un punto qualificante della finanziaria è l'abolizione dei *ticket* per la prevenzione oncologica. I colleghi sono a conoscenza delle battaglie delle donne parlamentari per la prevenzione del tumore al seno. Credo però che, con un aumento non molto rilevante degli oneri finanziari, possano essere incluse nella previsione, e fruire della prevenzione oncologica gratuita, anche categorie a rischio di età inferiore a 45 anni. Penso ai tumori testicolari in soggetti giovani di sesso maschile e alle patologie oncologiche femminili, del seno e delle ovaie, che presentano un'elevatissima familiarità e necessitano di controlli anticipati e molto più frequenti rispetto a quanto previsto dai protocolli abituali.

Un'ulteriore osservazione concerne la riduzione dall'80 al 40 per cento della deducibilità, ai fini della determinazione del reddito d'impresa, delle spese sostenute da aziende produttrici di medicinali per promuovere e organizzare congressi. In questa Commissione sono presenti molti medici: sappiamo che la partecipazione ai congressi, soprattutto a livello internazionale, è molto utile per l'aggiornamento del medico; sappiamo però che, qualora un congresso sia promosso da una determinata casa farma-

ceutica, esso può rappresentare un'iniziativa di carattere commerciale per presentare un nuovo prodotto. Potrebbe dunque essere prevista un'ulteriore riduzione della deduzione fiscale in relazione ai congressi aventi carattere più commerciale che scientifico, in cui siano impegnate una sola o un numero ristretto di aziende farmaceutiche.

Con molto equilibrio e tranquillità riconosco che le osservazioni avanzate da alcune regioni in merito alla copertura finanziaria della progressiva eliminazione dei *ticket* non sono completamente ingiustificate. Penso che il costo degli oneri aggiuntivi sia ampiamente coperto per l'anno 2001; per l'anno 2002, soprattutto con riferimento alla riduzione della compartecipazione alla diagnostica da 70.000 lire a 23.000 lire, potrebbero esservi problemi, qualora le regioni non abbiano attuato a monte i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni previsti dalla legge finanziaria. Non è possibile quantificare perfettamente l'incidenza sul risparmio dei controlli di qualità delle prestazioni, sappiamo però che tra gli sprechi della sanità va annoverato il ricorso improprio, non soltanto al farmaco, ma anche e soprattutto alle prestazioni diagnostiche.

Allora, credo sia necessaria un'assunzione di responsabilità da parte delle regioni e delle ASL nella valutazione del *budget* di distretto, volta al miglioramento della qualità delle prestazioni, ma anche al contenimento della spesa che si risolve in un vantaggio diretto per i cittadini. Il costo privato sarà ridotto con questa finanziaria e ciò sicuramente rappresenta un aspetto positivo per i cittadini. Però, a mio avviso, bisognerà assolutamente controllare l'appropriatezza delle prescrizioni, andando verso un contenimento (di qualità) della spesa.

BRUNI. Signor Presidente, noi senatori di Forza Italia, esaminando la finanziaria in esame (come sottolineato da altri colleghi prima di me), osserviamo che si tratta di un provvedimento di stampo prettamente preelettorale o, meglio ancora, elettorale. Questo credo sia ormai sotto gli occhi di tutti. Non sono io a dirlo: basta girare il nostro Paese in lungo e in largo per capire che tutti sono d'accordo; tutti capiscono che si tratta di un movimento di stampo elettorale. Invece di distribuire milioni a destra e a manca, sarebbe meglio pensare a come dare lavoro alla gente, soprattutto ai giovani. Questo è il grande problema di adesso, ma lo sarà soprattutto in futuro.

Si finge di dare qualcosa con una mano e con l'altra invece si toglie, perché, alla fine dei conti, di questi soldi che si distribuiscono cosa rimane? È aumentata la pressione fiscale e anche i prezzi di tutti quei beni e servizi di carattere pubblico e comune che sono indispensabili per la vita di tutti i giorni. Quindi, a mio avviso, questa finanziaria non dà nulla, ma toglie solo credibilità al Governo, cercando di raggirare i cittadini. Penso, però, che ciò non possa durare più di tanto, perché la gente se n'è accorta.

Basta parlare con le persone, come faccio io quando vado nella mia città o mi reco a qualche tavola rotonda sulla sanità, per capire che un po' tutti si sono resi conto di questo.

Per quanto riguarda gli aspetti sanitari della finanziaria, si possono fare alcune osservazioni. Il federalismo, a mio avviso, viene interpretato non come delega di autonomie decisionali alle regioni, ma come delega di oneri che andranno ad appesantirsi nei prossimi anni (questo aspetto senz'altro lo noteremo). L'abolizione dei *ticket* (che può anche andar bene sotto certi aspetti, ma fino ad un certo punto), oltre a creare un'insufficienza finanziaria ed a porre problemi di flusso di cassa, dati i costanti ritardi nei pagamenti, determina una minore responsabilizzazione nel consumo delle risorse. I provvedimenti nei confronti dei medici, particolarmente per l'affidamento a loro dei fondi, appaiono più improntati ad un dirigismo costrittivo che non ad una buona economia sanitaria. Lo stesso dicasi per quanto attiene al provvedimento sui farmaci, che maschera la cancellazione dello splafonamento economico con misure di scarsa incisività e contrabbanda provvedimenti che dovevano appartenere al riordino complessivo della materia farmaceutica. Inoltre, la profilassi oncologica tralascia alcuni dei programmi più importanti di salute (da tempo noi parliamo di nuovi reparti alternativi a quelli attuali), prevedendo interventi solo per alcune patologie. Infine (come accennato da altri senatori), gli interventi di potenziamento della radiologia e delle radioterapie appaiono finanziati in maniera irrisoria.

Per tutte queste motivazioni, ribadisco il parere fortemente negativo sulla manovra finanziaria per il 2001, già espresso dal senatore Tomassini, a nome del Gruppo Forza Italia.

DE ANNA. Signor Presidente, gentile rappresentante del Governo, colleghi, non ripeterò che quella in esame è una finanziaria elettoralistica, perché l'hanno già detto in tanti, però permettetemi di affermare che è una finanziaria altamente sospetta, prima di tutto, per quanto riguarda la sanità, per l'eccessiva dispersione degli interventi, che alla fine fanno rimanere tali i problemi strutturali della sanità, e poi perchè ipoteca il futuro, per almeno tre o quattro anni, e forse più. Quindi, il mio sarà un intervento critico, da oppositore, ma sicuramente costruttivo.

È questa la quinta finanziaria che io vivo da parlamentare ed è l'unica che non toglie nulla al cittadino ma dà. Improvvisamente, proprio quest'anno, abbiamo visto salire il famoso dividendo fiscale, che era prima di 8.000 miliardi, poi di 15.000 e finalmente adesso è arrivato a circa 43.000 miliardi. Io mi chiedo: questo dividendo è reale oppure queste risorse vengono ancora una volta sottratte a quel rapporto *deficit*-PIL che è già abbondantemente sopra il 1,5 per cento? Alla fine, potrebbe trattarsi di risorse non reali, che faranno aumentare ancora di più questo rapporto, con un aumento, sicuramente, sempre del *deficit* e non del PIL.

La sanità italiana, se vogliamo effettuare una disamina abbastanza obiettiva, non è da terzo mondo; è una sanità di alto e spesso anche di altissimo livello, ma che soffre di due grandi mali cronici. Il primo è la non omogeneità delle prestazioni che vengono erogate nelle varie regioni del territorio nazionale. È sotto gli occhi di tutti che in Italia ci sono delle regioni in cui i cittadini vengono curati ai massimi livelli mentre in altre

addirittura non possono curati e quindi sono costretti a compiere migrazioni interne, i cosiddetti viaggi della speranza (vanno di solito dal Sud al Nord, ma spesso anche all'estero).

Il secondo grande male è l'insufficiente finanziamento del Fondo sanitario nazionale. Permettetemi di fare una piccola battuta: ricordo l'episodio di quel tale che pestava continuamente la coda al suo cane, che quindi guaiva; quando smise di farlo disse che il cane stava bene. E così noi: dopo cinque anni di interventi pesanti (mi ricordo le finanziarie del primo Governo Prodi e la tassa per l'Europa, che peraltro non ci aveva chiesto nessuno ma si è fatto credere che bisognava pagare una tassa per entrare in Europa e alla fine ci siamo entrati), oggi ci troviamo improvvisamente ad avere 43.000 miliardi di dividendo fiscale. Quindi, il primo intervento avrebbe dovuto essere volto a ridurre il *gap* esistente tra il Nord e il Sud. Se l'attenzione fosse stata concentrata su una decina di rilevanti interventi in campo sanitario, per dotare anche il Mezzogiorno d'Italia di servizi eccellenti, la manovra avrebbe avuto un carattere strutturale, con effetti durevoli negli anni.

Un secondo intervento avrebbe dovuto tendere ad aumentare le previsioni della spesa sanitaria. Se rapportiamo lo stanziamento complessivo per il 2001, pari a circa 131.000 miliardi, al prodotto interno lordo, constatiamo come la percentuale destinata alla spesa sanitaria nel nostro Paese - al di sotto del 6 per cento - sia ancora una volta inferiore rispetto alla media europea. Le grandi nazioni europee come la Gran Bretagna, la Germania e la Francia stanziavano per il sistema sanitario pubblico risorse comprese tra il 7,5 e il 9 per cento del PIL. Noi siamo in coda e il differenziale si accentua se consideriamo un altro aspetto importante: il rapporto tra il numero di abitanti e il PIL in quei Paesi è decisamente superiore al nostro, perché quei Paesi riescono a produrre maggiore ricchezza.

