

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 2003 E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 2003-2005 e relative NOTE DI VARIAZIONI (nn. 1827 e 1827-bis)

(Approvato dalla Camera dei deputati)

**Stato di previsione del Ministero della salute
per l'anno finanziario 2003
(Tabelle 15 e 15-bis)**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2003) (n. 1826)

(Approvato dalla Camera dei deputati)

IN SEDE CONSULTIVA

I N D I C E

MARTEDÌ 19 NOVEMBRE 2002

(1827 e 1827-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazioni, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

(1826) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), approvato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto e rinvio)

* PRESIDENTE:

– TOMASSINI (FI) Pag. 4, 13, 14 e *passim*
 CARELLA (Verdi-U) 13, 18
 CURSI, sottosegretario di Stato per la salute .13, 15,
 18 e *passim*

MASCIONI (DS-U)
 SALINI (FI), relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e
 sulle parti ad esse relative del disegno di
 legge finanziaria5, 13, 14 e *passim*
 SALZANO (Aut) 13
 * TATÒ (AN) 17

MERCOLEDÌ 20 NOVEMBRE 2002

(Antimeridiana)

(1827 e 1827-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio

pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazioni, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

(1826) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:

– TOMASSINI (FI) Pag. 20, 34
 * BIANCONI (FI) 26, 27
 * CARELLA (Verdi-U) 27, 31
 * LIGUORI (Mar-DL-U) 22
 LONGHI (DS-U) 24
 MAGRI (UDC: CCD-CDU-DE) 28
 MASCIONI (DS-U) 28, 29
 * TREDESE (FI) 20

MERCOLEDÌ 20 NOVEMBRE 2002

(Pomeridiana)

(1827 e 1827-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazioni, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

N.B.: I testi di seduta sono ripartati in allegato al Resoconto stenografico.

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC: CCD-CDU-DE; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Udeur-Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.

(1826) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:

- * – TOMASSINI (FI) Pag. 35, 40, 42 e *passim*
- * BAILO DOSSI (Mar-DL-U) 39, 40, 48
- * CARELLA (Verdi-U) 56
- * CURSI, sottosegretario di Stato per la salute .40, 55, 56 e *passim*
- DI GIROLAMO (DS-U) 35, 40, 55 e *passim*
- MAGRI (UDC:CCD-CDU-DE) 46, 55
- * MASCIONI (DS-U) 42, 45, 47 e *passim*
- * SALINI (FI), relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria 48, 49, 57
- SANZARELLO (FI) 47
- * SEMERARO (AN) 48
- TONINI (DS-U) 57
- ALLEGATO (contiene i testi di seduta) 59

GIOVEDÌ 21 NOVEMBRE 2002

(1827 e 1827-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazioni, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

(1826) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), 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:

- * – TOMASSINI (FI) Pag. 73, 74, 75 e *passim*
- * CARELLA (Verdi-U) 73, 74, 85 e *passim*
- COZZOLINO (AN) 73
- * CURSI, sottosegretario di Stato per la salute .74, 75
- DANZI (UDC:CCD-CDU-DE) 81
- * LIGUORI (Mar-DL-U) 83, 84
- * LONGHI (DS-U) 75
- MAGRI (UDC: CCD-CDU-DE) 84
- * MASCIONI (DS-U) 76, 86
- * SALINI (FI), relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria 73, 76
- SALZANO (Aut) 84
- SANZARELLO (FI) 81
- * SEMERARO (AN) 82
- * TONINI (DS-U) 78
- * TREDESE (FI) 80
- ALLEGATO (contiene i testi di seduta) 88

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

MARTEDÌ 19 NOVEMBRE 2002

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 15,25.

(1827 e 1827-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazione, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

(1826) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), 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 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazione» – Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003 (tabelle 15 e 15-bis) e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)», già approvati dalla Camera dei deputati.

Ricordo che, ai sensi dell'articolo 126, comma 1, del Regolamento, sui disegni di legge in titolo, per la parte di competenza della Commissione, dovrà svolgersi un'unica discussione generale.

Per quanto riguarda la presentazione di ordini del giorno, questi, ai sensi dell'articolo 127, comma 1, del Regolamento, devono esclusivamente concernere la materia di competenza della Commissione.

Per gli emendamenti al disegno di legge finanziaria, sede inderogabile di competenza è esclusivamente, ai sensi dell'articolo 128, comma 1, del Regolamento, la 5^a Commissione permanente. Nella Commissione di merito possono essere presentati unicamente emendamenti concernenti la legge di bilancio.

Premesso che l'unità elementare dello stato di previsione oggetto di approvazione parlamentare è costituita dall'unità previsionale di base – che è facilmente individuabile nelle tabelle per il fatto di essere contrassegnata con quattro cifre – faccio presente che in questa sede sono proponibili esclusivamente emendamenti compensativi concernenti lo stesso

stato di previsione, emendamenti che propongono riduzioni nette ad un singolo stato di previsione, non correlate con variazioni di segno opposto in altri stati di previsione e, infine, gli emendamenti privi di conseguenze finanziarie.

Invito il senatore Salini a riferire alla Commissione sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, colleghi, la nostra Commissione è chiamata ad esaminare congiuntamente in sede consultiva, per le parti di competenza, il disegno di legge n. 1826, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)», e il disegno di legge n. 1827, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005» e ad esprimere il suo parere.

I provvedimenti al nostro esame hanno, dal punto di vista generale, due chiavi di lettura. La prima di esse, caratterizzata da forti tensioni, è quella economica e riguarda, certo, l'andamento nazionale del momento, ma soprattutto lo scenario mondiale, entrambi dominati dall'incertezza. Incertezza, tensioni e precarietà sono gli elementi che si ripercuotono negativamente sull'andamento dell'economia nazionale. E tutti sappiamo che oggi più che in passato esiste una connessione forte fra diverse realtà. È in questo scenario che il Governo si è trovato a comporre la manovra finanziaria, fondata su dati previsionali e su previsioni degli indici di crescita.

Preliminarmente desidero qui ringraziare il Servizio studi e gli Uffici della 12^a Commissione per l'attenta analisi tecnica dei documenti contabili che hanno compiuto.

Per quanto concerne il disegno di legge finanziaria, le norme di competenza della 12^a Commissione sono contenute negli articoli 18, 21, 22, 24, 37, 38, 39, 40 e 59, cui deve essere aggiunto l'articolo 27 che concerne l'amianto e in particolare i contributi che vengono assegnati all'INPS per i lavoratori esposti a tale sostanza.

Il documento economico-contabile tiene conto di quanto gli anni 2001-2002 hanno rappresentato per la sanità italiana. È stato un periodo di tempo che, seppur breve, si è rivelato ricco di avvenimenti e di scelte di rilevante attualità. Mi riferisco all'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, al decreto legge n. 347, sempre del 2001, sulla normalizzazione della spesa sanitaria e all'aumento al 6 per cento del PIL del Fondo sanitario nazionale, provvedimenti che naturalmente fanno riferimento al Patto di stabilità che lega l'Unione europea e che oggi richiede la riduzione della spesa pubblica e un conseguente, radicale, ripensamento dello Stato sociale, a cui viene richiesto di soddisfare domande diverse gravando però sempre meno sui conti pubblici.

Una lettura politica, di riforma costituzionale, rappresenta poi un ulteriore passaggio: dal decentramento dei poteri iniziato con la legge n. 833 del 1978 e proseguito attraverso il riordino degli anni '90, nel quale ve-

niva già riconosciuto alle Regioni un ruolo fondamentale nella pianificazione, programmazione, organizzazione, finanziamento e autonomia del settore della sanità, si arriva alla modifica del Titolo V, parte II della Costituzione che ha introdotto i principi della potestà della legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e la potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità. In tema di organizzazione e quindi di gestione dei servizi sanitari si tende ad una graduale, ma reale devoluzione, tanto da far parlare tutti di anno zero della sanità decentrata e, quindi, di nuovi ruoli da assegnare allo Stato, alle Regioni e agli enti territoriali, *profit* e *no profit*.

Rientra nella competenza esclusiva dello Stato il compito di garantire a tutti equità, qualità, efficienza e trasparenza del sistema sanitario. Spetta sempre allo Stato evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere azioni correttive e migliorative; collaborare, altresì, con le Regioni per valutare la realtà sanitaria e migliorarla, tracciando le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiando i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica. Quindi occorre tendere ad una maggiore autonomia regionale per la programmazione di spese sanitarie adeguate alle singole, e non sempre omogenee, realtà territoriali, non solo in termini di erogazioni, ma anche di aspettative da parte del cittadino con riferimento ad alcuni servizi. Una ricerca condotta dal CENSIS ha evidenziato la necessità di razionalizzare l'organizzazione sanitaria nelle Regioni tenendo conto delle diverse richieste. Razionalizzare la sanità sul territorio non significa razionalarla, come invece qualcuno afferma. Pertanto, i profili connessi all'assistenza sociale devono trovare piena integrazione con il meccanismo dell'assistenza sanitaria.

Tra gli obiettivi strategici della politica sanitaria vi è quello dell'innovazione tecnologica, per il cui finanziamento credo che la Commissione dovrà impegnarsi.

