



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 7

N.B. I resoconti stenografici per l'esame dei documenti di bilancio seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA

136^a seduta: lunedì 21 dicembre 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA**

(1791-B e 1791-ter) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2010 e bilancio pluriennale per il triennio 2010-2012, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– **(Tabella 14-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2010 *(limitatamente alle parti di competenza)*

(1790-B) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto. Rapporto alla 5^a Commissione: rapporto favorevole)

* PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 12
BASSOLI (PD)	10
CALABRÒ (PdL)	12
COSENTINO (PD)	5, 7
DE LILLO (PdL)	7
* GHIGO (PdL), relatore sulla tabella 14-ter e sulle parti corrispondenti del disegno di legge finanziaria	3
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	14

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

I lavori hanno inizio alle ore 10,35.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1791-B e 1791-ter) *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2010 e bilancio pluriennale per il triennio 2010-2012*, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– **(Tabella 14-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2010 *(limitatamente alle parti di competenza)*

(1790-B) *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)*, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto. Rapporto alla 5^a Commissione: rapporto favorevole)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1791-B (tabella 14-ter) e 1790-B, approvati dal Senato e modificati dalla Camera dei deputati.

Ricordo ai colleghi che in questa sede l'esame in Commissione deve limitarsi alle modifiche apportate dalla Camera dei deputati al testo della tabella 14-ter del bilancio – Stato di previsione del Ministero della salute – e alle parti corrispondenti del disegno di legge finanziaria.

Prego ora il senatore Ghigo di riferire alla Commissione sulle modificazioni introdotte dalla Camera dei deputati alla tabella 14-ter e alle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

GHIGO, *relatore sulla tabella 14-ter e sulle parti corrispondenti del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, per quanto riguarda innanzitutto l'Atto Senato n. 1790-B, le tematiche di competenza della nostra Commissione sono tutte contenute nell'articolo 2.

Prima di soffermarmi sul nucleo centrale del provvedimento, vale a dire la sottoscrizione del Patto per la salute e quindi del finanziamento a favore del sistema sanitario nazionale, vorrei richiamare alcune disposizioni che non fanno altro che confermare le indicazioni da noi già formulate nel corso della discussione dei documenti di bilancio in prima lettura qui in Senato.

In primo luogo, il comma 44 dell'articolo 2, nel confermare il testo approvato nel corso dell'esame in Senato, prevede un finanziamento di 15 milioni di euro per gli esercizi finanziari 2010 e 2011 e di 20 milioni di euro per l'anno 2012 per la produzione di farmaci biotecnologici, in favore del Consiglio nazionale delle ricerche e dell'ENEA. Tale previsione, lo voglio ricordare, riguarda specificamente alcune Regioni italiane.

Il comma 46 del medesimo articolo prevede poi uno stanziamento per la diffusione di defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni. Si tratta

di una disposizione della quale dobbiamo andare particolarmente orgogliosi perché essa è il risultato del recepimento di un emendamento proposto proprio da questa Commissione. Tale emendamento, che è stato sostanzialmente riconfermato nel corso della discussione alla Camera, prevede un'autorizzazione di spesa di 4 milioni di euro per il 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012. Credo che tale previsione sia assolutamente merito del lavoro della nostra Commissione.

Vorrei ricordare poi anche il comma 102, che reca una dotazione di 400 milioni di euro per l'anno 2010 per il Fondo per le non autosufficienze.

Tutti gli altri commi dell'articolo 2 riguardano il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, come avrete sicuramente già avuto modo di apprendere dagli organi di informazione. In particolare, come risulta dal comma 67, le risorse messe a disposizione sono pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per il 2011, con un incremento del 2,8 per cento sul 2011 per il 2012.

Nei commi successivi sono previsti poi dei meccanismi sui quali, se vorrete, potremo soffermarci nel corso della discussione; in ogni caso mi sento però di dire, anche in base all'esperienza che ho maturato come Presidente della Conferenza delle Regioni, che le Regioni hanno chiuso con il Governo un ottimo Patto per la salute. In particolare, mi permetto di dire che il ministro Tremonti è stato particolarmente generoso, al punto tale che qualche Presidente di Regione mi ha confessato di aver ottenuto più di quanto pensava di avere.