In presenza di un *surplus* di risorse, i finanziamenti alla sanità avrebbero dovuto essere aumentati; invece, la spesa dell'anno scorso è stata soltanto aggiornata. Gli interventi di redistribuzione avrebbero dovuto essere concentrati sul primo obiettivo, cui ho già accennato: la riduzione del divario tra Nord e Sud.

PAPINI. Senatore De Anna, sta parlando in nome della Casa delle libertà o in qualità di esponente di Forza Italia?

DE ANNA. In nome della Casa delle libertà, ma in questa sede rappresento il Gruppo Forza Italia. Occorreva predisporre un piano di interventi per dotare di adeguati servizi anche la parte del territorio nazionale che ne è priva, cercando di ridurre il differenziale tra le regioni più fortunate e le regioni meno fortunate dal punto di vista sanitario.

Un altro obiettivo avrebbe dovuto essere quello di sanare immediatamente le emergenze sanitarie. Ho già affermato che il nostro non è un sistema sanitario da terzo mondo, è accettabilissimo, è valido. Esistono però emergenze, la cui soluzione non richiede risorse eccessive. In primo luogo, la sanità soffre di carenze di personale, soprattutto infermieristico.

È difficile assumere questo personale: il numero di candidati che si presenta ad espletare le prove è spesso inferiore al numero dei posti messi a concorso. Un intervento per colmare questo *deficit* che si ripercuote su tutto il sistema sanitario avrebbe un carattere strutturale. Ricordo inoltre l'insufficiente funzionamento dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione degli ospedali e del servizio «118», che dovrebbe essere esteso a tutto il territorio nazionale. La cronaca quotidiana riporta molto frequentemente episodi di malasanita, legati al cattivo funzionamento dei DEA; i pazienti non sono accettati e non si capisce bene dove sarebbe possibile accoglierli; un bambino di pochi mesi muore per asfissia in un'isola con notevole affluenza turistica perché manca una canula adeguata per intubarlo. Le risorse devono essere finalizzate a colmare queste gravi carenze.

Sarebbe stato necessario rendere più giusto il trattamento economico degli operatori sanitari, che hanno le retribuzioni più basse d'Europa. Il sanitario conduce una vita molto dura; non esistono festività, non esistono interruzioni; medici e infermieri sono impegnati anche quando non sono in servizio. Una vita di sacrifici dovrebbe essere adeguatamente remunerata, altrimenti, dopo un po' di tempo, la passione e la volontà di continuare il proprio impegno vengono meno.

La manovra prevede però anche interventi sanitari utili: condivido ad esempio l'abolizione dei *ticket*. Contrariamente a ciò che pensano molti, l'eliminazione dei *ticket* non comporta un aumento della spesa sanitaria; il *surplus* di spesa può essere abbondantemente recuperato se gli operatori sanitari sono sensibilizzati nel modo giusto. I malati non possono accedere all'acquisto di alcuni medicinali, se manca un medico che li prescriba; avrebbe dovuto essere previsto un programma per sensibilizzare gli operatori sanitari, nel senso che è giusto prescrivere farmaci, presidi sanitari, ricoveri o esami diagnostici qualora siano strettamente necessari per la cura di una determinata malattia.

BERNASCONI. Il programma è previsto al comma 28 dell'articolo 75 della finanziaria.

DE ANNA. Condivido anche la sperimentazione – abbastanza liberista – prevista dall'articolo 76 del disegno di legge finanziaria. Noi insistiamo almeno da cinque anni sulla necessità di prendere a modello le modalità operative delle strutture private accreditate. Paragonando sanità pubblica e sanità privata, si riesce a capire la positiva differenza della sanità privata accreditata, che non agisce mai su grandi complessi, ma piuttosto su complessi di dimensioni ridotte, con piccoli indotti, ed è capace di erogare prestazioni di altissimo livello a basso costo.

Quindi, i grandi carrozzoni vanno sicuramente smantellati. Bisogna sensibilizzare i singoli reparti, i singoli produttori di spesa, e inculcare loro la mentalità che, anche se lavorano nel pubblico, è come se lavorassero per sé stessi, perché il pubblico sono loro. Pertanto, la previsione di una sperimentazione di *budget*, volta ad affidare a piccoli gruppi la ge-

stione di alcune risorse, per poter offrire un servizio sanitario sufficientemente accettabile per coprire le esigenze di una parte del territorio, è sicuramente apprezzabile.

Però devo rilevare l'assenza di una disposizione di carattere programmatico, che affermi una volta per tutte, anche in riferimento al Servizio sanitario nazionale, lo stesso concetto che viene utilizzato per gli aiuti al terzo mondo. Fino a qualche anno fa, si inviavano i generi di prima necessità e naturalmente coloro i quali venivano soccorsi riuscivano a sfamarsi per qualche settimana, ma dopo erano di nuovo in crisi e ricominciavano a soffrire la fame, perché non si era insegnato loro a lavorare le materie prime e a produrre per rendersi autosufficienti.

Questo concetto, secondo me, andava trasportato anche nella legge finanziaria e applicato alle regioni. Se è vero, com'è vero, che la sanità sarà sempre più un affare regionale, si sarebbe dovuto prevedere una disposizione che andasse veramente in senso federalistico, per far sì che le regioni potessero usufruire di un contributo, che dovrebbe essere il 90-95 per cento delle loro risorse, derivante direttamente dallo Stato, ma (proprio nel rispetto della libertà e del federalismo) anche che potessero darsi la sanità da loro ritenuta più opportuna, purchè nell'ambito della previsione di un piano tendente a recuperare quel *surplus* di risorse non provenienti dallo Stato, ma reperibili nell'ambito delle regioni stesse.

MASCIONI. Senatore De Anna, lei ha parlato di un disavanzo del 115 per cento rispetto al PIL, invece è del 106 per cento. Si tratta di 176.000 miliardi di differenza.

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, quella in esame è una finanziaria che Alleanza Nazionale definisce, con grande serenità e senza *vis polemica*, il «canto del cigno» di questo Governo dell'Ulivo, di questo Governo di centro-sinistra o sinistra-centro (forse con il trattino, forse senza trattino), ma sicuramente con una grande confusione politico-programmatica di cui la finanziaria per il 2001 è la massima espressione.

Si tratta di una finanziaria senza una strategia strutturale, ma che – sulla base di un recente *spot* della RAI: «Di tutto di più» – cerca affannosamente di recuperare consensi in vista delle prossime elezioni politiche. Una finanziaria potenzialmente virtuale, perché mostra già i suoi limiti in termini di reale copertura finanziaria per i prossimi anni; copertura basata in gran parte su previsioni di risparmi e su parametri economici in costante dinamismo negativo (pensiamo alla debolezza dell'euro rispetto al dollaro, alla debole crescita rispetto al PIL, all'inflazione in costante aumento, al costo del petrolio, al debito pubblico). Una finanziaria, quindi, che creerà sicuramente, a chi sarà al Governo nella prossima legislatura, oggettive difficoltà in termini di bilancio.

Entrando nel merito degli articoli che attengono al tema sanitario, quelli previsti al Capo IV del disegno di legge finanziaria, è indubbio che l'abolizione dei *ticket* sanitari ha, per Alleanza Nazionale, una grande valenza sociale, ma sappiamo tutti, noi dell'opposizione e soprattutto voi

della maggioranza, che non è questa la filosofia ispiratrice di tale scelta. Non la valenza sociale, quindi, ma la necessità inderogabile di creare le condizioni di apertura o di non belligeranza con Rifondazione Comunista in vista delle elezioni di primavera, ben sapendo che tutto ciò creerà una crescita della spesa sanitaria già in forte *deficit*. Né saranno sufficienti le norme previste agli articoli 75, 76, 77 e 78 della finanziaria, che dovrebbero creare un sistema di monitoraggio e contenimento della spesa farmaceutica e per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali.

Il sistema proposto è di una tale farraginosità, di una tale burocratizzazione dei percorsi che sarà destinato a fallire prima ancora di essere messo a regime. Ricordo ai colleghi commissari quanto sia ancora problematica, dopo due anni dall'approvazione della legge n. 91 del 1999 sui trapianti, l'applicazione delle norme per la manifestazione di volontà alla donazione per la carenza di un sistema a rete informatizzato.

Allora, questo sistema di controllo e contenimento della spesa sanitaria, necessitando di un paese tecnologicamente avanzato, resterà una pia illusione e le regioni saranno costrette o a ripristinare i *ticket* sanitari o ad aumentare l'imposizione fiscale o a tagliare i servizi.

Anche per quanto attiene la prevenzione oncologica, questa finanziaria è fortemente discriminante, perché prevede l'erogazione gratuita di prestazioni diagnostiche e specialistiche solo per alcune forme di patologie tumorali e non per altre, come se le neoplasie prostatiche, le neoplasie polmonari, ma anche altre forme tumorali, non fossero degne di altrettanta attenzione preventiva.