Il federalismo, dunque, non deve essere mai disgiunto da una impostazione di tipo «solidale», atta a garantire su tutto il territorio italiano il rispetto dei livelli essenziali di assistenza predeterminati in materia di sanità dallo Stato, anche in ossequio ad un principio costituzionale ed etico di «universalità» sussistente in materia di tutela del diritto alla salute. La tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e la salvaguardia dei principi etici fondamentali, come l'opportunità e l'universalità di accesso, la distribuzione di servizi ed il finanziamento determinato dalla capacità contributiva dell'individuo, sono i pilastri del federalismo «solidale». L'intento del Governo è quello di provvedere a garantire con fermezza la reale espletazione dei diritti dei cittadini piuttosto che produrre beni e servizi; un Governo la cui passione deve essere quella di dirigere e non di remare. In ambito sanitario il principio di «sussidiarietà» verticale implica una diversa ripartizione di competenze tra lo Stato e gli enti territoriali.

Abbiamo parlato in questi anni degli obiettivi strategici del cambiamento. Dalla lettura dei documenti di bilancio emerge certamente una preoccupazione per le spese che continuano a crescere, come dichiarato dai

governatori delle Regioni, che cominciano anche a contestare l'accordo dell'8 agosto 2001. È compito invece del Governo attuare l'accordo sui livelli essenziali di assistenza e ridurre le liste di attesa. Questo tema viene riproposto con forza. Non bisogna dimenticare, però, quando si parla di omogeneità in termini quantitativi delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, che tra gli obiettivi strategici della politica sanitaria vi è quello dell'accrescimento degli *standard* qualitativi. Quindi dobbiamo cercare di sviluppare – come previsto – un sistema di indicatori continuamente aggiornati che ci consenta di conoscere lo stato dell'arte nelle varie Regioni per quanto attiene i livelli essenziali di assistenza.

La questione sociale dell'assistenza, credo, acquisterà sempre più valore perché, a mio avviso, la politica sanitaria «deve andare nel territorio» e se si vuole assicurare complessivamente un buon livello di assistenza sanitaria non si può prescindere dalle diversità delle situazioni; ve ne saranno alcune dove sarà preminente l'aspetto sanitario e secondario quello sociale, e viceversa. Occorre realizzare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza; mi sembra che ciò sia previsto dall'articolo 22 del disegno di legge finanziaria.

Con riferimento alle problematiche riguardanti più specificatamente i malati cronici e gli anziani, ritengo che a breve – data la serietà della tematica – dovrà essere riproposta una revisione dei livelli essenziali di assistenza.

Finora si è parlato poco di prevenzione. Esistono Regioni dove, in termini percentuali, ci si ammala di meno, ma si muore di più; ciò significa che la prevenzione primaria come quella secondaria molto probabilmente non hanno un livello qualitativamente elevato. Se questo è vero, credo che il discorso, affrontato qualche tempo fa anche in Commissione, a proposito dei finanziamenti concessi ad alcune Regioni che non è stato possibile utilizzare vada affrontato nuovamente attraverso una proposta modificativa al fine di evitare che le Regioni del Sud siano sempre più perdenti.

Da ultimo, da un punto di vista generale, desidero sottolineare gli elementi portanti per il servizio di qualità. Mi riferisco al fattore umano, al fattore sociale e al fattore fisico inteso come struttura. Dobbiamo prestare maggiore attenzione al fattore umano. Il settore pubblico normalmente lo ritiene poco importante immaginando che esso sia quasi un *optional*. Invece, una buona sanità non può che passare attraverso una responsabilizzazione di tutti gli operatori sanitari, a tutti i livelli, dall'infermiere al medico, con una divisione di compiti che non è stata finora realizzata in misura adeguata, pur essendo prevista dalla legge.

Nel prosieguo della discussione sui documenti di bilancio avremo modo di affrontare nuovamente tali tematiche, così come quelle relative all'attività libera professionale, al rapporto unico, agli infermieri generici o alle puericultrici.

Sono tanti i problemi sui quali insieme dovremo riflettere. Fra i tanti, ricordo quello dello *status* dei medici specializzandi, la cui mancata soluzione non può essere addebitata a questa maggioranza in quanto è un

problema che si trascina da diversi anni. Ricordo che sia nel 1998 sia nel 1999 la proposta di aumentare anche se minimamente le borse di studio, in rapporto alla svalutazione e in rapporto ai nuovi contratti di lavoro dei medici, non ebbe buon esito. L'ho ricordato non per essere polemico, ma perché i problemi sono talmente complessi che richiedono che ci si spogli dei rispettivi abiti politici per cercare insieme di migliorare una situazione che riguarda tutti.

Anche se avrei qualche altra cosa da aggiungere, chiudo qui la mia esposizione per quanto riguarda la sfera più generale. Potremo comunque riaffrontare il discorso degli specializzandi e della spesa sanitaria quando avremo l'occasione di entrare nel dettaglio dei vari articoli.

Il Presidente ha accennato alla riforma del bilancio attuata dalla legge 3 aprile 1997, n. 94, e dal decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279, e successive modificazioni. Tale riforma ha determinato la sostituzione dell'oggetto di approvazione e di modifica parlamentare. Quest'ultimo non è infatti più costituito dai capitoli di bilancio, ma dalle unità previsionali di base. I capitoli costituiscono, quindi, unità interne alle medesime e sono allegati al progetto di bilancio a soli fini conoscitivi.

Contestualmente all'entrata in vigore della legge di bilancio, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono determinati in via definitiva gli importi dei singoli capitoli, nell'ambito della dotazione finanziaria della relativa unità di base. Tale modulazione sviluppa – articolandone gli effetti tra i diversi capitoli – anche gli emendamenti approvati dalle Camere, che sono riferiti, come detto, allo stanziamento complessivo delle unità previsionali di base, a loro volta riferite ad un centro di responsabilità amministrativa: dipartimento, direzione generale o ufficio equiparato.

Ricordo altresì che variazioni compensative tra capitoli nell'ambito della stessa unità previsionale possono essere stabilite con decreto del Ministro competente, su proposta del dirigente generale responsabile.

Le suddette modifiche normative sono quindi intese a rendere più trasparente, elastica e controllabile la legge di bilancio e la relativa gestione.

Gli allegati al disegno di legge di bilancio distinguono le quote vincolate degli importi di spesa delle singole unità di base da quelle discrezionali.

Le quote vincolate sono rappresentate da tre raggruppamenti e consistono in spese obbligatorie in senso stretto (quali stipendi, pensioni e così via); spese determinate quantitativamente da norme di legge o secondarie, il cui importo non è suscettibile di modifiche da parte della legge di bilancio, e spese rientranti nella categoria residuale («altre quote» vincolate), costituita dalle spese né obbligatorie in senso stretto né discrezionali, quali, per esempio, le sovvenzioni da erogare ad enti pubblici per il ripiano del loro disavanzo e per lo svolgimento di loro funzioni fondamentali o le spese relative al personale che non siano obbligatorie in senso stretto (svolgimento di corsi ad esso relativi; concessione di buoni pasto e così via).

Lo stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003 reca una spesa complessiva – in termini di competenza, cioè di possibile impegno contabile – di 900,1 milioni di euro, di cui 821,6 milioni per la parte corrente e 78,5 milioni per il conto capitale.

In relazione ai residui passivi, preciso che essi sono costituiti, in linea di massima, dalle somme che, nell'esercizio finanziario precedente, sono state oggetto di impegno contabile, ma non effettivamente spese (in termini di cassa).

Per quanto concerne le autorizzazioni di cassa, la cosiddetta «massa spendibile», data dalla somma dei residui passivi e degli stanziamenti di competenza, ammonta per l'anno 2003 a 2.134,0 milioni di euro.

Passo ora alle tabelle A, B, C, D, E ed F del disegno di legge finanziaria, per le parti di competenza della Commissione igiene e sanità. In particolare, riguardo alla tabella B, rilevo che essa provvede alla costituzione del fondo speciale in conto capitale, con funzioni e caratteristiche identiche a quelle del fondo di parte corrente, e prevede per il Ministero della salute un accantonamento pari a 75 milioni di euro per ciascuno degli anni 2003-2005.

La tabella D provvede al rifinanziamento di leggi di spesa in conto capitale per un solo anno ovvero, qualora si tratti di interventi di sostegno dell'economia e sia previsto dalla specifica normativa, per uno o più esercizi del triennio di riferimento.

La tabella dispone – con riferimento allo stato di previsione del Ministero della salute – uno stanziamento di 100 milioni di euro per il 2005 relativamente alle norme di spesa di cui all'articolo 71, comma 1, della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (u.p.b. 2.2.3.3-cap. 7040).

Quest'ultimo riguarda interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. Il relativo finanziamento – in base alla legislazione vigente – termina nel 2002.

Riguardo agli articoli del disegno di legge finanziaria di interesse della nostra Commissione, l'articolo 18, comma 3, novellando il comma 1 dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 56 del 2000, sposta al 1° gennaio 2004 il termine per la cessazione dei trasferimenti erariali connessi con l'attribuzione di funzioni e compiti alle Regioni in attuazione del Capo I della legge n. 59 del 1997.