È questa un'importante dimostrazione del fatto che, a differenza di quanto qualcuno sostiene, l'attuale Governo riserva una particolare attenzione alle tematiche del sociale, considerato che lo stanziamento di una quantità di risorse così significativa per finanziare il sistema sanitario, in un momento di grave difficoltà economica, rivela certamente una notevole sensibilità per tali problematiche.

Per quanto riguarda le altre disposizioni, esse attengono agli aspetti più strettamente burocratici legati alla riduzione dei disavanzi strutturali e all'attuazione di una politica di controllo e di incentivazione alla buona amministrazione, o forse sarebbe da dire tecnicamente all'equilibrio di bilancio, con meccanismi di commissariamento.

La grande novità che viene però introdotta - e concludo, signor Presidente - è rappresentata certamente dall'innalzamento automatico dell'addizionale IRPEF e dell'IRAP per le Regioni commissariate. Il legislatore con questa disposizione, che è stata comunque approvata anche dalla Conferenza Stato-Regioni, ha inteso evidentemente introdurre il meccanismo per cui «chi rompe paga», nel senso cioè che chi produce il disavanzo se ne assume la responsabilità, per certi versi anche di tipo politico, attraverso un sistema di sanzione automatica che colpisce purtroppo, ahimè - ma le responsabilità politiche hanno questo significato - i cittadini delle Regioni con un sistema sanitario in disavanzo.

Per i motivi che ho addotto, e alla luce delle considerazioni svolte, sottopongo all'esame della Commissione la seguente proposta di rapporto

favorevole: «La 12^a Commissione, igiene e sanità, valutate positivamente le disposizioni contenute all'articolo 2, commi 66-68, recanti le norme attuative dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria (Patto per la salute) per il triennio 2010-2012, con particolare riferimento al fatto che il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010, a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011, mentre per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento; considerato che i commi 68-98 del medesimo articolo 2 provvedono a definire i meccanismi dei piani di rientro e di commissariamento onde raggiungere gli obiettivi di risparmio e di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, che sono tra gli obiettivi della legge finanziaria per il 2010; rilevato che l'articolo 2, comma 102, reca una dotazione di 400 milioni di euro per l'anno 2010 per il Fondo per le non autosufficienze; ritenuto che l'articolo 2, comma 44, prevede in favore di alcune regioni lo stanziamento di risorse allo scopo di promuovere la ricerca, con particolare riguardo alla produzione di farmaci biotecnologici; reputata apprezzabile, infine, la disposizione contenuta nell'articolo 2, comma 46, che autorizza la spesa di 4 milioni di euro per il 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012, finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, esprime rapporto favorevole».

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione generale.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, dirò subito la mia opinione e le ragioni per cui il Gruppo del Partito Democratico voterà contro il rapporto favorevole illustrato dal relatore, senza tuttavia entrare nel merito degli aspetti che non sono strettamente legati alla questione centrale dei piani di rientro.

Sicuramente in questa manovra finanziaria vi sono alcune disposizioni apprezzabili: penso, ad esempio, allo stanziamento di risorse per la diffusione dei defibrillatori, con cui si conclude finalmente una lunga vicenda seguita con tanta passione dal collega De Lillo; pertanto, considerato anche il clima natalizio, non possiamo che valutare positivamente la scelta che è stata compiuta.

Vorrei però invitare il relatore e la Commissione a riflettere sul complessivo quadro dei rapporti tra Stato e Regioni che viene a configurarsi per effetto di molte norme presenti nel disegno di legge finanziaria al nostro esame. Sarebbe utile, a mio avviso, una riflessione da parte nostra sulle procedure di definizione dei piani di rientro, ad esempio, oltre che sui commissariamenti, non essendosi registrato al riguardo alcun confronto di merito su tali scelte in quest'Aula.

Affinché non appaia tutto scontato, vorrei segnalare qui la curiosa contraddizione nella quale si trova, ad esempio, una Regione commissariata come il Lazio, a seguito delle decisioni assunte negli ultimi anni. In particolare, per una situazione paradossale, dopo la verifica da parte

del Governo del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro – che al tavolo tecnico, nel corso dell'ultima seduta, si sono detti raggiunti solo al 75 per cento – sono stati attuati i meccanismi punitivi previsti dalla normativa, in una situazione in cui peraltro chi dovrebbe attuare il piano di rientro è l'attuale commissario nominato dal Governo, il professor Guzzanti – esimia e stimatissima personalità del mondo della sanità italiana ed ex Ministro, noto a chi tra noi è stato assessore – non essendoci più né il Presidente della Giunta che, come ben sapete, è dimissionario, né la Giunta stessa, in carica per i soli atti di ordinaria amministrazione.