L'aver abolito i *ticket* per tutta una serie di prestazioni diagnostiche porterà sicuramente a un disagio ulteriore per i cittadini, perché creerà un allungamento delle liste di attesa, quando sappiamo benissimo che i tempi di attesa per alcune indagini diagnostiche già arrivano a tre, sei o addirittura nove mesi. Anche in merito ai trapianti, pur condividendo le risorse aggiuntive per il funzionamento del Centro nazionale, riteniamo assolutamente deficitarie le risorse destinate ai centri di riferimento regionali ed interregionali. Proprio nella Commissione d'inchiesta sul sistema sanitario, non più tardi di una settimana fa, abbiamo audito il professor Gerardo Martinelli, direttore del Servizio anestesia e rianimazione del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, che sostanzialmente ha fatto un bilancio delle carenze e necessità finanziarie per adeguare il sistema delle reti di rianimazione, soprattutto in quelle regioni del Centro-Sud dove sono scarse. Inoltre, gli interventi di potenziamento della radioterapia appaiono finanziati in maniera assolutamente inadeguata.

Concludo ribadendo che questa finanziaria, anche in materia sanitaria, manca di una sostanziale strategia di fondo in grado di dare risposte serie all'intero sistema Paese. Per questo motivo, il giudizio globale non può che essere negativo anche da parte del Gruppo Alleanza Nazionale.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Rinvio il seguito della discussione dei disegni di legge in titolo alla seduta pomeridiana.

I lavori terminano alle ore 9,40.

MERCOLEDÌ 29 NOVEMBRE 2000

(Pomeridiana)

Presidenza del presidente CARELLA

I lavori hanno inizio alle ore 16,40.

(4886) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2001 e bilancio pluriennale per il triennio 2001-2003, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabella 16) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2001

(4885) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), approvato dalla Camera dei deputati

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge n. 4886 (tabella 16) e n. 4885, già approvati dalla Camera dei deputati.

Ricordo che nella seduta antimeridiana si è conclusa la discussione. Ha facoltà di parlare il relatore.

MONTAGNINO, *relatore alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, ringrazio i colleghi che sono intervenuti, contribuendo all'approfondimento dei provvedimenti in esame; alcuni hanno privilegiato questioni di merito, altri hanno avanzato considerazioni politiche. Rispetto le valutazioni espresse dalle opposizioni, ma non posso condividere le censure per il presunto carattere elettoralistico del disegno di legge finanziaria. Con particolare riferimento al settore della sanità, non si intende contrarre debiti bensì destinare il dividendo del risanamento dei conti pubblici, in coerenza con gli interventi effettuati in questi anni, alla riduzione e alla eliminazione progressiva dei *ticket* sanitari. Non mi sembra che siano state poste questioni rilevanti sul piano del merito; i rilievi hanno avuto piuttosto carattere metodologico. Quanto alle disposizioni sui *ticket* vi è un consenso di fondo, sebbene si manifesti apertamente dissenso, perché si tratterebbe di misure elettoralistiche.

Nella proposta di rapporto alla 5^a Commissione, che illustrerò successivamente, ho recepito alcune osservazioni emerse nella discussione, con particolare riguardo ai riflessi finanziari dell'abolizione dei *ticket* che non riguardano l'anno 2001 ma il biennio 2002-2003. Concordo con l'opportunità di un approfondimento con le regioni, per esprimere una valutazione compiuta degli effetti che produrranno le misure concernenti la farmaceutica e la diagnostica.

Ribadisco i concetti già espressi nella relazione: il disegno di legge finanziaria raccoglie organicamente le esigenze di un potenziamento degli interventi a favore del settore sanitario; nella disposizione dell'articolo 73, dà attuazione all'accordo sottoscritto dallo Stato e dalle regioni lo scorso agosto, in materia di eliminazione del vincolo di destinazione, rispettando la distinzione di competenze tra Stato e regioni nel settore sanitario in coerenza con il processo di riforma in senso federalista dell'ordinamento della Repubblica; esprime un impegno effettivo sul versante della modernizzazione e della dotazione di adeguate attrezzature tecnologiche. Controlli efficaci possono garantire il conseguimento di sostanziali risparmi di spesa, che contribuiranno a compensare il mancato introito derivante dall'eliminazione dei *ticket* per i farmaci di fascia B.

Concludendo, il parere sui provvedimenti finanziari e di bilancio in esame non può che essere favorevole. Alcune indicazioni dell'opposizione sono valide, ma la mancanza di rilievi di merito dimostra che gli interventi previsti dalla finanziaria nel settore della sanità sono efficaci.

PRESIDENTE. Ha facoltà di intervenire il rappresentante del Governo.

FUMAGALLI CARULLI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, desidero anzitutto ringraziare il relatore, senatore Montagnino, per lo sforzo compiuto nella comprensione degli intenti che hanno indotto il Governo, in particolare il Ministro della sanità, ad introdurre un certo numero di articoli, oggetto di competenza della 12^a Commissione, nel disegno di legge finanziaria per l'anno 2001.

La relazione del senatore Montagnino e la sua replica, che condivido essendo pienamente esaustive nell'esplicitare le motivazioni che hanno guidato il Ministero della sanità nella stesura dell'articolato oggetto d'esame della Commissione, mi consentono di non dilungarmi in considerazioni di scenario o di ordine generale, e soprattutto di non ripetere alcuni aspetti relativi agli articoli in oggetto che sono già stati evidenziati molto bene dal relatore e da diversi colleghi intervenuti durante la discussione generale. Mi limiterò, quindi, a rispondere ad alcuni rilievi critici che, a mio avviso, non possono essere condivisi.

Alcuni senatori dell'opposizione hanno insinuato che la decisione di abolire i *ticket* in materia sanitaria avrebbe un intento elettorale, oppure sarebbe in contraddizione con l'operato dei precedenti Governi dell'attuale legislatura. In realtà questa decisione si pone come conclusione logica e coerente di un percorso che ha affrontato dapprima le questioni

attinenti al risanamento della finanza pubblica, per poi eliminare quelle forme di tassazione atipica – come sono appunto i *ticket* – che, nate in un periodo di gravi difficoltà per il controllo della spesa, si rivelano oggi inique alla luce dei mutati equilibri finanziari. Come ha sottolineato il senatore Mascioni, proprio perché alle spalle della finanziaria vi è un'opera di risanamento della finanza pubblica, le forme di tassazione atipica devono venire meno; la decisione dell'attuale Governo è quindi conseguente all'operato dei precedenti Governi.

Quanto all'idoneità delle misure di copertura finanziaria, individuate dal Tesoro, per l'abolizione progressiva dei *ticket*, non ripeterò le considerazioni già svolte presso la Camera dei deputati dal sottosegretario Giarda. Sono certa che il professor Giarda non mancherà di fornire precisazioni anche in Senato.

Il senatore Tomassini ha giudicato di difficile realizzazione la disposizione sul confezionamento ottimale dei farmaci e non sufficientemente incisive le previsioni sul farmaco generico. Vorrei soffermarmi su tale aspetto, mostrando che queste obiezioni sono assolutamente infondate. Sul primo punto, concernente le difficoltà di attuazione, rendo noto che la Commissione unica del farmaco ha quasi ultimato il lavoro di individuazione delle confezioni ottimali per le patologie croniche; pertanto, non si registrerà alcun ritardo burocratico nell'attuazione di quanto previsto nel disegno di legge finanziaria. La rilevanza delle nuove disposizioni sul farmaco generico è di tutta evidenza: dopo le norme introdotte negli ultimi anni per favorirne la registrazione, il Governo intende affermare ora il principio in base al quale non può gravare sulla spesa pubblica quella quota di prezzo, incorporata in molte specialità medicinali, che dipende strettamente dal marchio del prodotto e non è giustificata sotto il profilo delle caratteristiche terapeutiche del medicinale. La misura introdotta indurrà sicuramente le aziende farmaceutiche a ridurre i prezzi delle specialità medicinali, avvicinandoli a quelli dei generici e consentendo così all'assistito, al quale il medico continui a prescrivere farmaci non generici, di vedere annullata, o almeno sensibilmente ridotta, la quota di prezzo rimasta a suo carico.

Inaccettabile mi pare anche il rilievo secondo il quale la disciplina prevista dall'articolo 77 del disegno di legge finanziaria sembrerebbe introdurre un vero e proprio sistema di schedatura delle prestazioni sanitarie, con evidente *vulnus* del diritto alla riservatezza del cittadino. Sono osservazioni del senatore Tomassini che, a mio avviso, sono del tutto ingiustificate.

In realtà, quello delineato dalla norma, se lo si vuole vedere in modo corretto ed oggettivo, è un sistema integrato e coerente di monitoraggio delle prescrizioni, in grado non solo di assicurare risparmi attraverso l'eliminazione di duplicazioni e di prescrizioni inappropriate, ma anche di elevare il livello di tutela degli assistiti, mediante una più rapida conoscenza di dati utili per nuovi interventi terapeutici.

Offensiva, ma soprattutto priva di qualsiasi motivazione, è l'affermazione del senatore Tomassini, secondo cui il disposto del comma 8 dell'ar-

articolo 81 del disegno di legge finanziaria – che attribuisce all'Istituto farmaceutico militare un finanziamento per la produzione di farmaci orfani – alimenterebbe una struttura burocratica e clientelare. Questo è quanto ha sostenuto il senatore Tomassini. È del tutto evidente che in un settore in cui la ricerca del profitto può comportare l'abbandono di produzioni scarsamente remunerative, anche se di persistente interesse terapeutico, la possibilità di fare affidamento su una struttura pubblica, com'è appunto l'Istituto farmaceutico militare, estranea ad interessi di mercato, può risultare di fondamentale importanza strategica.