La disposizione in esame, oltre a dilazionare il termine al 1° gennaio 2004, esclude dai trasferimenti che saranno soppressi le risorse relative alle materie del trasporto pubblico locale e della salute umana e sanità veterinaria.

Le funzioni attribuite alle Regioni in materia di «salute umana» e «sanità veterinaria» sono quelle indicate nel titolo IV, capo I – Tutela della salute (articoli 112-127) del decreto legislativo n. 112 del 1998: profilassi e cura delle malattie umane e animali, igiene pubblica, controllo dei prodotti alimentari, disciplina delle professioni sanitarie.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 26 maggio 2000 quantifica le risorse necessarie all'esercizio delle funzioni (elencate in dettaglio nella tabella A) allegata al DPCM stesso) in 168 miliardi

di lire, da cui sono escluse le spese per il personale, determinato in numero di 32 unità, e dispone il trasferimento a decorrere dal 1° gennaio 2001. Le risorse e il personale sono stati poi ripartiti tra le Regioni con il DPCM 13 novembre 2000 e trasferiti a ciascuna Regione, nonché ripartiti tra la stessa e gli enti locali con i DPCM 22 dicembre 2000, uno per ciascuna Regione.

Successivamente, con DPCM 8 gennaio 2002 sono state individuate risorse aggiuntive per l'esercizio delle funzioni concernenti l'erogazione degli indennizzi ai soggetti danneggiati a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla legge n. 210 del 1992. L'onere presunto, relativo alle risorse da corrispondere per gli arretrati fino al 21 febbraio è «stimato» in lire 510.458.814.182 (pari a euro 263.629.976,28).

Per la definitiva determinazione delle risorse, gli enti titolari delle funzioni devono predisporre apposita rendicontazione entro il 30 giugno 2002.

Il comma 3 in esame sposta al 30 giugno 2003 il termine per l'emanazione di un DPCM, su proposta del Ministro delle finanze e del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, per la variazione delle aliquote della compartecipazione all'IRPEF nonché delle quote di compartecipazione all'IVA e all'accisa sulla benzina, al fine di assicurare la copertura degli oneri connessi alle funzioni conferite alle Regioni a statuto ordinario.

Il comma 6 dell'articolo 18, introdotto durante l'esame dell'Aula di Montecitorio, riguarda le competenze della Valle d'Aosta in materia sanitaria e dispone l'avvio della procedura per la revisione dell'accordo di cui all'articolo 34, comma 2, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge finanziaria.

I commi 7, 9 e 11 dell'articolo 18 riguardano la regolazione finanziaria dei rapporti tra lo Stato e la regione autonoma Friuli-Venezia Giulia. Il comma 7 attribuisce alla Regione una maggiore compartecipazione ai tributi erariali a decorrere dall'anno 2003, per far fronte alla copertura del maggior fabbisogno di spesa sanitaria, già finanziato a partire dall'anno 2002 e quantificato ora in 196 milioni di euro.

La disposizione in esame modifica la modalità di copertura del suddetto fabbisogno, anticipando al 2003 la definizione delle quote di compartecipazione ai tributi erariali prevista, nella legislazione vigente, al raggiungimento dell'importo massimo di 206,58 milioni di euro, cioè nel 2011.

Per i mutui già contratti dalla Regione ai sensi del citato articolo 101 della legge n. 388 del 2000, il comma 10 dell'articolo in esame conferma i limiti di impegno di 13 milioni di euro, vale a dire 25 miliardi di vecchie lire.

Il comma 11 dispone una riduzione delle devoluzioni alla regione Friuli-Venezia Giulia di 54 milioni di euro, come definizione dei rapporti finanziari pregressi tra lo Stato e la Regione.

L'importo costituisce infatti la differenza tra i crediti dello Stato in relazione alle maggiori entrate degli enti locali di cui al comma 7 e i debiti dello Stato per la copertura del maggiore fabbisogno sanitario relativo all'anno 2000.

Il recupero complessivo è effettuato nel triennio: 14 milioni nell'anno 2003 e 20 milioni in ciascuno degli anni 2004 e 2005.

Per quanto riguarda il comma 4 dell'articolo 21, in conformità a quanto disposto dall'articolo 48, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, espressamente richiamato, esso pone a carico delle amministrazioni di competenza, nell'ambito delle disponibilità dei rispettivi bilanci, gli oneri relativi: ai rinnovi contrattuali, per il biennio 2002-2003, del personale dei comparti degli enti pubblici non economici, delle Regioni e delle autonomie locali, del Servizio sanitario nazionale, delle istituzioni e degli enti di ricerca e sperimentazione e delle università, nonché degli enti indicati dall'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo n. 165 del 2001; alla corresponsione di miglioramenti economici per i professori e i ricercatori universitari, individuati attraverso il richiamo all'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001.

L'ultimo periodo del comma 4 in esame stabilisce che le risorse necessarie per il personale delle pubbliche amministrazioni non statali vengano quantificate dai comitati di settore – in sede di deliberazione dell'atto di indirizzo all'ARAN – sulla base dei criteri stabiliti per il personale dello Stato, di cui al comma 1 del presente articolo.

La relazione tecnica allegata al disegno di legge quantifica gli oneri relativi al comma 4 in 640 milioni di euro, aggiuntivi rispetto a quelli quantificati dalla relazione tecnica allegata al disegno di legge originario della finanziaria 2002, che ammontavano a 2.247,62 milioni di euro per gli anni 2003 e 2004. Ne consegue che gli oneri destinati a tale finalità per il 2003 ammontano a complessivi 2.887,62 milioni di euro.

Nel suddetto importo di 640 milioni di euro sono compresi gli oneri sociali a carico delle amministrazioni pubbliche in misura pari al 36,7 per cento.

L'articolo 22 reca norme in materia di assunzioni e organici e sull'Istituto superiore di sanità.

Il comma 9 definisce la cornice per l'accordo tra Governo, Regioni ed autonomie locali in sede di Conferenza unificata in materia in ordine alle assunzioni, nel 2003, di personale a tempo indeterminato da parte delle Regioni, delle province e dei comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti, che abbiano rispettato il Patto di stabilità interno per il 2002, degli altri enti locali e degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Il medesimo comma 9 pone una disciplina transitoria, da applicare fino all'emanazione – prevista entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge – dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di recepimento del summenzionato accordo. Quest'ultimo dovrà individuare i criteri e limiti per le assunzioni a tempo indeterminato per il 2003 in una cornice – fissata dal comma 9 in esame – che già individua le seguenti limitazioni: le assunzioni a tempo indeterminato devono comunque essere

contenute entro percentuali non superiori al 50 per cento delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso del 2002, tenuto conto, in relazione alla tipologia di enti, della dimensione demografica, dei profili professionali, del personale da assumere, della essenzialità dei servizi da garantire e dell'incidenza delle spese del personale sulle entrate correnti. La percentuale del 50 per cento fissata in linea generale conosce alcune eccezioni ed ulteriori limitazioni. Ricordo che essa non si applica al personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale e che gli enti del Servizio sanitario nazionale possono assumere esclusivamente personale appartenente al ruolo sanitario.

L'ultimo periodo del comma 9 demanda ai decreti del Presidente del Consiglio dei ministri già citati il compito di definire per le Regioni, per le autonomie locali e per gli enti del Servizio sanitario nazionale l'ambito applicativo delle disposizioni di cui ai commi 1, 2 e 3 del presente articolo 22.

L'ultimo periodo del comma 12 fa salve – dalla normativa restrittiva posta dal medesimo comma per le assunzioni a tempo determinato – quelle i cui oneri ricadono sui fondi derivanti da contratti con istituzioni comunitarie ed internazionali stipulati dagli enti di ricerca e, secondo quanto specificato con un emendamento approvato dalla Commissione bilancio della Camera, anche dall'Istituto superiore di sanità, dall'Agenzia spaziale italiana (ASI) e dall'ENEA.

Il comma 13, inserito nell'articolo in esame con l'approvazione di un emendamento in Aula alla Camera, autorizza uno stanziamento di 4 milioni di euro per l'anno 2003 a favore dell'Istituto superiore di sanità.

Il comma 18 autorizza alcune amministrazioni centrali alla prosecuzione del rapporto di lavoro a tempo determinato, fino al 31 dicembre 2003, con il personale assunto in base a specifiche disposizioni legislative.

La norma interessa, tra l'altro, il Ministero della salute (legge n. 494 del 2000: assunzione di medici, personale tecnico-sanitario e amministrativo e per le esigenze connesse al Giubileo del 2000).

L'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 24 estende il regime di «congelamento» per il triennio 2003-2005, di cui al medesimo comma 1, anche agli emolumenti, indennità, compensi e rimborsi spese erogati dalle amministrazioni pubbliche ad estranei – cioè a persone non dipendenti – per l'espletamento di particolari incarichi e per l'esercizio di specifiche funzioni (ad esempio, consulenti, componenti di commissioni in pubblici concorsi, eccetera.).