In questa riforma costituzionale che stiamo operando di fatto con provvedimenti di finanziaria e normativi di questo genere, sarà un po' difficile capire bene cosa le diverse componenti politiche diranno in campagna elettorale sulla sanità. Si dirà che le scelte che sta facendo il professor Guzzanti, nominato dal Governo, corrispondono a quelle del centro-sinistra e, quindi, ci si chiederà di chi sono le responsabilità del non avere raggiunto i risultati. Non lo dico per fare inutili polemiche, ma perché si rifletta insieme sui testi che arrivano al nostro esame e che appaiono, senza che ci sia stata discussione tra di noi, come una compiuta riforma delle procedure di rapporto tra Stato e Regioni che, di fatto, è una delle pochissime riforme vere di natura costituzionale che si sta ora compiendo. Spesso di riforme costituzionali si chiacchiera senza passare ai fatti.

Rispetto a temi quali il ruolo della Conferenza Stato-Regioni, federalismo, rapporti tra potere centrale dello Stato e autonomie e poteri regionali si modificano le cose senza renderci conto di come. Il come però pone dei problemi. Il fatto che nessuna componente che si presenterà alle elezioni nel Lazio potrà dire che le scelte in materia sanitaria non sono proprie perché la Regione è commissariata (e rimarrà tale sulla base delle normative vigenti per un almeno un triennio) e poiché il commissario è nominato dal Governo e non è il presidente della Regione, fa francamente riflettere su quali sono i modelli migliori per affrontare questi temi.

Si pone la questione del modello che scaturisce dalle severe normative in ordine ai commissariamenti che introducono altre norme sulle quali non abbiamo discusso. La decadenza automatica, per esempio, dei direttori generali significa il blocco del *turn over* senza deroga. Si dice che, nei casi in cui le Regioni non rispettano il piano di rientro, occorre avere il polso di ferro. Mi chiedo, allora, perché il Popolo della libertà abbia proposto che i commissari siano i presidenti delle Regioni, modificando una precedente normativa che invece escludeva questa possibilità.

Siccome queste normative prevedono l'abbattimento dal 7 al 5 per cento del margine di discostamento dall'equilibrio di bilancio, si pone anche la questione di quante altre Regioni rientrino in questi due punti percentuali.

Stiamo disegnando una riforma costituzionale che rimodifica fortemente il rapporto Stato-Regioni in materia di sanità. Abbiamo stabilito che le competenze statali si rafforzano enormemente, anche se molte non sono state assegnate al Ministero della sanità ma a quello dell'econo-

mia, mentre le competenze regionali vengono assoggettate a un percorso per il quale è il tavolo centrale, cioè il Ministero, a decidere le politiche regionali nella maggioranza delle Regioni italiane. Questo avviene con meccanismi normativi molto vincolanti perché, quando si parla di decadenza automatica dei direttori generali, ovvero quando si rinuncia a capire le ragioni delle differenze e si mettono in moto meccanismi automatici, questo non viene neanche compensato dal fatto che c'è una sussidiarietà e una solidarietà dello Stato, che interviene a sostegno delle Regioni a cui ha tolto il potere di decidere. Sono, infatti, i cittadini di quelle Regioni a pagare i disavanzi, visto che si stabilisce alternativamente l'aumento dell'IRPEF e dell'IRAP. Anche da questo punto di vista non c'è nessun contributo statale alla soluzione della crisi.