Il senatore Manara ha asserito che le misure in campo sanitario previste dal disegno di legge finanziaria non sembrano affatto ispirate da un'equilibrata visione di quello che – egli ha detto – deve essere l'intervento dello Stato nell'ambito dei rapporti tra paziente e medico, al quale oltretutto viene lasciato un insufficiente margine di autonomia decisionale. Mi permetta il senatore Manara di replicargli che se il Governo avesse voluto perseguire risparmi sicuri, senza curarsi di rispettare il ruolo del medico, avrebbe potuto limitare il rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale dei soli farmaci generici. Invece, il Governo ha correttamente scelto di lasciare libero il medico di continuare a prescrivere farmaci a prezzo superiore a quello di rimborso, responsabilizzando il sanitario nella sua decisione e chiedendogli di rendere la stessa decisione trasparente anche nei confronti del paziente. A ben vedere, anche l'introduzione del *budget* di distretto è sostenuta dal convincimento che il medico prescrittore sia in grado – culturalmente ed eticamente – di procedere autonomamente ad una approfondita analisi critica dei propri comportamenti e di assicurare l'eliminazione di sprechi ed incongruenze.

Da respingere è anche il rilievo che molte delle disposizioni recate dall'articolo 81 del disegno di legge finanziaria, comprensive di vari tipi di interventi, possono essere definite di stampo squisitamente preelettoralistico. Credo che appaia indiscutibile – e sono certa che la senatrice Castellani non potrà non concordare con me sotto questo aspetto, anche se su altri punti è discorde – la rilevanza, sotto il profilo sanitario, di interventi quali quelli destinati al finanziamento del Centro nazionale di adroterapia, all'adeguamento degli stanziamenti previsti per il Centro nazionale trapianti e per i Centri di riferimento interregionali per i trapianti (che hanno proficuamente avviato la propria attività sulla base della disciplina prevista dalla legge n. 91 del 1999), all'attuazione delle norme contenute nella cosiddetta riforma-*ter* sulla formazione continua e sulla formazione a distanza del personale del Servizio sanitario nazionale, al finanziamento di attività formative di alta specializzazione, al finanziamento relativo all'attuazione di un programma nazionale di ricerche sperimentali e cliniche nel delicatissimo ed emergente settore delle cellule staminali *post-natali* (penso che la senatrice Castellani sarà d'accordo) e infine al rafforzamento dell'attività di sorveglianza su gravi patologie animali espletata dai veterinari del Ministero della sanità. Certamente altri interventi sarebbero stati auspicabili, ma il problema è scegliere quali poter portare avanti con la compatibilità dei fondi in bilancio.

Ringrazio il senatore Mascioni, in modo particolare, per aver riportato la discussione su un terreno di obiettività, pur senza escludere la volontà di apportare alcune integrazioni migliorative al testo approvato dalla Camera. Condivido le valutazioni fatte dal senatore Mascioni e la sua analisi, molto oggettiva, delle linee perseguite dal Governo.

Per quel che riguarda l'intento del senatore Mascioni di presentare uno specifico emendamento volto ad assicurare la possibilità che i disavanzi di lieve entità eventualmente registrati nel settore sanitario vengano coperti con risorse proprie della regione, cioè senza necessità di ricorrere ad ulteriori tasse e all'autonomia impositiva, intendo già da ora assicurare la piena disponibilità del Ministero della sanità, segnalando peraltro che l'accoglimento da parte del Governo di un emendamento di quel genere è rimesso alle valutazioni del Tesoro. Noi, come Sanità, siamo pienamente d'accordo; si tratta di sentire le considerazioni del sottosegretario per il tesoro Giarda. Potrà essere lo stesso Tesoro a dare ulteriori chiarimenti sull'idoneità della copertura finanziaria prevista per gli anni 2002 e seguenti, a fronte della riduzione e della progressiva eliminazione dei *ticket*, questione su cui lo stesso senatore Mascioni ha espresso delle perplessità.

Complessivamente il Governo deve dichiararsi soddisfatto dell'esito della discussione, perché - lo ha detto poco fa nella sua replica anche il senatore Montagnino - non sono state fatte delle osservazioni di particolare rilievo critico sulla manovra del Governo. Ho apprezzato in modo particolare che il senatore De Anna abbia compreso che l'abolizione del *ticket* non significa aumento della spesa, purché si sensibilizzino gli operatori sanitari, com'è previsto nella nostra normativa.

Quindi - ripeto - il Governo è soddisfatto dell'esito della discussione, non solo di quella che si è sin qui svolta in questo ramo del Parlamento, ma anche di quella svoltasi alla Camera dei deputati, riconoscendo che anche le aggiunte fatte da quest'ultima hanno reso più completo e coerente il complesso delle misure in materia sanitaria.

È nostra convinzione che il testo all'esame del Senato sia sufficientemente maturo per una definitiva approvazione, fatta salva l'opportunità di alcune integrazioni o specificazioni della formulazione attuale, che mi riservo di esaminare qualora dovessero essere presentati al riguardo specifici emendamenti in Commissione bilancio. Mi è stato preannunciato, da alcuni senatori che non appartengono a questa Commissione, che verranno presentati - penso in Commissione bilancio o in Aula - alcuni emendamenti relativi agli ospedali classificati e agli IRCCS non pubblici. Il Governo, sin d'ora, ricordando che per queste materie è necessario il passaggio nella Conferenza Stato-regioni, è disponibile ad esaminare eventuali proposte o, meglio ancora, ordini del giorno, come del resto è accaduto nell'altro ramo del Parlamento.

Desidero altresì segnalare che il Ministero della sanità, anzi il ministro Veronesi, ha già proposto la presentazione, da parte del Governo, di alcuni emendamenti volti ad elevare le capacità di valutazione e di controllo sui farmaci del competente dipartimento ministeriale. Alcuni emendamenti intendono consentire un rafforzamento, sia pure in via tempora-

nea, in attesa del definitivo riordino ministeriale, delle funzioni di profi-lassi internazionale, l'individuazione di risorse che assicurino la funzionalità della Commissione nazionale per la formazione continua (sulla quale fa leva una delle più importanti innovazioni contenute nella cosiddetta riforma-ter.) Vi è poi un emendamento che intende individuare figure di operatori professionali nell'area sanitaria da formare mediante corsi a cura delle regioni. Avendo un carattere ordinamentale, non so se la proposta sarà considerata ammissibile; la finalità è comunque di rendere disponibili per il Servizio sanitario nazionale figure di qualificazione intermedia, con la conseguente eliminazione della utilizzazione impropria e onerosa degli infermieri e di analoghe figure in mansioni inferiori a quelle di competenza.

Gli emendamenti sono oggi all'esame del Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro; ho ritenuto doveroso farne cenno nella Commissione di merito.

Nel ribadire il ringraziamento del Governo a tutti i colleghi intervenuti, della maggioranza e dell'opposizione, mi auguro che la Commissione possa esprimere quanto prima il parere cosicché la Commissione bilancio possa esaminarlo con la massima tempestività.

PRESIDENTE. Passiamo ora all'esame degli emendamenti presentati alla tabella 16, il cui testo è riportato in allegato al Resoconto della seduta odierna.

MANARA. Do per illustrati gli emendamenti da me presentati.

MONTAGNINO, *relatore alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Invito il senatore Manara a ritirare gli emendamenti presentati alla tabella 16. L'aumento degli stanziamenti per attività connesse al prelievo e al trapianto di organi e tessuti sarà indicato, nella proposta di parere che formulerò, come obiettivo da perseguire in prospettiva. Non è assolutamente opportuno operare in tal senso sulla tabella 16, riducendo i fondi per il personale; si tratta di risorse indispensabili per il funzionamento del Ministero.

FUMAGALLI CARULLI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Concordo con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Chiedo al senatore Manara se accoglie l'invito a ritirare gli emendamenti.

MANARA. Signor Presidente, pur apprezzando l'impegno assicurato dal relatore, mantengo i miei emendamenti perché hanno una precisa valenza politica.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione degli emendamenti presentati alla tabella 16.

BERNASCONI. Signor Presidente, il Gruppo dei Democratici di Sinistra voterà contro gli emendamenti in esame, condividendo le considerazioni espresse dal relatore Montagnino. Le attività di prelievo e trapianto di organi e di tessuti sono complesse e devono essere adeguatamente sostenute; ma un aumento dei finanziamenti non può andare a detrimento di servizi necessari.

(Posti separatamente ai voti, sono respinti gli emendamenti da 12^a.Tab.16.1 a 12^a.Tab.16.5).

PRESIDENTE. L'esame degli emendamenti presentati al disegno di legge di bilancio è così esaurito.

Passiamo all'esame degli ordini del giorno riferiti al disegno di legge finanziaria.