Sempre l'ultimo periodo del comma 1 stabilisce che le misure di congelamento si applichino anche alle borse di studio destinate alla formazione dei medici specialisti, il cui ammontare massimo a carico del Fondo sanitario nazionale resta consolidato in 162,683 milioni di euro (pari a 315 miliardi di lire) fino alla stipula del contratto annuale di formazione-lavoro previsto dall'articolo 37 del decreto-legislativo n. 368 del 1999, di recepimento della normativa comunitaria in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli. L'articolo 32, comma 12, della legge n. 449 del 1997 (provvedi-

mento collegato alla manovra di finanza pubblica per l'anno 1998) aveva inoltre consolidato l'importo di 315 miliardi di lire, a partire dall'esercizio 1998, come finanziamento per borse di studio per la formazione dei medici specialisti, sospendendo contestualmente, per il triennio 1998-2000, la rivalutazione prevista per tale finanziamento in relazione al tasso di inflazione e alla dinamica contrattuale del personale medico.

Quindi, per quanto riguarda gli specializzandi ci troviamo di fronte a due problemi: il primo riguarda il congelamento e l'altro il contratto di formazione e lavoro che gli specializzandi richiedono. Si pone cioè il problema della normalizzazione della figura degli specializzandi, poiché oggi non possono svolgere alcuna funzione se non in presenza del *tutor*. Il problema va visto, allora, sia dal punto di vista formale sia dal punto di vista economico e la sua soluzione potrebbe avvenire con una certa gradualità perché, vista la situazione attuale, i benefici offerti dall'attività degli specializzandi sono limitati dal fatto che essi possono svolgere determinate funzioni solo se il responsabile dell'unità operativa, il responsabile della scuola e il direttore sanitario se ne assumono la responsabilità.

SALZANO. Gli infermieri possono essere assunti, i medici invece nella misura del 50 per cento.

MASCIONI. Sì, rispetto al *turn over*.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Riguardo all'articolo 27 del disegno di legge finanziaria, ricordo che una legge dello Stato autorizzava l'assegnazione di fondi alle Regioni per il monitoraggio e il successivo smaltimento dell'amianto. Credo allora che quanto meno vada predisposto un ordine del giorno.

CARELLA (*Verdi-U*). L'articolo 27 riguarda le provvidenze per i lavoratori esposti all'amianto.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Reca contributi a persone che hanno contratto affezioni. Perché dare contributi quando invece bisogna fare un monitoraggio ambientale e poi andare allo smaltimento?

CARELLA (*Verdi-U*). L'articolo 27 riguarda il pensionamento dei lavoratori esposti.

PRESIDENTE. Sì, è argomento di competenza della Commissione lavoro e previdenza sociale.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Ma anche della nostra Commis-

sione, in quanto riguarda soggetti che hanno contratto affezioni per l'esposizione all'amianto.

PRESIDENTE. Mi dispiace interrompere i colleghi che partecipano con passione ai lavori, interessandosi anche a problemi che, pur non essendo strettamente sanitari, presentano una certa collateralità con la materia di nostra competenza, ma devo ricordare che nei tempi convenuti dobbiamo esprimere il parere sui documenti di bilancio per la parte di nostra competenza.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Il comma 1 dell'articolo 37, recante «Razionalizzazione della spesa sanitaria», assoggetta i cittadini che usufruiscono di cure termali, a decorrere dal 1° gennaio 2003, alla partecipazione alle spese fino ad un importo di 50 euro, anziché di 36,15 euro, come attualmente previsto dall'articolo 8, comma 15, della legge n. 537 del 1993, e successive modificazioni.

Ricordo, altresì, che il disegno di legge originario – così modificato dalla Camera – prevedeva un tetto di 70 euro. Da tale partecipazione restano esenti i soggetti individuati dal regolamento n. 329 del 1999 (che definisce le condizioni e le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza).

Il comma 2 dell'articolo 37, introdotto dalla Camera dei deputati, dispone che, a decorrere dal 1° gennaio 2004, la partecipazione alle spese per cure termali sia determinata nell'ambito degli accordi di cui all'articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323, qualora, in rapporto alle previsioni di spesa definite dai medesimi, si renda necessaria l'adozione di misure restrittive.

Il comma 4 dello stesso articolo, relativo ad adempimenti a carico delle Regioni per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, è inteso ad ampliare e specificare gli adempimenti che competono alle Regioni per il monitoraggio e controllo della spesa sanitaria – per questo è già stata approvata la legge n. 347 del 2001 – qualificandoli come condizioni per poter accedere agli stanziamenti statali del Fondo sanitario per gli anni 2003, 2004 e 2005 nella loro integrità. In base al comma 4 in esame, tra gli adempimenti ai quali le Regioni sono tenute, per accedere ai finanziamenti nella loro integrità, sono compresi anche quelli consistenti nell'attivazione sul rispettivo territorio del monitoraggio informatico delle prescrizioni mediche (farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere), secondo quanto già disposto dal decreto-legge n. 347 del 2001, all'articolo 2, comma 5, nonché nel contenimento dell'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, secondo quanto già concordato tra Stato e Regioni nell'accordo sui livelli essenziali di assistenza (LEA) del 22 novembre 2001, il cui contenuto è stato quindi trasfuso nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001. Fra gli adem-

pimenti posti a carico delle Regioni rientra anche l'adozione di opportune iniziative finalizzate a garantire l'erogazione continua delle prestazioni diagnostiche negli ospedali, anche per sette giorni la settimana, al fine di ridurre le liste di attesa. Sempre a carico delle Regioni vi è infine l'adempimento consistente nella previsione della decadenza dei direttori generali delle aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliere autonome che non conducano le medesime all'equilibrio economico.

MASCIONI (*DS-U*). E noi siamo d'accordo su questo.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Questo è un aspetto che va visto con attenzione, perché un disavanzo di 300 miliardi non può rientrare in una stagione, ma richiede un piano di rientro pluriennale. Ritengo perciò che su alcune questioni dovremo discutere, ma che troveremo un accordo.

Il comma 5 dell'articolo 37, concernente i *ticket* sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e altre prestazioni specialistiche, abroga l'articolo 85, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, come modificato dall'articolo 2 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405. Quest'ultimo prevede, a decorrere dal 1° gennaio 2003, la riduzione da 70.000 lire a 23.000 lire dell'importo massimo (per ricetta) a carico del cittadino delle spese relative alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e alle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle di fisiokinesiterapia e le cure termali (la misura eccedente tale limite è a carico del Servizio sanitario nazionale) e, a decorrere dal 1° gennaio 2004, l'abolizione di ogni partecipazione alla spesa per le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale.

I commi 6 e 7 riguardano le quote di spettanza delle aziende farmaceutiche, dei grossisti e dei farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali. L'articolo 1, comma 40, della legge n. 662 del 1996, e successive modificazioni, prevede i seguenti importi sul prezzo di vendita al pubblico (dei prodotti rientranti nel primo ambito sopra ricordato), al netto dell'IVA: aziende farmaceutiche: 66,65 per cento; grossisti: 6,65 per cento; farmacisti: 26,70 per cento.

In particolare, il comma 6 modifica i valori esposti nella precedente tabella, elevando – in base alla riformulazione operata dalla Camera dei deputati – dal 12,5 per cento al 19 per cento la quota di sconto per i casi in cui il prezzo sia superiore a 154,94 euro (circa 300.000 lire).

Il comma 7 concerne la corrispondente disciplina per i farmaci (sempre con rimborso, totale o parziale, a carico del Servizio sanitario nazionale) il cui prezzo sia contrattato con il Ministero della salute (su conforme parere della Commissione unica del farmaco, secondo criteri stabiliti dal CIPE). Inoltre, il comma 7 sopprime il secondo periodo dell'articolo 1, comma 41, della legge n. 662, stabilendo la conseguente rideterminazione dei prezzi dei medicinali in esame, in base all'applicazione

della normativa ordinaria sulle quote di spettanza (in favore dei farmacisti), come modificata dal precedente comma 6.

Secondo la relazione tecnica allegata al relativo emendamento, il comma 7 determina un maggiore onere pari a 22 milioni di euro annui.

Il comma 8 è stato inserito dalla Camera dei deputati. Esso concerne la revisione del prontuario farmaceutico. In una categoria terapeutica sono inclusi medicinali che, per forma farmaceutica, dose unitaria e numero di unità posologiche, consentono di effettuare un intervento terapeutico di intensità e durata sostanzialmente simile.

Il comma 9 dispone l'emanazione di decreti di natura non regolamentare del Ministro per l'innovazione e le tecnologie per la definizione delle modalità di assorbimento, in via sperimentale, della tessera recante il codice fiscale nella Carta nazionale dei servizi e per la progressiva utilizzazione di quest'ultima ai seguenti fini: il potenziamento dell'attivazione del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere; il contenimento della spesa sanitaria; l'accelerazione dell'allestimento delle reti informatiche relative al sistema sanitario e ai relativi rapporti con i cittadini e le amministrazioni (ad esempio, per la prenotazione di visite ed analisi).