Di fronte a tanta severità e a tanta integerrima tutela dei limiti del bilancio pubblico, che è sacrosanta, colpisce il curioso comma 100 dell'articolo 2. Vista la tanta severità, pensavo si bloccasse il *turn over* senza eccezioni, nel senso che va via il caposala di una camera operatoria che fa tantissimi interventi e che non è possibile sostituire o il medico di pronto soccorso. Il comma 100 dell'articolo 2 ci fa sapere però che siamo sempre in Italia e che non bisogna prendere sul serio questa severità, giacché proroga al gennaio 2011 il termine entro il quale le Regioni devono garantire la cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture sanitarie private. Abbiamo capito tutto, salvo il fatto che la traduzione di questa norma burocratica significa che le strutture private continuano in accreditamento provvisorio. Gli accreditamenti provvisori non decadono con la stessa durezza di un anno fa e possono continuare indistintamente. L'accredimento provvisorio dà titolo a svolgere attività in attesa dell'accredimento definitivo. La Regione non può neanche intervenire con dei propri provvedimenti, quindi, se ne parlerà ancora fra un anno quando, forse, si rinvierà al prossimo. Stiamo commissariando la prevalenza delle Regioni, facciamo la faccia feroce contro i dipendenti pubblici. Il blocco delle assunzioni vale anche per le strutture accreditate private? La risposta è no. Come mai?

DE LILLO (PdL). Sono pagati a *budget*.

COSENTINO (PD). Sono pagati a *budget* ma, per esempio, negli ospedali classificati e nei policlinici universitari per i quali non vale il blocco del *turn over* fissato per legge, non sono pagati a *budget* perché si riconosce che devono essere pagati sui costi. Come mai? Come mai facciamo la faccia feroce con i dipendenti pubblici e non la facciamo invece in questo caso?

Noi voteremo contro, voi a favore e il provvedimento passerà, mi chiedo però se questa Commissione ha la voglia di mettere le mani sugli assetti istituzionali e di riflettere su quelli che si stanno determinando, sugli equilibri e sul quadro di norme e su ciò che si sta preparando per i prossimi mesi, all'indomani della tornata elettorale delle regionali. Una simile riflessione ci farebbe bene perché ci permetterebbe di capire se

stiamo disegnando con coerenza un sistema in cui c'è un ruolo centrale dello Stato con responsabilità e limiti e c'è un ruolo delle Regioni.

Vi segnalo oggi a futura memoria che, a mio parere, c'è una debolezza culturale nei piani di rientro per come sono stati sottoscritti dalle Regioni. Certamente ha ragione il ministro Sacconi quando dice che sono stati sottoscritti e presentati dalle Regioni e che noi non c'entriamo. Noi però stiamo facendo affidamento su quei piani di rientro perché si rientri dai disavanzi. Se per caso ci venisse il sospetto che quei piani di rientro non sono coerenti e in grado di raggiungere gli obiettivi indicati, per quanto tempo ancora andremo avanti con conti che non tornano, pensando che i piani di rientro debbano portarci nell'arco di uno, due o tre anni al pareggio di bilancio?

Da questo punto di vista vorrei sollevare qui alcune contraddizioni che, a mio parere, i piani di rientro presentano. Innanzitutto emergono gravi carenze nella definizione dei *budget* riferiti al settore privato: pochi mesi fa ci è stato detto, ad esempio, che la stessa Regione Sicilia aveva rinviato di un anno la definizione dei *budget* anche per le strutture private.

Un secondo profilo attiene alla valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo della spesa farmaceutica: la Regione Lazio e la Regione Sicilia, ad esempio, hanno pessimi sistemi di controllo e di rilevazione della spesa farmaceutica. A questo riguardo voglio far rilevare che nei piani di rientro non si prevede alcuno strumento per la riunione di specifiche competenze, né si contempla il trasferimento di *know how* o l'introduzione, anche in forza di legge, nelle Regioni in disavanzo di sistemi che già funzionano egregiamente in altre Regioni (Lombardia, Veneto o Emilia-Romagna): non c'è niente di tutto questo e la spesa farmaceutica continua a muoversi lungo linee già tracciate. Forse non è un caso che proprio le due Regioni che ho citato (Lazio e Sicilia) siano quelle con la più alta incidenza di spesa farmaceutica *pro capite* nel nostro Paese.

Mi chiedo poi se, in una logica che è ancora quella degli anni '80, sia possibile vedere oggi nella chiusura dei piccoli ospedali la soluzione per ridurre i disavanzi. Non sarebbe forse più moderno - mi permetto di obiettare - valutare l'effettiva capacità e qualità di risposta dei sistemi sanitari regionali ai bisogni di salute manifestati dai cittadini? In questo modo, infatti, si potremo certamente assistere alla chiusura di un po' di piccoli ospedali, ma forse sarà possibile mettere mano anche ad una riorganizzazione, sia pure parziale, di grandi ospedali. Così, ad esempio, si potrebbe prevedere una riorganizzazione per le diverse cliniche chirurgiche del Policlinico Umberto I di Roma: infatti, dal momento che parliamo in questo caso di una struttura con più di 120 posti letto, non sarebbe forse necessario un intervento di riorganizzazione per ridurre i costi ed aumentare la qualità del servizio offerto?