Dichiaro inammissibile, per estraneità alla materia di competenza della Commissione, l'ordine del giorno n. 2, il cui testo è il seguente:

0/4885/2/12^a

TOMASSINI, DE ANNA, BRUNI

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

premessi che:

il 10 dicembre 1997 l'Italia sottoscriveva solennemente gli Accordi di Kyoto che impongono al nostro paese, entro il 2008-2012, la riduzione del 6,5 per cento delle emissioni di CO₂, ossia 31 milioni di tonnellate in meno rispetto alle emissioni del 1990;

il programma nazionale di energia rinnovabile del Ministero delle politiche agricole e forestali prevede a tal fine, tra l'altro, entro il termine suddetto, la produzione di 720.000 tonnellate di bioetanolo ad uso carburante, in miscela diretta nella benzina o come componente dell'etere denominato ETBE, anch'esso da utilizzarsi come componente delle benzine, ossia 1,6 milioni di tonnellate che corrispondono ad un fabbisogno di 800.000 tonnellate di bioetanolo;

il Documento di programmazione economico-finanziaria 2001, presentato nel luglio scorso, indicava tra le priorità del Governo lo sviluppo dei biocarburanti;

l'articolo 18 del provvedimento in esame prevede che con decreto del Ministro delle finanze, di concerto con il Ministro dell'ambiente e con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, venga disposta una riduzione dell'accisa su bioetanolo, ETBE ed altre categorie di prodotti di origine rinnovabile;

al fine di avviare su scala industriale la produzione di bioetanolo ed ETBE, è necessario che la riduzione sulle relative accise sia adeguata,

impegna il Governo:

a disporre una riduzione delle accise per bioetenaolo ed ETBE entro il limite di spesa di 150 miliardi annui, al fine di rispettare gli impegni assunti in sede nazionale ed internazionale e di ridurre concretamente le emissioni dei gas serra».

Invito il senatore Bruni ad illustrare l'ordine del giorno n. 1, il cui testo è il seguente:

0/4885/1/12^a

TOMASSINI, DE ANNA, BRUNI

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

premesso che:

la professione infermieristica è in crisi: i giovani la ritengono di scarso interesse perché, a fronte di un *iter* scolastico difficile, dell'elevata responsabilità e dell'abbassamento della qualità di vita, non corrisponde un adeguato compenso e gli infermieri professionisti, scontenti della loro situazione, avanzano sempre di più richieste di *part-time* (al 50 per cento per svolgere altra attività) e mirano a cambiare professione;

per superare tale crisi è necessario affrontare in modo radicale le cause che l'hanno determinata mantenendo elevate le qualità delle prestazioni per garantire le esigenze dei malati e della scienza medica ipertecnologica,

impegna il Governo:

ad istituire la dirigenza infermieristica nel contesto dell'Azienda, sottoposta al direttore generale, a fianco del direttore sanitario ed amministrativo. La dirigenza infermieristica così formulata rappresenterebbe un punto di connessione strategica tra il servizio infermieristico e l'amministrazione nella gestione delle risorse umane e consentirebbe il miglioramento dell'assistenza e l'ottimizzazione e la qualificazione delle risorse infermieristiche, ottemperando così ai principi aziendali al fine di rendere efficienti ed efficaci le prestazioni nell'obiettivo primario della tutela del diritto alla salute del cittadino;

a costituire un'area distinta per negoziazioni dei professionisti sanitari della funzione infermieristica aventi formazione universitaria o diploma equipollente con destinazione distinta dei fondi, in ottemperanza all'articolo 4 della legge n. 59 del 1997».

BRUNI. Signor Presidente, premesso che la professione infermieristica è in crisi per diversi motivi, tra i quali la difficoltà dell'*iter* scola-

stico, è necessario affrontare in modo radicale le cause che hanno determinato tale situazione. Chiediamo allora al Governo di impegnarsi ad istituire la dirigenza infermieristica nel contesto dell'azienda, sottoposta al direttore generale, a fianco del direttore sanitario e amministrativo.

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, vorrei aggiungere la mia firma all'ordine del giorno.

COZZOLINO. Sottoscrivo l'ordine del giorno.

MANARA. Aggiungo la mia firma all'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Esprimo forte perplessità sull'ordine del giorno testé illustrato dal momento che l'istituzione della dirigenza infermieristica è già disciplinata dall'articolo 7 della legge n. 251, concernente il riordino delle professioni non mediche, che ha iniziato il suo *iter* proprio in questa Commissione ed è stata approvata il 10 agosto 2000.

DANIELE GALDI. Signor Presidente, vorrei intervenire relativamente all'ordine del giorno n. 1.

Suggerisco al senatore De Anna una complessiva riformulazione di tale ordine del giorno. Infatti, in primo luogo, le considerazioni espresse in premessa, concernenti le motivazioni dello scarso interesse dei giovani nei confronti delle professioni infermieristiche, non sono certamente prive di fondamento, ma non si comprende come possano trovare una soluzione negli interventi indicati nel dispositivo.

Quanto poi alla questione della dirigenza infermieristica, essa è stata istituita con la legge n. 251 del 2000. Quindi, sono le regioni ad avere oggi questo compito; semmai esse potrebbero fare quello che facevano molti anni fa, cioè pagare il tirocinio dei giovani presso gli ospedali durante i tre anni di corso universitario. Ci sono anche delle modalità di sostegno dello studente, che potrebbe essere incentivato a frequentare i corsi in quanto svolge comunque un lavoro di assistenza negli ospedali. Quindi, le due questioni non collimano.

Allora vedrei con più favore un ordine del giorno che richiami le regioni ad ottemperare alla legge, dal momento che i loro compiti oggi sono quelli di istituire la dirigenza infermieristica. Ricordo, tra l'altro, che nella legge si prevede che devono essere utilizzati dei posti non coperti (c'è una trasformazione di posti), per cui le regioni devono fare un lavoro di selezione non indifferente.

Un ordine del giorno volto ad impegnare il Governo in una funzione che è già passata alle regioni mi sembra inutile. Invece, un ordine del giorno che impegni il Governo ad un'azione di stimolo sulle regioni per una rapida e completa attuazione della legge potrebbe incontrare il consenso di tutta la Commissione.

DE ANNA. Infatti era questo il senso.

DANIELE GALDI. Ma non si capisce da come è formulato l'ordine del giorno.

DE ANNA. Nell'ordine del giorno si impegna il Governo ad istituire la dirigenza infermieristica nelle aziende.

DANIELE GALDI. Ma questa è già stata istituita dalla legge.

DE ANNA. Però viene solo istituita e le regioni non la applicano. Noi vogliamo che il Governo si impegni a farla applicare.

CASTELLANI Carla. L'osservazione della senatrice Daniele Galdi è reale. Noi dovremmo spingere su tale questione. Però, certamente, il secondo punto che impegna il Governo va nel senso di costituire un'area distinta di negoziazione, cosa che attualmente ancora non accade proprio in virtù dell'obiettivo di una particolare attenzione, dal punto di vista economico, che invogli i giovani a frequentare i corsi di laurea in scienze infermieristiche.

Credo che in questi termini anche la premessa dell'ordine del giorno si possa legare correttamente con quanto previsto dal secondo punto, fermo restando che effettivamente sono le regioni a doversi attivare per dare attuazione alla legge.

DE ANNA. Infatti, l'ordine del giorno, se correttamente interpretato, prevede sia l'obbligo morale delle regioni di rispettare la legge, sia di istituire un fondo per incentivare definitivamente i giovani ad abbracciare la professione infermieristica.

FUMAGALLI CARULLI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Però nel testo manca qualsiasi riferimento alle regioni.

MONTAGNINO, *relatore alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, non avrei potuto usare parole diverse da quelle della senatrice Daniele Galdi.

Il problema non è solo che vi è già una legge che disciplina questa materia per cui quanto indicato nell'ordine del giorno diventa pleonastico; il problema è che vi è anche una forte contraddizione – rilevata dalla senatrice Daniele Galdi – tra le motivazioni dell'ordine del giorno e gli obiettivi che si intendono realizzare. La mancanza di volontà dei giovani di acquisire titoli ed espletare i compiti degli infermieri professionali non dipende dal fatto che manca una dirigenza, anche perché il numero dei dirigenti non sarà elevatissimo. Non tutti coloro che esercitano la professione infermieristica potranno quindi diventare dirigenti. Secondo me, nella riformulazione, dovrebbe saltare completamente questa motivazione. Si può richiamare l'esigenza che tutte le regioni attuino le disposizioni vigenti, invitando il Governo a sollecitare le regioni inadempienti.

Il secondo capoverso del dispositivo è assolutamente inappropriato e dovrebbe essere soppresso. Il Governo non può infatti intervenire in una materia pattizia, affidata alla contrattazione tra le parti.

DE ANNA. Signor Presidente, accogliendo le indicazioni emerse nel corso del dibattito, riformulo l'ordine del giorno n. 1 come segue:

0/4885/1/12^a (Nuovo testo)

TOMASSINI, DE ANNA, BRUNI, CASTELLANI Carla, COZZOLINO, MANARA

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

impegna il Governo:

a promuovere in sede di Conferenza permanente fra lo Stato, le regioni e le province autonome, la piena realizzazione da parte delle regioni degli adempimenti previsti dall'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, per la realizzazione nelle aziende sanitarie della dirigenza infermieristica che può rappresentare un punto di connessione strategica tra il servizio infermieristico e la gestione delle risorse umane e consentire il miglioramento dell'assistenza e l'ottimizzazione e la qualificazione delle risorse infermieristiche, ottemperando così ai principi aziendali al fine di rendere efficienti ed efficaci le prestazioni nell'obiettivo primario della tutela del diritto alla salute del cittadino».