Il comma 10 proroga al 2003 la validità di alcune disposizioni, limitative della possibilità per le imprese farmaceutiche di organizzare o di finanziare congressi, convegni e riunioni all'estero su tematiche aventi ad oggetto medicinali.

Il comma 11 dispone la riduzione del prezzo dei prodotti farmaceutici; i commi da 12 a 17, introdotti dalla Camera dei deputati, recano norme in materia di medicinali omeopatici.

Il successivo articolo 38, al comma 1 istituisce la Commissione unica sui dispositivi medici (CUD), senza oneri a carico del bilancio dello Stato. Il comma 2 stabilisce che sia il Ministro della salute a presiederla o il vicepresidente da lui designato.

L'articolo 39 riguarda gli incentivi per la ricerca farmaceutica. Esso introduce una forma di incentivo «premio di prezzo» per le aziende farmaceutiche che realizzano investimenti nella ricerca nel settore farmaceutico sul territorio nazionale. L'incentivo si applica nell'ambito della procedura negoziale del prezzo dei farmaci innovativi registrati con procedura centralizzata o di mutuo riconoscimento.

L'articolo 40 stabilisce la deducibilità delle erogazioni liberali a favore della ricerca sulle malattie neoplastiche.

Quanto all'articolo 59, il comma 13, che è stato inserito dalla Camera dei deputati, riguarda le condizioni alle quali è subordinata una quota del finanziamento integrativo da parte dello Stato per i disavanzi regionali, relativi al Servizio sanitario nazionale, per l'esercizio 2001. Tra tali condizioni vi è, in sintesi, la copertura dei maggiori oneri a carico delle medesime Regioni. Al fabbisogno residuo provvedono le singole Regioni, con propri mezzi di bilancio.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore per la sua esposizione.
Dichiaro aperta la discussione.

TATÒ (AN). Signor Presidente, ritengo che la manovra finanziaria per il 2003 oggi sottoposta al nostro esame debba essere giudicata positivamente, pur essendo suscettibile di alcuni interventi di perfezionamento.

È chiaro che la determinazione dei livelli essenziali di assistenza, effettuata con DPCM del 29 novembre 2001, costituisce una delle questioni di maggiore rilievo. Ricordo le perplessità espresse dalla Commissione igiene e sanità all'indomani dell'emanazione del citato DPCM in ordine non solo alle modalità della sua emanazione, ma anche con riferimento alla mancata definizione di criteri di uniformità, di equità e di efficienza. Al riguardo la Commissione aveva auspicato uno studio approfondito sulla problematica dei livelli essenziali di assistenza che prevedesse anche l'apporto di medici universitari, di esponenti del mondo sindacale, di giuristi e di economisti. La rivendicazione di tali criteri, individuati in base a previsioni più o meno differenziate, è già stata espressa da questa Commissione in occasione della discussione del Documento di programmazione economico-finanziaria del 23 luglio 2002 nonché in sede di esame del piano sanitario nazionale 2002-2004, con inevitabili riferimenti alla modifica dell'articolo 117 della Costituzione.

Questa manovra finanziaria, inoltre, sarebbe ottima se prevedesse una riduzione non esagerata del prezzo dei farmaci, tale da mantenere alta la competitività delle case farmaceutiche e, ancora, se offrisse ai circa 25.000 medici specializzandi che abbiamo in Italia l'opportunità di ottenere tutti i diritti connessi allo *status* di studente-lavoratore, in modo tale da conferire agli stessi maggiori garanzie di stabilità e maggiore tutela; ciò sia ai fini previdenziali sia per quanto riguarda la carriera e la disponibilità nei reparti. Ricordo, in proposito, che per quanto riguarda le assenze dai corsi di specializzazione è previsto che esse non possano superare i 30 giorni. Una specializzanda incinta ha dovuto frequentare il corso di specializzazione anche a gravidanza inoltrata per non essere penalizzata dalla detrazione dei giorni di assenza. Sto parlando di diritti che appartengono a tutti i lavoratori, previsti dal disegno di legge n. 368 del 1999 che, come è noto, è rimasto lettera morta. Sarebbe necessario, dunque, prevedere una copertura finanziaria atta a conferire ai medici specializzandi tutti i diritti connessi allo *status* di studenti-lavoratori giacché a tutti gli effetti essi sono lavoratori il cui impegno, tra l'altro, è forse maggiore rispetto a quello profuso dai medici strutturati.

Un altro nodo problematico la cui risoluzione renderebbe ottima questa manovra è quello riguardante la specialistica ambulatoriale interna. Si tratterebbe, per i medici che non possono rientrare tra gli strutturati, cioè per coloro la cui prestazione lavorativa non supera le 19 ore settimanali di predisporre dei contratti a termine oppure dei pacchetti contrattuali per un numero di ore settimanali inferiore.

Infine, la manovra sarebbe ottima se prevedesse per la specialistica ambulatoriale esterna un adeguamento delle prestazioni specialistiche,

che purtroppo non sono state più aggiornate dal 1991, pur essendo accertato che nell'ambito delle spese che gravano sulle strutture specialistiche (oggi definite accreditate e un tempo convenzionate) non si può non tener conto degli aumenti del materiale e degli stipendi del personale dipendente.

Voglio sperare che questa finanziaria non preveda, *dulcis in fundo*, la riproposizione di un emendamento, presentato nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati, che costringerebbe i medici che scelgono l'attività *extra moenia* a pagare 5.000 euro l'anno, cioè circa 10 milioni di lire, alle aziende ospedaliere. Mi sembra veramente una proposta fuori luogo, che giustamente la Camera ha bocciato. Non per fare dei riferimenti personali, ma ci sono medici, il 5 per cento di tutti i medici strutturati nelle aziende ospedaliere, che da sempre hanno optato per il tempo definito e che hanno lavorato alla stessa stregua dei medici che hanno scelto il tempo pieno. Esso sono privati dell'indennizzo dell'esclusività del rapporto, sopportano le spese di uno studio, le spese di gestione e del personale e ora, con questa proposta, si rischia di punirli perché, senza nulla togliere a chi ha preferito l'esclusività del rapporto, sono più bravi, più attivi. È inconcepibile che possa esservi una simile discriminazione, è inconcepibile che chi lavora oltre l'orario prestabilito venga penalizzato. Chi sceglie l'*extra moenia* e il pomeriggio, invece di praticare *hobby* o farsi una partita a carte, rimane in studio o nelle cliniche private o anche, perché no, convenzionate apporta un beneficio alla collettività. A differenza di quanto si è sempre creduto, questi medici non portano i malati dalle strutture pubbliche a quelle private: al contrario, portano dai loro ambulatori o dalle loro cliniche nelle strutture pubbliche i pazienti che si rivolgono a loro in quanto professionisti conosciuti, dei veri luminari a volte. Avviene quindi il contrario di quanto si è sempre creduto.

Concludo ribadendo il mio giudizio complessivamente positivo sulla manovra finanziaria per il 2003, certamente meritevole del parere favorevole di questa Commissione.

CARELLA (*Verdi-U*). Se è possibile, signor Presidente, vorrei dal relatore qualche chiarimento in più riguardo all'articolo 20 perché non riesco a trovare da nessuna parte quanto egli ci ha detto in proposito.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Sono arrivato deduttivamente a quelle osservazioni. Una prestazione di qualità però dipende da tre fattori: innovazione tecnologica, fattore umano, *comfort*. Senza l'articolo 20 non vi sono le condizioni per offrire una prestazione di qualità.

MASCIONI (*DS-U*). Ma in quale punto dell'articolo 20 si parla di questo?

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Quando parla di qualità della presta-

zione, di omogeneizzazione sul territorio nazionale, di universalità di accesso, di *standard* delle prestazioni sanitarie da assicurare a tutti. Se si toglie la possibilità di aggiornamento tecnologico, il riequilibrio delle strutture...

MASCIONI (*DS-U*). Ma dove è scritto?

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Quando si parla delle prestazioni di qualità; anche se certo sulle schede che abbiamo a disposizione non c'è l'articolo 20 anche perché la somma in bilancio viene iscritta dopo l'accordo di programma.

PRESIDENTE. Propongo di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti al disegno di legge di bilancio che, lo ricordo, devono essere tra loro compensativi, e degli ordini del giorno, che possono essere invece riferiti oltre che a quello di bilancio anche al disegno di legge finanziaria, per le ore 12 del 20 novembre 2002.

Poiché non ci sono osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito della discussione alla seduta di domani.

I lavori terminano alle ore 16,45.

MERCOLEDÌ 20 NOVEMBRE 2002

(Antimeridiana)

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 9,15.

(1827 e 1827-bis) *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

(1826) *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)*, 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 nn. 1827 e 1827-bis (tabelle 15 e 15-bis) e 1826, già approvati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame congiunto, sospeso nella seduta di ieri.

TREDESE (FI). Signor Presidente, nella parte del disegno di legge finanziaria che riguarda specificamente la materia di competenza della nostra Commissione sono contenuti alcuni punti che considero importanti.