In quest'ottica ritengo che lo strumento dei piani di rientro non possa continuare a rimanere legato esclusivamente ad una logica di controllo e di contenimento della spesa pubblica, fondata rigidamente sul blocco del *turn over* e sulla chiusura dei piccoli ospedali, anche perché - in ragione di un principio di impenetrabilità dei corpi - potrebbe accadere ad un

certo punto che il blocco del *turn over* non si sostenga oltre una determinata misura e che la chiusura dei piccoli ospedali non dia alla fine i risultati indicati nei piani di rientro. Per fare un esempio – le cifre che richiamo sono vecchie, ma credo che il rapporto oggi non sia cambiato, anzi, forse è addirittura peggiorato – andava certamente chiuso l'ospedale di Valmontone, con meno di 120 posti letto e con una spesa di 6 miliardi di lire all'anno. Tuttavia, mi chiedo se sia sufficiente oggi limitarsi a chiudere tre o quattro ospedali come quello di Valmontone.

In verità dalla situazione attuale non si esce, se non mettendo mano alla riorganizzazione dei servizi e al collegamento in rete delle grandi strutture ospedaliere, oltre che rendendo flessibile l'operazione sul personale, e non solo attraverso il blocco del *turn over*, che è comunque una misura straordinaria, da adottare nell'emergenza.

Nella Regione Lazio, ad esempio, il blocco del *turn over* è in vigore da cinque anni: ma quanti anni può durare l'emergenza? Forse altri cinque? E cosa succede dopo cinque anni di blocco indiscriminato del *turn over*, se nessuno ha messo mano alla riorganizzazione della rete dei servizi, chiudendo ospedali, trasferendo personale e magari riunendo in un'unica struttura i pochi infermieri rimasti? Penso, per esempio, alle cliniche chirurgiche del Policlinico Umberto I e alla possibilità di ridurne il numero, concentrando anche il personale.

Questo tipo di intervento non è indicato però nel piano di rientro, né si sa se debba essere attuato dal Commissario nominato dal Governo, che sui giornali locali ha dichiarato di avere comunque un incarico a termine, e il cui problema principale sembra essere quello di arrivare al prossimo mese di marzo.

La questione è chiara e non attiene di certo al solo voto su questa legge finanziaria, che da parte nostra sarà negativo, come immagino la maggioranza si aspetti: la questione è più ampia e riguarda piuttosto il fatto che questa Commissione potrebbe dedicare forse anche solo la metà o un terzo delle sedute che ha svolto nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla RU486, ad esempio, per sviluppare una riflessione sulla situazione esistente oggi nelle Regioni coinvolte dai piani di rientro e sul valore dell'esperienza di questi piani.

A tal proposito, forse potrebbe essere utile ascoltare qui in Commissione, nel prossimo mese di gennaio, il responsabile del tavolo tecnico presso il Ministero dell'economia, in modo da acquisire elementi e reperire la necessaria documentazione, al fine di approvare – se fosse possibile e se anche la maggioranza fosse d'accordo – uno specifico atto di indirizzo sugli assetti, sulle procedure e sui modelli istituzionali, così da evitare che la competenza di questa partita si giochi esclusivamente, in forma procedimentalizzata, attraverso questo disegno di legge, tra Ministero dell'economia e Conferenza delle Regioni.

In questo modo si recupererebbe anche un ruolo centrale per le stesse Commissioni parlamentari che di solito, per la verità, è un po' al di sotto di quello che invece potrebbe essere. Spesso veniamo tagliati fuori dalle decisioni, e non si tratta solo di un problema di «pennacchi» del ruolo

del Parlamento. In realtà c'è anche un problema di merito, che forse varrebbe la pena cominciare ad affrontare, se consideriamo che un vero confronto sul sistema sanitario richiede l'intervento e il dialogo di tante voci, piuttosto che procedere a colpi di decisioni assunte dal Ministero dell'economia.