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli ordini del giorno nn. 3 e 4, il cui testo è il seguente:

9/4885/3/12^a

TOMASSINI, DE ANNA, BRUNI

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

premessò:

il particolare disagio, sia sul piano relazionale e culturale che psicologico, degli ipovedenti per la difficoltà soggettiva di identificarsi e con i ciechi e con i vedenti;

l'ulteriore aggravamento del quadro soggettivo quando, a questa minorazione visiva, si aggiunga anche l'età avanzata che comporta un'ulteriore diminuzione del *visus*;

l'incongrua ed inadeguata entità della indennità speciale riservata agli ipovedenti in rapporto ai trattamenti erogati per infermità considerate meno invalidanti dal legislatore;

che l'indennità speciale a favore degli ipovedenti non arriva neppure al 30 per cento di quella garantita ad altre minorazioni sensoriali, quali il sordomutismo,

impegna il Governo:

ad innalzare l'indennità speciale prevista per gli ipovedenti dalla legge n. 508 del 21 novembre 1988, al fine di adeguarla a quella prevista per il sordomutismo».

9/4885/4/12^a

TOMASSINI, DE ANNA, BRUNI

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

premesso che:

a quindici anni dalle prime drammatiche morti, la tragica vicenda procurata agli emofiliaci italiani risulta ancora irrisolta;

il 9 novembre 1999 è stata nominata una commissione paritetica il cui elaborato, inviato all'approvazione della Presidenza del Consiglio, non ha avuto a tutt'oggi una risposta;

in data 12 dicembre 2000 si terrà l'udienza preliminare in Camera di consiglio davanti al G.U.P. del Tribunale di Trento, relativa al procedimento penale 358/94-21, ma nel frattempo nessun risarcimento hanno ancora ricevuto i familiari degli emofiliaci deceduti,

impegna il Governo:

a disporre al più presto l'erogazione dei congrui anticipi sul risarcimento».

BRUNI. Signor Presidente, l'ordine del giorno n. 3, premesso il particolare disagio, sia sul piano relazionale e culturale che psicologico, degli ipovedenti per la difficoltà soggettiva di identificarsi con i ciechi e con i vedenti, impegna il Governo ad innalzare l'indennità speciale prevista per gli ipovedenti dalla legge n. 508 del 1988, al fine di adeguarla a quella prevista per il sordomutismo.

L'ordine del giorno n. 4 riguarda il fatto che, a quindici anni dalle prime drammatiche morti (mi riferisco naturalmente al periodo del ministro De Lorenzo), la tragica vicenda procurata agli emofiliaci italiani risulta ancora irrisolta. Pertanto, si impegna il Governo a disporre al più presto l'erogazione dei congrui anticipi sul risarcimento danni.

PRESIDENTE. Do per illustrato l'ordine del giorno n. 5, da me presentato, il cui testo è il seguente:

0/4885/5/12^a

CARELLA

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

premesso:

che la normativa sanitaria vigente stabilisce la piena equiparazione ai fini dell'assistenza ospedaliera e della programmazione sanitaria degli ospedali di proprietà degli istituti e degli enti ecclesiastici che siano stati classificati in una delle categorie di cui agli articoli 20 e seguenti della legge n. 132 del 1968;

che l'atto di classificazione di tali ospedali non modifica il regime giuridico amministrativo degli enti titolari, e che ciò nondimeno tali strutture partecipano a pieno titolo al funzionamento del Servizio sanitario nazionale;

che non appaiono quindi giustificabili, come riconosciuto anche dal Ministero della sanità in due note del 1997, la disparità del trattamento economico riservato ai dipendenti di queste strutture, e le stesse disparità nel computo delle tariffe per il pagamento delle prestazioni erogate,

impegna il Governo:

a verificare in sede di Conferenza permanente fra lo Stato, le regioni e le province autonome, che le regioni assicurino agli istituti ed agli enti richiamati in premessa, anche mediante la piena equiparazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie erogate, un finanziamento sufficiente a garantire la copertura economica degli oneri connessi ai rinnovi contrattuali del personale, per la parte in cui questi conseguano dalla disciplina recata dal decreto legislativo n. 229 del 1999, e che le regioni stesse tengano conto, nella programmazione degli interventi di riqualificazione edilizia e tecnologica finanziati ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, anche dei suddetti enti ed istituti, con vincolo di destinazione trentennale al Servizio sanitario nazionale delle strutture e dei macchinari oggetto degli interventi finanziati».

Invito la senatrice Castellani Carla ad illustrare l'ordine del giorno n. 6, il cui testo è il seguente:

0/4885/6/12^a

MONTELEONE, CASTELLANI Carla, COZZOLINO

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

considerato che:

l'utilizzazione di ausilii per tutte le persone portatrici di *handicap* o di qualsiasi disabilità è imprescindibile sia per la mobilità che per la migliore qualità della vita;

assai spesso i nuclei familiari al cui interno vivono persone disabili versano in condizioni economiche disagiate e sono per di più costrette a sostenere costi economici elevatissimi per l'assistenza al loro congiunto disabile in quanto la partecipazione economica dello Stato risulta essere insufficiente;

le vigenti normative di legge garantiscono l'integrazione, le pari opportunità e la mobilità;

è dovere dello Stato sostenere adeguatamente le fasce più deboli con particolare sforzo e attenzione per evitare il rischio, purtroppo già verificatosi nel passato, di penalizzare i più deboli nell'ambito della legge finanziaria,

impegna il Governo:

ad incrementare ampiamente le voci economiche relative al nomenclatore;

ad ampliare le tipologie di ausilii in esso inserite;

ad ampliare le categorie degli aventi diritto;

a prestare particolare attenzione agli ausilii necessari nell'ambito del nucleo familiare del portatore di *handicap*;

ad ampliare i benefici per i cosiddetti *handicap* non visibili (stomizzati, anziani semiautonomi, eccetera);

ad inserire particolari aiuti economici per gli ausilii necessari ai gravissimi».

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, l'ordine del giorno n. 6 è finalizzato ad ampliare la possibilità, con il sostegno del Governo, di sostenere tutti i portatori di *handicap* attraverso l'utilizzo dei presidi che a loro sono propri.

DE ANNA. Desidero aggiungere la mia firma all'ordine del giorno n. 6.

BRUNI. Anch'io aggiungo la mia firma.

MANARA. Signor Presidente, aggiungo la mia firma all'ordine del giorno in esame.

PRESIDENTE. Invito la senatrice Bernasconi ad illustrare l'ordine del giorno n. 7, il cui testo è il seguente:

0/4885/7/12^a

BERNASCONI, BETTONI BRANDANI, BONFIETTI, BRUNO GANERI, BUCCIARELLI, CASTELLANI CARLA, D'ALESSANDRO PRISCO, DANIELE GALDI, DENTAMARO, DE ZULUETA, FIORILLO, MANIERI, MAZZUCA POGGIOLINI, PAGANO, PASQUALI, SALVATO, SARTORI, SCOPELLITI, SILIQUINI, SQUARCIALUPI, THALER AUSSERHOFER

«La Commissione igiene e sanità del Senato,
in sede di esame del disegno di legge finanziaria,

considerato:

che a norma dell'articolo 37 della legge n. 449 del 1997 (legge finanziaria 1998) il Servizio sanitario nazionale fornisce a titolo gratuito la protesi mammaria esterna alle assistite che ne facciano richiesta, dietro presentazione di idonea documentazione dell'intervento di mastectomia sia monolaterale che bilaterale;

che questo articolo era stato fortemente richiesto dalle associazioni che lottano contro il tumore al seno e sostenuto da tutte le parlamentari, per svincolare la possibilità di avere la gratuità della protesi mammaria esterna dalla assurda precondizione di riconoscimento di invalidità;

che nel successivo decreto ministeriale del 27 agosto 1999, n. 332, l'articolo 2 (*Aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica*) inserisce le donne mastectomizzate, ma con una dizione che si presta ad interpretazione errata del precedente articolo di legge che aboliva la richiesta di invalidità per l'accesso gratuito;

che pur chiarendo una successiva lettera degli uffici ministeriali competenti che per ottenere la protesi mammaria esterna è sufficiente la documentazione medica di mastectomia, molte ASL chiedono ancora alle donne di allegare la certificazione di invalidità,

impegna il Governo:

ad indicare a tutti gli assessorati regionali della sanità di dare corso ad una interpretazione autentica ed incontrovertibile del diritto delle donne operate per tumore del seno ad avere la protesi mammaria esterna con la sola documentazione medica di intervento di mastectomia mono o bilaterale e a sorvegliare che questo comportamento sia portato a conoscenza di tutti gli organi periferici del Servizio sanitario nazionale, in particolare degli uffici competenti delle ASL».

BERNASCONI. Signor Presidente, l'ordine del giorno n. 7 è stato sottoscritto da tutte le senatrici, quindi parlo a nome di tutte le parlamentari di questo ramo del Parlamento.

È stata approvata dal Parlamento la legge n. 449 nel 1997, purtroppo però ci sono delle difficoltà, anche un po' sciocche, di interpretazione da parte delle ASL. Quindi, credo sia necessaria un'interpretazione autentica da parte del Governo.

PRESIDENTE. Aggiungo la mia firma all'ordine del giorno n. 7.

BRUNI. Anch'io aggiungo la mia firma.

CAMERINI. Signor Presidente, aggiungo la mia firma.

COZZOLINO. Signor Presidente, sottoscrivo l'ordine del giorno in esame.

DE ANNA. Anch'io, signor Presidente.

MANARA. Desidero aggiungere la mia firma all'ordine del giorno n. 7.

MASCIONI. Anch'io sottoscrivo l'ordine del giorno.

MONTAGNINO, *relatore alla Commissione sulla tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno n. 1, come riformulato dai presentatori.