Dalla lettura dei provvedimenti finanziari emerge che lo spirito con cui si affrontano i problemi è quello del contenimento della spesa. Con questa finanziaria però, come abbiamo già evidenziato tante volte, non si intende affatto distruggere il Servizio sanitario nazionale, come purtroppo si continua ad affermare. Proprio in questi giorni ho partecipato a due convegni di medici di base durante i quali è echeggiato lo stesso *leit-motiv*: «si vuole distruggere la sanità pubblica». Mi pare, però, che i provvedimenti finanziari al nostro esame non vadano in tale direzione.

Alcune disposizioni suscitano qualche perplessità, come, ad esempio, quella che introduce un *ticket* (che poi è stato modificato) sulle cure termali che è come un piccolo «panno caldo», a mio parere poco utile al contenimento della spesa.

Altre disposizioni normative sono, a mio avviso, importanti e molto utili, come quella, recata dall'articolo 38 del disegno di legge finanziaria,

relativa alla Commissione unica sui dispositivi medici. È la prima volta che, senza andare sempre e comunque nella direzione del contenimento della spesa farmaceutica, si considera anche la spesa per i dispositivi medici, che non credo sia mai stata quantificata finora, ma che ritengo sia sicuramente di grande entità. Proprio oggi su alcuni organi di stampa sono riportate alcune polemiche per quanto riguarda le valvole cardiache. Sappiamo quanto costano questi dispositivi, ma credo sia giusto che vi sia a livello nazionale una sorta di prontuario che garantisca, da una parte, la qualità e, dall'altra, il confronto dei prezzi. Per esperienza, infatti, sappiamo che essi sono estremamente diversi da regione a regione. Ripeto che nessuno ha mai controllato questa spesa, ma sono convinto che essa sia quanto meno pari, se non superiore, a quella farmaceutica. Alcuni dispositivi sono costosissimi; ad esempio, la sostituzione di un femore o l'applicazione di un *pace-maker* hanno un prezzo esorbitante e comunque differente da regione a regione. Per tale motivo, sono favorevole all'introduzione di una Commissione unica sui dispositivi medici.

Ritengo estremamente utile anche l'introduzione, di cui si parla da tantissimi anni, di una tessera sanitaria elettronica, perché permetterà innanzi tutto di tutelare meglio la salute del paziente, che «avrà in tasca» la sua storia personale, ed in secondo luogo di evitare sicuri sprechi nella spesa sanitaria. Infatti, come è stato ricordato anche in alcuni articoli giornalistici, un paziente che viaggia per l'Italia non cambia il medico (e, anche se lo cambia, non vi è comunicazione tra le Regioni); pertanto, è possibile che per quel paziente, che è partito dalla Sicilia, è passato in Calabria, è arrivato nel Lazio e poi è andato al Nord, si paghino quattro differenti quote a quattro medici diversi. Vi è, quindi, uno spreco di denaro non indifferente ed anche un'indebita assegnazione di quote. L'introduzione della tessera sanitaria elettronica eviterà il ripetersi di situazioni di questo genere e, quindi, anche di sprecare soldi inutilmente.

Sono d'accordo, poi, con la disposizione che stabilisce la deducibilità delle erogazioni liberali a favore della ricerca sulle malattie neoplastiche. È la prima volta che si prende in considerazione questa importante tematica. Sappiamo che in Italia il ruolo svolto dal volontariato è molto utile e la raccolta di denaro a favore delle associazioni che si occupano di ricerca raggiunge livelli molto alti. Il fatto di poter dedurre dalle tasse i contributi a tali associazioni è quindi un grande incentivo per chi è intenzionato ad effettuare donazioni.

Molto importante è inoltre la disciplina finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa, che però non ritengo sufficiente. È comunque estremamente positivo il fatto che le strutture tecnico-diagnostiche degli ospedali lavorino sette giorni su sette, perché sappiamo che i dispositivi medici utilizzano una tecnologia estremamente sofisticata e sono soggetti ad una facile usura; inoltre, il progresso tecnologico fa sì che una macchina, magari molto costosa, che oggi è innovativa, tra due anni sia obsoleta per cui dovrà essere sostituita. Se questa macchina non sarà stata utilizzata a pieno, allora si sarà realizzato uno spreco. Per cercare di ridurre al minimo

gli sprechi, mi sembra intelligente stabilire che questi strumenti siano utilizzati sette giorni su sette, magari anche 24 ore su 24.

Esiste poi tutta la problematica relativa ai medici. L'introduzione della riforma Bindi, che ha costretto molti medici a tornare in ospedale, ha allungato le liste di attesa. Sono convinto che l'attuale situazione dipenda anche da questo motivo.

Mi sembra paradossale che, anche se alcuni attaccano la sanità privata affermando che essa ormai sta dilagando (il che non è vero), per effettuare una gastroscopia in ospedale si debbano attendere tre mesi, mentre facendola a pagamento è possibile ottenere immediatamente un appuntamento. Anche questo non è utile per l'ospedale pubblico, che sembra sia diventato un luogo di commercio. Sono situazioni che si verificano tutti i giorni e che in molti pazienti creano confusione oltre che una mancanza di stima nei confronti della struttura pubblica.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, non sono molto d'accordo con tutte le iniziative che mirano a ridurla. Mi sembra, infatti, che si tratti della sesta o della settima manovra riguardante la spesa: essa risulterà sicuramente utile, ma – parlo a nome dei medici di base ed anche dei farmacisti – diventa difficile lavorare con modifiche quasi mensili delle regole in materia di prescrizione dei farmaci generici e di equivalenza. Questo sistema è complicato per il medico di base e crea confusione nell'utente che non sa mai quale farmaco gli viene prescritto, se quello «di marca» o quello generico, e quale prezzo dovrà pagare. Occorre quindi studiare un sistema che tenga conto delle esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria e contemporaneamente delle esigenze di chiarezza degli utenti.

LIGUORI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, non intendiamo certo assumere atteggiamenti ostruzionistici di alcun tipo in ordine a questo disegno di legge finanziaria, anche perché psicologicamente non è facile organizzare una polemica contro una manovra finanziaria che consideriamo deludente non per una contrapposizione di carattere politico, ma in quanto è priva di contenuti politici.

Rispetto a quanto abbiamo ascoltato nell'ultimo anno e mezzo, ci saremmo aspettati un cambiamento di rotta, se è vero – come viene più volte ricordato – che la riforma Bindi ha creato una serie di danni al sistema sanitario nazionale. Se, come spessissimo il Centro-destra ha fatto, si assume questa posizione, per il Governo e il Ministero della salute dovrebbe essere necessario, anzi obbligatorio, procedere ad una controriforma, una controriforma di cui, invece, non vedo neanche la minima traccia.

È vero che, come qualche collega ha detto, da ultimo il senatore Tredese, si avvertono segnali di novità: la tessera sanitaria; il meccanismo sanzionatorio premio-punizione previsto dall'articolo 37; la Commissione Unica del farmaco, chiamata a svolgere una valutazione anche di tipo economico, oltre che terapeutico, con tutto quello che di bene e di male vi è in questi mutamenti di impostazione; gli incentivi per la ricerca farmaceu-

tica, che dovrebbero però essere ulteriormente migliorati ricorrendo al «premio di prezzo», una dizione che andrebbe meglio specificata. Tutte queste novità sono però dei dettagli, mentre mancano gli indirizzi generali che avrebbero dovuto informare la manovra finanziaria relativa al settore della salute. Sempre il collega Tredese parlava poi di sesta o settima manovra sulla spesa farmaceutica, ma al riguardo va rilevato che si tratta di misure limitate nello spazio e nel tempo che non fanno capire a nessuno quale direzione si intende intraprendere.

Concordo sul fatto, l'ho detto e lo ripeto, che questo Governo non vuole distruggere la sanità pubblica. Non ho capito cosa vuole fare, però. È questo il punto. La finanziaria – sono d'accordo con il senatore Tredese – non mostra di voler distruggere la sanità pubblica, però vorremmo capire qual è la direzione che il Governo intende prendere in ordine al problema della sanità. Mi soffermo in particolare sull'articolo 37 del disegno di legge finanziaria, in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria. Tra i vari interventi in esso previsti, i più innovativi sono quelli relativi ai direttori generali e alla riduzione delle liste di attesa, che il ministro Sirchia non perde occasione per segnalare come un problema da affrontare e risolvere. Al riguardo, vorrei capire se il «significativo contenimento delle liste d'attesa» cui l'articolo 37 della finanziaria si riferisce ha una portata meramente nominalistica o ci porterà ragionevolmente a dei risultati. In proposito vorrei conoscere il pensiero dei colleghi, perché non credo che il contenimento delle liste di attesa si possa ottenere coprendo il servizio nei sette giorni della settimana col ricorso al lavoro straordinario e alla pronta disponibilità. Francamente, da una finanziaria che affronta questo tema divenuto ricorrente nella politica sanitaria del Governo ci saremmo aspettati qualche iniziativa in più, ma c'è di peggio, nel senso proprio del termine: il contenimento delle liste di attesa si deve raggiungere senza variazioni di spesa, il miracolo si deve fare senza disponibilità di risorse. Vorrei che questo schema ci fosse chiarito, perché il ricorso al lavoro straordinario e alla pronta disponibilità non necessita di essere fissato nella finanziaria trattandosi di strumenti contrattuali cui normalmente si fa ricorso in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere. Mi sembra, dunque, che si prospetti una risposta minimalista ad una questione che è strombazzata ad ogni pie' sospinto.