Si tratta certamente di scelte necessarie - lo ripeto - che in una fase di emergenza devono essere anche dure, ma un'emergenza che va avanti già da cinque anni e che si annuncia anche per i prossimi cinque non è più tale; al contrario, si delinea una situazione che tende a diventare costituzionalmente e politicamente insostenibile, a meno che non si abbia in mente un disegno diverso, per cui il federalismo si fa per tutto il resto ad eccezione che per la sanità, per cui si pensa di tornare invece ai tempi della «legge Mariotti».

BASSOLI (PD). Signor Presidente, credo che il senatore Cosentino abbia esposto egregiamente la posizione del Partito Democratico. Da parte mia, vorrei limitarmi ad offrire il mio contributo alla discussione, data la rilevanza dei temi che sono stati qui richiamati.

Innanzitutto vorrei esprimere la preoccupazione delle Regioni - e anche della mia - per il fatto che praticamente, in questi ultimi due mesi, i malati hanno visto chiudersi tutta una serie di possibilità di accesso ad alcuni servizi e prestazioni, spesso rinviati molto in là nel tempo, al 2010, con la conseguenza che, in casi di urgente necessità, si è costretti a richiedere una prestazione a pagamento. Si assiste quindi ormai ad una privatizzazione strisciante di tutte le prestazioni e questo, soprattutto per chi ha redditi molto bassi, crea non pochi problemi.

Vorrei peraltro rilevare che in questa finanziaria ritroviamo solo una parte delle risorse previste nel Patto per la salute sottoscritto dalle Regioni: in particolare, in luogo dei 1.600 milioni di euro in più previsti per il 2010, ci sono soltanto 584 milioni in finanziaria, così come, in luogo dei 1.719 milioni di euro previsti per il 2011, ce ne sono solo 419.

Quindi in questa finanziaria è stanziata solo una piccola parte, un terzo delle risorse che le Regioni hanno sottoscritto nel patto della salute. Questo ci fa temere che, se non ci saranno risorse aggiuntive in corso d'anno, probabilmente le risorse su cui il Governo si è impegnato resteranno in parte lettera morta.

L'altra preoccupazione riguarda gli investimenti. In due anni si è ridotta drasticamente la quota di risorse disponibili in questo settore per l'innovazione tecnologica delle nuove strutture e quella necessaria per la riorganizzazione delle vecchie strutture sanitarie. Vorrei far presente che i 24 miliardi stanziati con questa finanziaria (un miliardo in più rispetto a quelli previsti per il 2006) sono stati tagliati e dobbiamo considerarli anche alla luce dell'inflazione che nel frattempo c'è stata. Ci rendiamo così conto che questa cifra è assolutamente insoddisfacente e comunque è di carattere non definitivo perché annualmente le risorse messe a disposizione, nell'ambito di questi 24 miliardi, saranno quelle disponi-

bili in bilancio. Anche da questo punto di vista si tratta di cifre abbastanza ipotetiche.

C'è poi la questione del personale cui ha fatto riferimento il senatore Cosentino. Obbligare le Regioni a ridurre dell'1,4 per cento, rispetto alla spesa del 2004, i costi del personale vuol dire andare avanti in un'operazione che già in alcune Regioni si fa e cioè la privatizzazione della struttura pubblica. Intere porzioni di strutture pubbliche vengono privatizzate perché non c'è più personale in grado di svolgere questo tipo di attività. Si procede dunque con la privatizzazione all'interno delle stesse strutture pubbliche, con conseguente riduzione delle prestazioni e precarizzazione dei servizi (la precarizzazione si verifica infatti quando non c'è *turn over*).

Sulla questione dei disavanzi concordo con chi dice che la Commissione non è il notaio del Governo e degli accordi tra Governo e Regioni. Alla luce di come si sono sviluppati in questi anni i piani di rientro e di un'ulteriore stretta che mi pare vi sia in questa finanziaria, ci vengono richieste ormai da tempo delle riflessioni. Si dice che per superare i disavanzi si devono preparare dei piani di rientro. Faccio presente però che questi meccanismi di superamento dei disavanzi incidono ancora una volta sulla spesa privata. I cittadini sono coloro che pagano ormai profumatamente questi piani di rientro con l'aumento dell'IRPEF, dell'IRAP, dei *ticket* e la privatizzazione di molte prestazioni. Si trasferisce un pezzo sostanziale di questi *deficit* a carico dei cittadini. Sarebbe utile ai fini del rientro, fare un ragionamento volto a riorganizzare la spesa in campo sanitario senza per questo incidere sulla qualità dei servizi e senza, nello stesso tempo, incidere sul valore universalistico del nostro sistema sanitario. Questa sfida si vince cercando di entrare nel metodo di organizzazione dei nostri sistemi, cosa che purtroppo non è avvenuta.