Quanto all'ordine del giorno n. 3, non censuro il carattere elettorale della tipologia di interventi sollecitati – abbiamo ricevuto l'accusa e non la rinviato – osservo però che l'adeguamento delle indennità per gli ipovedenti dovrà avvenire nell'ambito dell'attuazione della legge sull'assistenza. Il parere è dunque contrario.

Esprimo parere contrario anche sull'ordine del giorno n. 4. È impensabile che il Governo eroghi risorse anticipando gli effetti di una sentenza giudiziaria.

Esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno n. 5, come anche sull'ordine del giorno n. 6 che, pur riguardando aspetti che non sono propriamente di competenza della Commissione, nella sua filosofia complessiva è valutabile positivamente. Il parere è favorevole anche sull'ordine del giorno n. 7.

FUMAGALLI CARULLI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Accolgo l'ordine del giorno n. 1, nel testo riformulato. Esprimo invece parere contrario sugli ordini del giorno nn. 3 e 4; accolgo gli ordini del giorno nn. 5 e 7 e accolgo come raccomandazione l'ordine del giorno n. 6.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto, il nuovo testo dell'ordine del giorno n. 1 non sarà posto in votazione. Ugualmente non saranno posti in votazione gli ordini del giorno nn. 5 e 7 poichè accolti dal Governo.

Chiedo ai presentatori se insistono per la votazione degli ordini del giorno nn. 3 e 4, quest'ultimo accolto come raccomandazione.

BRUNI. Sì, signor Presidente insistiamo per la votazione degli ordini del giorno nn. 3 e 4.

CASTELLANI Carla. Non insisto per la votazione dell'ordine del giorno n. 6.

(Posti separatamente ai voti, sono respinti gli ordini del giorno nn. 3 e 4).

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

Passiamo ora all'esame della proposta di rapporto sui disegni di legge di bilancio e finanziaria.

MONTAGNINO, *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, con osservazioni, alla 5^a Commissione:

«La politica economica attuata in questi anni con rigore e coerenza ha determinato effetti positivi in termini economici, finanziari e sociali, laddove le importanti riforme strutturali realizzate consegnano alla nuova legislatura un paese certamente migliore, più moderno, più competitivo, più equo.

L'azione di governo ha permesso di coniugare, nel rispetto dei vincoli posti dal Patto di stabilità, rigore ed equità, risanamento dei conti pubblici e mobilitazione di risorse per investimenti a sostegno del tessuto produttivo, razionalizzazione della spesa e tutela delle fasce più deboli.

I risultati sul piano del risanamento economico e finanziario consentono di redistribuire in modo equilibrato le risorse disponibili, e la legge finanziaria per il 2001 segna visibilmente il passaggio dagli anni delle difficoltà e dei sacrifici a quelli delle opportunità.

La 12^a Commissione, esaminate le parti di competenza del disegno di legge «Bilancio di previsione dello Stato per il triennio 2001-2003» e del disegno di legge «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», rileva che le misure previste sono coerenti con la strategia di politica economica perseguita in questi anni e con i contenuti del Documento di programmazione economico-finanziaria, e finalizzate ad una ottimizzazione dell'efficacia del sistema sanitario attraverso un'azione diretta ed interna sull'amministrazione, un intervento esterno sui cittadini ed un'accentuazione dell'attività strumentale e preventiva.

Per quanto attiene al disegno di legge di bilancio la Commissione rileva che lo Stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro reca una quantificazione del contributo del bilancio dello Stato al Fondo sanitario nazionale pari a lire 60.162 miliardi, rispetto ai 46.469 miliardi recati dalla previsione dello scorso anno. Sommando a tali cifre la quota contributiva, pari a 57.262 miliardi provenienti dal gettito dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF, e le entrate proprie delle regioni e province autonome pari a 11.572 miliardi, il Fondo sanitario nazionale può essere quantificato in lire 129.000 miliardi, contro i 117.139 miliardi iscritti nella previsione per l'anno 2000. Si può pertanto affermare che anche per quest'anno vi sia, in linea con quanto realizzato nei quattro anni precedenti, una significativa rivalutazione del Fondo sanitario nazionale, superiore anzi a quella dello scorso anno e pari all'11 per cento circa. Va altresì considerato che le disposizioni sulla riduzione dei *ticket* e in materia di spesa farmaceutica determinano una spesa per la cui copertura le risorse disponibili per il Servizio sanitario nazionale sono state ulteriormente incrementate di lire 1.700 miliardi per il 2001, di lire 1.875 miliardi per il 2002, di lire 2.375 miliardi per il 2003 e di lire 2.165 miliardi per il 2004.

L'innalzamento della disponibilità di risorse per il Fondo sanitario nazionale per i prossimi anni è peraltro coerente con l'incremento della spesa ritenuto compatibile con la situazione economica del paese e permette di dare rilievo alla qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Per quanto attiene agli interventi nel settore sanitario previsti dalla finanziaria 2001, la Commissione valuta favorevolmente l'attuazione dell'accordo tra Stato e regioni per il definitivo ripiano dei debiti pregressi. Tale accordo accentua e valorizza il ruolo delle regioni stesse nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi sanitari, riservando all'amministrazione centrale poteri di intervento sostitutivo in caso di ingiustificata inerzia degli enti locali. Attraverso l'eliminazione del vincolo di destinazione alla spesa sanitaria di una quota parte predeterminata del bilancio regionale viene garantita alle regioni ampia autonomia decisionale in ordine alla valutazione delle concrete esigenze locali e alla conseguente ponderazione della dotazione finanziaria del settore.

Rileva inoltre che lo snellimento dell'apparato burocratico consente un premio di efficienza nell'amministrazione della sanità, anche attraverso una informatizzazione del settore e introduce un sistema sperimentale di controllo sull'efficienza dell'amministrazione, fondato su una logica premiale secondo cui ciascuna regione individuerà alcuni distretti medici a cui assegnare una dotazione finanziaria virtuale.

Sottolinea che la parte più rilevante della normativa riguarda gli articoli relativi alla progressiva eliminazione della partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni sanitarie, alle disposizioni sui *ticket* e sulla spesa farmaceutica. Tali misure, che hanno un rilevante impatto sociale, rappresentano la naturale attuazione del principio della responsabilità, in quanto il contenimento della spesa sanitaria non sarà più affidato al controllo della domanda attraverso i *ticket*, bensì a quello dell'offerta. La garanzia dell'erogazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, dei medi-

cinali essenziali non altrimenti reperibili da parte degli utenti, rappresenta una misura di uguaglianza sostanziale, che assume peculiare rilievo ai fini di una effettiva e concreta tutela del diritto costituzionali alla salute.

Reputa particolarmente positivi, sempre in campo farmaceutico, i provvedimenti previsti in favore dell'introduzione dei farmaci generici, del tutto in sintonia con quanto sperimentato con successo in altri paesi europei.

Ancora, sotto il profilo strumentale e della prevenzione, la Commissione ritiene che le disposizioni della finanziaria 2001 si caratterizzino per una cospicua valorizzazione dell'attività di ricerca e di potenziamento delle strutture, cui corrisponde una ponderata dotazione finanziaria. La disponibilità di nuove risorse da destinare all'edilizia sanitaria consente di far fronte ad interventi ormai improrogabili e favorisce la realizzazione di spazi per l'esercizio effettivo della libera professione intramuraria all'interno di strutture sanitarie pubbliche.

La Commissione, per quanto di competenza sui disegni di legge di bilancio e finanziaria per il triennio 2001-2003, formula un giudizio positivo con le seguenti osservazioni:

a) devono essere concretamente individuati efficaci strumenti ed adeguate modalità per garantire ai cittadini una corretta informazione, soprattutto in relazione all'uso del farmaco generico;

b) l'esclusione dalla partecipazione al costo e, quindi, l'erogazione senza oneri a carico dell'assistito, deve essere garantita per le prestazioni ospedaliere e di diagnostica strumentale e di laboratorio, finalizzate alla diagnosi precoce di altre tipologie di tumori in età giovanile per soggetti a rischio, oltre a quelle precisate dall'articolo 75, comma 4;

c) devono essere individuate in prospettiva risorse aggiuntive per il finanziamento dell'attività in materia di trapianti e per il potenziamento delle strutture di radioterapia;

d) deve essere prevista la possibilità di copertura degli eventuali disavanzi (articolo 73, comma 4), anche attraverso risorse proprie delle regioni e, comunque, senza ricorso alla contrazione di mutui;

e) deve essere valutata l'esigenza di riduzione dell'IRPEG e l'attività di impulso all'esternalizzazione dei servizi da parte delle ASL attraverso la restituzione dell'IVA come avviene per i comuni;

f) deve essere valutata la possibilità di differenziare la misura della deducibilità delle spese sostenute da aziende produttrici di medicinali per congressi e convegni in base alla qualità dell'incontro scientifico.

La Commissione infine ravvisa l'opportunità di approfondire con le regioni le misure previste per i *ticket*, per gli anni 2002 e seguenti, in relazione ai mancati introiti per l'eliminazione della partecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica e le minori entrate per prestazioni specialistiche e di diagnosi strumentale relative agli stessi anni».

Signor Presidente, vorrei ora brevemente illustrare tale schema di rapporto. Anzitutto sottolineo che nella proposta di rapporto favorevole alla 5^a Commissione figurano osservazioni che recepiscono considerazioni emerse nel corso del dibattito. Si dà atto anzitutto al Governo che l'ammontare dello stanziamento per il Fondo sanitario nazionale è superiore rispetto agli anni precedenti. Tale disponibilità di risorse, derivante anche dall'attuale situazione economica del Paese, consente di dare rilievo alla qualità dei servizi che dovranno essere erogati ai cittadini.