Riguardo ai direttori generali, ricordo poi che il decreto legislativo n. 347 del 2001 già prevedeva l'adozione di «misure», non ulteriormente specificate, a carico dei direttori generali che non avessero raggiunto l'equilibrio economico. Peraltro, come è ricordato anche negli appunti del Servizio studi, i risparmi derivanti dalla misura oggi proposta non sono puntualmente quantificabili. Viene da chiedersi se la previsione recata dall'articolo 37 della decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere sia una cosa seria o un processo che si vedrà come e quando mettere in atto. Voglio portarvi in proposito l'esempio di un'azienda sanitaria che conosco molto bene, la Napoli 1, la più grande d'Italia, che ogni anno «sfonda» per 6-700 miliardi di vecchie lire. Quale si-

gnificato ha la norma recata dall'articolo 37? Che questa ASL dovrà raggiungere l'equilibrio economico non appena questo disegno di legge finanziaria sarà diventato legge oppure ci troviamo di fronte ad un discorso fatto tanto per fare e che non porta ad alcuna conseguenza pratica? La sanità ha bisogno di norme chiare che correggano in modo serio ed effettivo le storture che esistono. La finanziaria muove invece in senso esattamente contrario ed esprime più concetti filosofici che iniziative concrete.

Ciascuno si è sforzato di dare di questa finanziaria l'interpretazione che poteva. L'amico Tatò, che nella sua onesta intellettuale ha provato a dare senso compiuto alle osservazioni critiche che pure ha mosso, ha sostenuto che quella al nostro esame è una buona finanziaria e che sarebbe ottima se in essa si fossero risolti i nodi della specialistica ambulatoriale e dei medici specializzandi e se si fosse affrontato diversamente il problema dei livelli essenziali di assistenza. Certo questa sarebbe una buona finanziaria se fosse diversa da quello che è. Ma non è neppure una finanziaria da combattere a voce spiegata, bensì una finanziaria che ci delude perché non contiene né le novità che erano state immaginate dal Centro-destra né un serio disegno di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Sui trasferimenti dei fondi si soffermerà poi il collega Mascioni; io mi limito qui a ricordare che non sappiamo neppure quali saranno i trasferimenti che concretamente saranno effettuati.

Per tutti questi motivi e non per una polemica strumentale, la nostra valutazione in ordine ai provvedimenti recati dal disegno di legge finanziaria nel settore di nostra competenza non può che essere negativa.

LONGHI (DS-U). Signor Presidente, colleghi, vorrei parafrasare il collega Tatò e dire che quella al nostro esame è una finanziaria pessima che potrebbe anche peggiorare grazie ad emendamenti del Governo e della maggioranza. Tentativi in tal senso sono stati già compiuti alla Camera e ci aspettiamo che altrettanto possa ripetersi qui in Senato. Essa eccelle, invece, in tutto quello di cui il governo Berlusconi è maestro: lo *spot* pubblicitario, la cura dell'immagine. Si proietta all'esterno come una finanziaria che dà, mentre è una finanziaria che toglie, soprattutto – nonostante i proclami del Governo e la riforma fiscale che porta le aliquote dal 18,25 al 23 per cento – alle fasce sociali più deboli. I pensionati, che hanno beneficiato dell'aumento fino ad un milione delle pensioni al minimo, finiranno col pagare caro l'aumento risibile che hanno ottenuto. Gli otto miliardi, più i quattro, più gli altri otto previsti dal Governo rappresentano entrate *una tantum*, che poi lasceranno tutto come prima.

Si è voluto negare la crisi economica e nel giro di un anno i dati sullo sviluppo del Paese sono stati rettificati almeno 3 o 5 volte; di fatto, la crescita è pari a zero a fronte di un'inflazione in aumento. Questa situazione è estremamente grave, ma il Governo cerca ancora di nascondere «la polvere sotto il tappeto». Tra l'altro, i tagli effettuati al personale degli enti locali, delle Regioni e del pubblico impiego rappresentano un rimedio limitato, perché non appena «si lascerà la presa» si faranno le assunzioni

negate prima e probabilmente anche qualcosa in più, considerando il rischio di un altro blocco delle assunzioni.

Il patrimonio immobiliare del Governo, una volta venduto, non ci sarà più e quindi saremo ancora più poveri.

Ritengo, poi, che i vari condoni fiscali o «tombali» siano chiaramente sovrastimati; tra l'altro, penso sia moralmente deprecabile che un Governo continui ad annunciare condoni, perché in tal modo anche chi vuole pagare le tasse, magari senza tanto entusiasmo, si affretta a non pagarle. Si premiano, quindi, i furbi e non gli onesti.

I tagli agli enti locali significano tagli anche alla sanità ed ai servizi sociali. Tutte le associazioni dei portatori di *handicap* hanno protestato per questi tagli, così come molte altre categorie: in qualche maniera, siete riusciti a scontentare l'intero Paese. Si lamentano i dipendenti pubblici e quelli privati; si lamenta persino la Confindustria, così come si lamentano la Confartigianato, la Confesercenti, la Confcommercio, e così via. Si lamentano i medici, anche quelli ai quali avete tentato di dire no in relazione alla scelta del medico. Dopo avere allettato con il 5 per cento praticamente solo i baroni della medicina, volevate far pagare anche un «pizzo» di 5.000 euro ai medici che hanno scelto l'attività *extra moenia*, proposta che, probabilmente, verrà ripresentata qui in Senato dopo essere stata bocciata alla Camera dei deputati.

Le associazioni dei portatori di *handicap* lamentano il fatto che sono stati tagliati i fondi finalizzati al progetto «Dopo di noi» per l'eliminazione delle barriere architettoniche; gli insegnanti di sostegno sono sempre di meno e coloro che pagheranno per questo saranno gli alunni che hanno bisogno del sostegno.

La manovra in campo sanitario contiene anche misure di sapore demagogico. Infatti, mentre si afferma – giustamente che bisogna tenere aperti gli ospedali sette giorni su sette per offrire un servizio migliore ai cittadini e per utilizzare al massimo le apparecchiature biomedicali, se occorre anche di notte, al fine di ammortizzarne il più possibile i costi, si prevede nel contempo una riduzione del personale medico pari al 50 per cento, accompagnata da un aumento solo degli infermieri, che però sarà virtuale, visto che non ci sono infermieri sul mercato. A ciò si deve aggiungere il taglio dei posti letto, soprattutto nei piccoli ospedali, che costringerà molti malati, soprattutto del Sud, a percorrere centinaia di chilometri per trovare un ospedale, con i conseguenti aggravii di spesa e i problemi sociali collegati al fatto che questi pazienti non saranno accompagnati dai parenti.

Quanto alla disposizione che rende possibile licenziare *tout court* i direttori generali delle aziende sanitarie che non raggiungono il pareggio di bilancio, ritengo si tratti di pura demagogia: in concreto questa misura servirà solamente per allontanare i direttori generali non graditi; rimarranno, invece, quelli vicini al potere politico del Governo o delle Regioni, anche se i bilanci delle aziende da loro dirette presenteranno «buchi enormi».

In definitiva, siamo di fronte ad una manovra finanziaria provvisoria, perché a primavera dovrete prevedere nuovi interventi finanziari. Forse darete la colpa alla mancata collaborazione del centro-sinistra: in realtà la responsabilità sarà di chi fino ad ora ha governato male e, tra l'altro, in modo instabile.

Credo che questa finanziaria infliggerà un colpo grave all'economia del Paese; io spero che dia un colpo grave anche alla credibilità del governo Berlusconi.

BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, signor Sottosegretario, mi sono molto appassionata al discorso del collega Longhi, rispetto al quale desidero intervenire per svolgere alcune brevi osservazioni.

Innanzitutto, si deve evidenziare che le finanze di questa nazione (che, ahimè, è in brutta compagnia con molti altri Paesi a causa di una forte depressione mondiale) non sono certamente state danneggiate dal governo Berlusconi, che indubbiamente si è trovato a navigare in acque difficilissime e a dover porre rimedio a scelte pregresse non molto felici.

Per quanto riguarda la questione delle barriere architettoniche, voglio sottolineare che nella mia regione, l'Emilia Romagna, che da sempre drena molte risorse per questo tipo di interventi, da moltissimo tempo risulta una giacenza di residui inutilizzati. Ripeto che si tratta di una Regione che ha sempre manifestato grande sensibilità e attenzione sui problemi attinenti ai disabili. Il fatto che sussistano consistenti residui è il segno evidente che un conto è stanziare i finanziamenti ed un altro conto è realizzare le opere. Mi sembra quindi sensata ed anche molto responsabile la scelta di procedere, in una situazione di oggettiva e generale difficoltà, ad una razionalizzazione delle risorse, che non implica affatto una diminuzione dell'attenzione rispetto ai problemi dei disabili, ma tende a ridurre la massa delle risorse residue inutilizzate. Non si tratta, pertanto, di una diminuzione della sensibilità delle forze politiche di maggioranza sui problemi attinenti ai disabili, ma del fatto che qualcuno deve cominciare a saper spendere quanto è stato messo a disposizione dallo Stato in tutti questi anni.