Avevamo parlato anche in questa aula della necessità di riflettere sul sistema dei *Diagnosis related group* (DRG), riflessione che non abbiamo mai fatto. Questo sistema è da anni in funzione ma non abbiamo mai verificato come funzioni e quali sono i possibili correttivi da apportare. Il senatore Cosentino prima faceva riferimento a una riorganizzazione interna dei grandi ospedali; le chirurgie in questi anni sono aumentate a discapito, ad esempio, delle medicine perché i DRG delle chirurgie riescono a ripianare i bilanci delle aziende ospedaliere, mentre quelli delle medicine sono una palla al piede.

Accanto a questo tema, ricordo che l'OCSE indica che nel nostro Paese i parti cesarei sono allo stesso livello di quelli effettuati nel Messico. In nessun Paese europeo si rileva il nostro livello di parti cesarei.

Tutte queste questioni andrebbero messe, in qualche modo, sotto la lente di ingrandimento. Non possiamo stabilire che in situazioni di disavanzo paghino i cittadini, si blocchi il *turn over*, si riducano i piccoli ospedali senza individuare un criterio legato alla necessità di mantenere integro il concetto di universalità del nostro sistema e alla qualità che deve essere correlata anche alle modifiche epidemiologiche e anagrafiche che ci sono state nel nostro Paese. Per fare questo bisogna discutere di DRG e di riorganizzazione del sistema pubblico e privato in un unico si-

stema. Quando si tratta di riorganizzare, però, chissà perché il privato non rientra in questo unico sistema, che abbiamo definito pubblico-privato accreditato.

C'è anche bisogno di una riorganizzazione di tutto il sistema sanitario del territorio in rapporto a una rinnovata rete ospedaliera.

Vi è poi la questione degli accreditamenti provvisori che qui vengono toccati se non per dire che sono prorogati di un altro anno. Di anno in anno proroghiamo gli accreditamenti provvisori per evitare di riflettere anche su questo tema che è decisivo nella qualità del nostro sistema sanitario.

Queste sono le ragioni più politiche che contabili per le quali, come è stato già detto, il nostro parere è contrario.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

PRESIDENTE. Metto ai voti il rapporto favorevole alla 5^a Commissione, illustrato dal relatore Ghigo.

È approvato.

CALABRÒ (*PdL*). Signor Presidente, vorrei cogliere uno dei suggerimenti dati dal senatore Cosentino.

Credo che l'attenzione al bilancio (non so se questo stia accadendo solamente nelle Regioni con disavanzi economici), se coordinata e guidata essenzialmente dal Ministero dell'economia e da una visione economicistica e ragioneristica di come si possa rientrare nel bilancio, non faccia vedere le potenzialità riorganizzative che le Regioni possono avere. Non so bene come possa essere inquadrato quanto suggeriva il senatore Cosentino perché mi sembra una tematica complessa. Credo però che al riguardo sarebbe opportuno elaborare proposte mediante la definizione di uno specifico atto di indirizzo. Probabilmente questo potrebbe essere di aiuto – non serve a nulla come fatto cogente – alle Regioni che oggi mi sembra non riflettano assolutamente sulla posizione di riorganizzazione ma ragionino piuttosto semplicemente su una riduzione di spesa che molto spesso significa riduzione di qualità e di entità dell'assistenza e aumento di spesa privata per il cittadino.

PRESIDENTE. Cari colleghi, ho assistito da Presidente alla discussione e all'espressione del parere. Gli elementi introdotti dai senatori Cosentino, Bassoli e Calabrò mi inducono però ad esternare qualche riflessione.