Per quanto attiene gli interventi recati dal disegno di legge finanziaria, il parere, nell'ambito di una valutazione positiva, contiene alcune osservazioni.

Si sottolineano positivamente alcuni aspetti: l'attuazione dell'accordo tra lo Stato e le regioni, con conseguente eliminazione del vincolo di destinazione; la valorizzazione dell'attività di ricerca; lo snellimento dell'apparato burocratico e la maggiore efficienza dell'amministrazione sanitaria; il processo di informatizzazione, l'attività di monitoraggio e l'attribuzione di *budget* per mutare la filosofia del controllo sulla spesa sanitaria, che non è più rivolta al contenimento della domanda bensì è incentrata sulla razionalizzazione dell'offerta, facendo leva soprattutto sulla responsabilità dei medici. Vi è inoltre una notazione positiva per l'aumento degli stanziamenti per l'edilizia sanitaria.

Ribadisco le osservazioni espresse: devono essere individuati concretamente efficaci strumenti e adeguate modalità per garantire ai cittadini una corretta informazione, soprattutto in relazione all'uso del farmaco generico. Se si interverrà non soltanto tramite la tecnologia ma anche sul versante di un'efficace informazione per far acquisire consapevolezza ai cittadini, riusciremo a vincere la sfida e a finanziare l'eliminazione dei *ticket*.

L'esclusione dalla partecipazione al costo, e quindi l'erogazione senza oneri a carico dell'assistito, deve essere estesa alle prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce di altre tipologie di tumori in età giovanile per soggetti a rischio, oltre a quelle indicate all'articolo 75. In questo modo, accogliamo anche un'ipotesi ed una proposta pervenute dai colleghi del Polo, non solo da parte dei senatori della maggioranza.

Per quanto riguarda il potenziamento delle strutture di radioterapia (argomento toccato in sede di discussione) e l'aumento di risorse per l'attività in materia di trapianti, avevo detto al senatore Manara che questi sono già previsti, ma questo aspetto riguarda una prospettiva per il reperimento delle risorse e non la riduzione di altre risorse già destinate e non oltremodo congrue.

Relativamente alla copertura degli eventuali disavanzi, il disegno di legge finanziaria pone come ipotesi di copertura la tassazione dei cittadini. Perché non lasciare libere le regioni di poter intervenire a copertura di questi eventuali disavanzi anche con risorse proprie, non soltanto con un aumento della pressione fiscale nei confronti dei cittadini? Ovviamente, vi è il vincolo di non ricorrere alla contrazione di mutui per poter compensare gli eventuali disavanzi.

Inoltre, è stata evidenziata la necessità di una valutazione da parte del Governo (che sicuramente sarà fatta) circa l'esigenza di riduzione dell'IR-PEG e l'attività di impulso all'esternalizzazione dei servizi da parte delle ASL - che in questo momento non è molto perseguita - anche attraverso la restituzione dell'IVA, come avviene per i comuni (quindi mettere alla pari comuni e ASL).

In relazione ad un'osservazione della senatrice Bernasconi, penso debba essere valutata la possibilità di differenziare la misura della deducibilità delle spese sostenute da aziende produttrici di medicinali per congressi e convegni secondo la qualità degli stessi, quindi in base alla qualità dell'incontro scientifico.

Infine (questo credo sia un atto di grande responsabilità), si impegna il Governo a valutare, insieme con le regioni, l'effetto delle misure che sono previste per il 2002 e 2003 in relazione ai mancati introiti non solo per l'eliminazione dei *ticket* farmaceutici, ma anche per le minori entrate per prestazioni specialistiche e di diagnosi strumentale. Credo che il coinvolgimento delle regioni, che dovranno provvedere in caso di scostamento della spesa, sia un atto non solo di responsabilità da parte del Governo, ma anche di sostanziale rispetto dei ruoli diversi e comunque coerenti di Stato e regioni.

DE ANNA. Signor Presidente, intervengo per presentare il seguente schema di rapporto:

«I Componenti della Commissione igiene e sanità del Senato appartenenti ai Partiti che si riconoscono nella «Casa delle Liberta», esaminate le parti di competenza del disegno di legge «Bilancio di previsione dello Stato per il triennio 2001-2003» e del disegno di legge «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (legge finanziaria 2001), osservano che la manovra finanziaria presentata dal Governo appare ispirata ad evidenti finalità elettorali e che la disponibilità finanziaria, accumulata in questi anni, o per errata amministrazione o per eccessivo onere fiscale, viene ripartita in maniera dispersiva senza vere e proprie modifiche strutturali, lasciando in eredità ai Governi futuri pesanti cambiali da onorare.

Non è quindi neanche un provvedimento che «nulla mette e nulla toglie», perché in effetti toglie credibilità al Governo e raggira i cittadini.

Per quanto riguarda gli aspetti sanitari, ancora una volta viene utilizzato in maniera impropria il veicolo della legge finanziaria per contrabbandare atti che avrebbero dovuto essere discussi nel confronto parlamentare e si propongono provvedimenti che ben poco potranno migliorare le offerte di salute per i cittadini.

In particolare:

a) il federalismo viene interpretato non come delega di autonomie decisionali alle regioni ma come delega di oneri che andranno ad appesantirsi nei prossimi anni;

b) l'abolizione dei *tickets*, oltre a creare una insufficienza finanziaria ed a porre problemi di flusso di cassa dati i costanti ritardi nei pagamenti, determina una minore responsabilizzazione nel consumo di risorse;

c) i provvedimenti nei confronti dei medici, e soprattutto quello relativo alla dotazione finanziaria complessiva di distretto, appaiono improntati più ad un dirigismo costrittivo che non a principi di buona economia sanitaria;

d) le disposizioni relative ai farmaci determinano un incremento di spesa solo apparentemente coperto con misure di scarsa incisività, consentendo oltretutto la surrettizia approvazione di provvedimenti che avrebbero dovuto essere valutati dal Parlamento nell'ambito di un complessivo riordino della materia farmaceutica;

e) l'articolo 81 reca una confusa e disorganica congerie di provvedimenti che ripropongono tra l'altro ancora una volta un insano investimento di risorse nell'Istituto farmaceutico militare - laddove la necessità di assicurare la disponibilità di farmaci per le malattie rare poteva essere conseguita più facilmente ed economicamente collaborando con l'industria privata - realizzano in modo confuso istituti di formazione continua e finanziano progetti indefiniti di ricerca e di studio sui fitofarmaci;

f) la profilassi oncologica tralascia alcuni dei programmi più importanti di salute, prevedendo interventi solo per alcune patologie;

g) gli interventi di potenziamento delle radioterapie o per il morbo di Hansen appaiono finanziati in maniera irrisoria.

Per tutte queste motivazioni e per il non condivisibile tentativo di inserire fino all'ultimo, e non attraverso le strade maestre del confronto, provvedimenti legislativi contrari ai principi di libertà democratica, si esprime un parere negativo sui disegni di legge in esame».

TOMASSINI, BRUNI, DE ANNA, CASTELLANI CARLA,
COZZOLINO, MONTELEONE, MANARA, NAPOLI BRUNO

Nel dare per illustrato lo schema di rapporto da noi predisposto, preannuncio fin da ora che, in caso di dichiarazione di preclusione della votazione o di reiezione, sarà presentato come rapporto di minoranza.

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 Montagnino per la 5^a Commissione.

È approvato.

Risulta pertanto preclusa la votazione dello schema di rapporto presentato dalla minoranza.

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

Ringrazio il rappresentante del Governo, il relatore e tutti i senatori intervenuti per il proficuo lavoro svolto.

I lavori terminano alle ore 17,40.

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE N. 4886**Tabella 16.****12^a-16.Tab.16.5**

MANARA

Alla tabella 16, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

7.1.1.0 – Funzionamento:

CP: – 3.000.000.000;

CS: – 3.000.000.000;

7.1.2.6 – Prelievi e trapianti di organi e tessuti:

CP: + 3.000.000.000;

CS: + 3.000.000.000.

12^a-16.Tab.16.4

MANARA

Alla tabella 16, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

7.1.1.0 – Funzionamento:

CP: – 2.000.000.000;

CS: – 2.000.000.000;

7.1.2.3 – Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro:

CP: + 2.000.000.000;

CS: + 2.000.000.000.

12^a-16.Tab.16.3

MANARA

Alla tabella 16, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

7.1.1.0 – Funzionamento:

CP: – 1.500.000.000;

CS: – 1.500.000.000;

7.2.2.1 – Ricerca scientifica:

CP: + 1.500.000.000;

CS: + 1.500.000.000.

12^a-16.Tab.16.1

MANARA

Alla tabella 16, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

7.1.4.1 – Fondi da ripartire per oneri di personale:

CP: – 2.000.000.000;

CS: – 2.000.000.000;

7.1.2.6 – Prelievi e trapianti di organi e tessuti:

CP: + 2.000.000.000;

CS: + 2.000.000.000.

12^a-16.Tab.16.2

MANARA

Alla tabella 16, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

7.1.4.1 – Fondi da ripartire per oneri di personale:

CP: – 1.500.000.000;

CS: – 1.500.000.000;

7.2.1.1 – Ricerca scientifica:

CP: + 1.500.000.000;

CS: + 1.500.000.000.