Quando parliamo del blocco del *turn over*, ad esempio, del problema dell'accredimento provvisorio delle strutture sanitarie private e del sistema dei DRG, sono il primo a sottolinearne la rilevanza, anche in ragione della mia pregressa esperienza professionale in qualità di medico. Devo però dire – ahimè – che è troppo facile imputare oggi questi problemi all'attuale finanziaria e a chi governa *pro tempore*, mentre in verità

si tratta di mali antichi. A quanto ricordo, ad esempio, il blocco del *turn over* - più o meno con deroghe - esiste da almeno 15 anni, così come da tempo c'è il problema dell'accREDITAMENTO provvisorio che, mi perdonerà il collega Cosentino, gioca in maniera negativa soprattutto per gli istituti privati accREDITATI, perché sono quelli che tutto sommato, non avendo stabilità, non possono fare alcuna programmazione, oltre al fatto che, come ricordava il senatore De Lillo, vengono pagati sul *budget* alla base dei DRG e non su quello previsto per la spesa per il personale.

Ciò detto, si tratta comunque di argomenti importanti e la Commissione si dovrebbe fare protagonista di una riflessione al riguardo.

A tal proposito vorrei qui ricordare la proposta che è stata formulata dal senatore Bosone - e che ho già provveduto ad iscrivere tra i punti all'ordine del giorno dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi che si terrà il prossimo 12 gennaio - di chiamare a riferire in questa sede il Ministro per la salute in merito alla vicenda relativa ai rapporti istituzionali con le Regioni.

In ogni caso, si potrebbe prevedere anche il ricorso ad un meccanismo che per la verità non viene molto utilizzato, ma che in questa situazione, a mio avviso, potrebbe essere quello precipuo. Certamente la nostra Commissione può lavorare attraverso le indagini conoscitive, ma può anche richiedere l'assegnazione di un affare da parte del Presidente del Senato, al fine di svolgere approfondimenti ed elaborare proposte. Credo quindi che, se l'Ufficio di Presidenza si pronuncerà in tal senso, si potrebbe interloquire con il Ministro nel momento in cui sarà assegnato alla nostra Commissione proprio tale «affare», sul quale poi svolgere riunioni *ad hoc* per discutere ed approfondire le questioni, così da stabilire una base importante, non tanto per la valutazione di provvedimenti *in itinere*, quanto piuttosto per una riflessione fondamentale sulle riforme istituzionali in corso di definizione nel rapporto tra i diversi livelli di Governo con riferimento al settore sanitario, con specifico riguardo alle relazioni tra lo Stato centrale e le Regioni. A tale riguardo vorrei far notare che se prima, ad esempio, si parlava di competenza concorrente, ora si torna per certi versi ad una forma di centralizzazione: in ogni caso, credo che l'assegnazione di un affare alla nostra Commissione potrebbe rappresentare per noi l'occasione per offrire un contributo importante, in uno spirito costruttivo e veramente sinergico.

Credo che questa sia la strada da seguire e, se siamo d'accordo, non ho dubbi sulla disponibilità del Ministro in tal senso.

L'esame delle modifiche introdotte dalla Camera dei deputati ai documenti di bilancio per quanto di nostra competenza è così concluso.

I lavori terminano alle ore 11,25.

ALLEGATO

**RAPPORTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE SULLO
STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE
(DISEGNO DI LEGGE N. 1791-B e 1791-ter -TABELLA 14-ter)
E SULLE PARTI CORRISPONDENTI DEL DISEGNO DI
LEGGE N. 1790-B**

La 12^a Commissione, Igiene e sanità,

valutate positivamente le disposizioni, contenute all'articolo 2, commi 66-68, recanti le norme attuative dell'intesa Stato-regioni – in materia sanitaria (Patto per la salute) – per il triennio 2010-2012, con particolare riferimento al fatto che il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010, a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011, mentre per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento;

considerato che i commi 68-98 del medesimo articolo 2 provvedono a definire i meccanismi dei piani di rientro e di commissariamento onde raggiungere gli obiettivi di risparmio e di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, che sono tra gli obiettivi della legge finanziaria per il 2010;

rilevato che l'articolo 2, comma 102, reca una dotazione di 400 milioni di euro per l'anno 2010 per il Fondo per le non autosufficienze;

ritenuto che l'articolo 2, comma 44, prevede in favore di alcune regioni lo stanziamento di risorse allo scopo di promuovere la ricerca, con particolare riguardo alla produzione di farmaci biotecnologici;

reputata apprezzabile, infine, la disposizione contenuta nell'articolo 2, comma 46 che autorizza la spesa di 4 milioni di euro per il 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012, finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni,

esprime rapporto favorevole.