Il collega Liguori si domandava in quale direzione stia andando il nostro Servizio sanitario nazionale. Io rispondo che in questi mesi abbiamo approfondito questo ragionamento; il disegno di legge finanziaria si inserisce proprio in questo discorso più generale, all'interno del quale abbiamo affrontato le problematiche dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed il Piano sanitario nazionale. Tutto ciò ci dice in quale direzione sta andando il Servizio sanitario nazionale.

Ringrazio il collega Liguori per aver sostenuto che il Governo non vuole «distruggere» il servizio sanitario nazionale. È una dichiarazione molto importante, se si considera che negli ultimi mesi abbiamo dovuto affrontare l'accusa di essere degli Attila intenzionati a flagellare il Servizio sanitario nazionale.

La finanziaria, quindi, si inserisce in un contesto programmatico più generale che ben definisce i criteri cui deve essere improntato il Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda le disposizioni recate dall'articolo 37, comma 4, del disegno di legge finanziaria, ritengo che bene abbia fatto il Governo a richiamare l'attenzione sull'accordo dell'8 agosto 2001 e che abbia fatto benissimo a chiedere alle Regioni, che hanno la responsabilità gestionale in materia di spesa sanitaria, di monitorare adeguatamente tale spesa, in modo da fare finalmente chiarezza nel panorama sanitario. Lo Stato investe gradatamente sempre di più nella sanità, però chiede alle Regioni di assumersi una responsabilità molto forte, chiamandole, nel caso in cui non riescano a conseguire il pareggio di bilancio, ad effettuare un controllo delle loro spese ed eventualmente ad intervenire con le loro finanze, perché lo Stato non pagherà più a pie' di lista. Il meccanismo sanzionatorio delineato, inoltre, rappresenta una garanzia per le Regioni che hanno assunto atteggiamenti gestionali virtuosi. Infatti, sappiamo bene che, a fronte di situazioni che ingeneravano una spesa incontrollata e incontrollabile, la ripartizione del fondo sanitario nazionale non era equa. Da questo punto di vista, mi sembra dunque che si sia iniziata un'opera di trasparenza.

Rispetto al discorso della spesa farmaceutica e della revisione del prontuario farmaceutico, ritengo che siamo arrivati alla stretta finale. Abbiamo rischiato di avere 21 prontuari.

CARELLA (*Verdi-U*). Li abbiamo avuti.

BIANCONI (*FI*). Già in passato, proprio in questa sede, espressi la mia preoccupazione in proposito. Ora, con il riordino delle fasce si sta tentando di risolvere questo delicato problema. Spero anch'io che questa sia l'ultima di una serie di manovre che hanno messo in subbuglio non solo i farmacisti, ma anche gli utenti.

Aver riconfermato la questione dei *ticket*, delle cure termali e delle esenzioni la dice lunga sulla necessità in campo sanitario di contemperare la prevenzione da una parte e la corresponsabilità da parte del cittadino dall'altra. Al riguardo, ritengo che in modo equo, in particolare senza danneggiare le fasce sociali più deboli, si stiano razionalizzando molte situazioni.

Per quanto riguarda la disposizione concernente il licenziamento dei direttori generali che non conseguano il pareggio del bilancio, non dobbiamo dimenticare che una disposizione analoga era già contenuta in una normativa precedente che, dopo essere stata presentata da qualcuno come un fiore all'occhiello, non è stata però applicata. Se il direttore generale della Barilla cominciasse a «sforare» in maniera inconsulta, senza dare segno di capacità manageriali, verrebbe sbattuto fuori. I direttori generali, che sono dei liberi professionisti ed hanno un rapporto fiduciario con l'assessore regionale, devono sapere che la loro *mission* è controllata e controllabile. Poste le condizioni di una maggiore razionalità gestionale

e anche di una maggiore responsabilità da parte delle Regioni, anche questi direttori generali devono sapere che sono responsabili rispetto al denaro pubblico che sono chiamati a gestire.

Termino con un argomento che mi sta particolarmente a cuore quello dello stato giuridico dei medici alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale. Ritengo che aver ancorato allo Stato il corpo medico non sia corretto e che l'esclusività del rapporto di lavoro abbia penalizzato moltissimo le capacità professionali dei medici. Auspico che nell'ambito della finanziaria vengano individuate soluzioni chiare in un'ottica di tipo liberale, perché i medici, prima di essere dei lavoratori dello Stato, sono dei liberi professionisti. È all'interno di questa logica che dobbiamo assolutamente ricondurre la loro professione al servizio dei cittadini.

MAGRI (*UDC:CCD-CDU-DE*). Signor Presidente, colleghi, sono perfettamente d'accordo con la collega Bianconi quando afferma che non è da un provvedimento come la finanziaria che si può evincere la linea politica complessiva del Governo in materia sanitaria poiché, se la finanziaria ha il compito di distribuire le risorse, di fare scelte importanti per il bilancio, accanto ad essa ci sono, ci sono stati e ci saranno altri provvedimenti di maggior respiro, più organici e omnicomprensivi, dai quali è facilmente deducibile l'orientamento del governo Berlusconi in materia di sanità. È estremamente difficile cercare di vedere all'interno di una legge finanziaria una linea di tendenza, possiamo però compiere delle valutazioni su alcuni settori ed io, che faccio parte della maggioranza e sono favorevole al provvedimento, tenderò principalmente a puntualizzare gli aspetti che ritengo suscettibili di perfezionamenti e di modifica piuttosto che quelli – e sono la maggior parte – che condivido.

Ritengo che con questa legge finanziaria ci troviamo di fronte, ancora una volta, ad una logica emergenziale. Purtroppo, alcuni provvedimenti appaiono «slegati» dal resto e diventano comprensibili solo se, e qui ha ragione la collega Bianconi, li si riallaccia a provvedimenti precedenti. Come, con molta chiarezza, diceva ieri il relatore, alcune disposizioni sono volte a tamponare carenze nuove, mentre molte altre sono dettate dall'esigenza di sanare carenze e disfunzioni che sono state lasciate in eredità dai precedenti Governi. Mi riferisco a problemi sostanziali, la cui soluzione è attesa da decenni nel nostro Paese. Il Governo prova a dare delle risposte, cerca di individuare una soluzione a problemi annosi, ma viene, in modo abbastanza ridicolo, additato come il responsabile di tali problemi. La questione più eclatante in proposito, quella più esemplificativa è quella attinente ai medici specializzandi, una questione ormai decennale che è esplosa nel 1998. Nel 1999 gli specializzandi sono stati presi in giro: è stata preparata una bella legge e si è detto loro che se ci fossero stati i soldi sarebbero stati sistemati, altrimenti, come è avvenuto, la legge sarebbe rimasta agli atti e loro avrebbero dovuto arrangiarsi. Che nel 2002 i medici specializzandi ancora non abbiano avuto una risposta è grave, ma lo è anche considerare colpevole di questo chi ha la responsa-

bilità politica da un anno e mezzo e non chi l'ha avuta per tre anni e mezzo.

Riguardo alla tematica attinente all'esclusività del rapporto di lavoro dei medici, dobbiamo essere molto chiari. Lavoriamo in una situazione in cui le Regioni hanno remato, remano e hanno dichiarato che continueranno a remare contro in futuro. Il ministro Tremonti, quando ha affrontato questo problema in sede di Conferenza Stato-Regioni, si è trovato davanti un muro; è, dunque, abbastanza singolare questo sdoppiamento di personalità delle forze politiche di centro-sinistra che, mentre in ambito parlamentare accusano il Governo di essere incapace di portare avanti un provvedimento in materia, poi, in sede di Conferenza Stato-Regioni, si dichiarano totalmente contrarie ad esso. A questo punto, occorre che l'Ulivo chiarisca la sua posizione politica complessiva, smetta di essere una specie di «Giano bifronte» buono per tutte le stagioni e dica chiaramente cosa vuole in questo settore.

Un altro aspetto importante è collegato al problema dei farmaci. Sono d'accordo con voi – al riguardo devo richiamarmi purtroppo ad alcune mie precedenti dichiarazioni svolte in questa sede ed in Aula – sulla gravità del fatto che siano stati emanati così tanti provvedimenti volti a contenere la spesa farmaceutica; ciò è grave anche perché sappiamo – l'economia ce lo insegna e la finanziaria lo fa notare ancora di più – che il succedersi di piccoli interventi tampone, ben lungi dal dare una risposta complessivamente valida, comporta comunque un aggravio di spesa collegato alla necessità di mettersi in linea con le nuove normative.

MASCIONI (DS-U). È un problema della maggioranza!

MAGRI (UDC:CCU-CDU-DE). È quello che sto affermando, senatore Mascioni. Come ho detto, ho più volte denunciato che si tratta di un grande errore.

Ci si dovrebbe chiedere anche in questo caso chi rema in un senso e chi in un altro. A suo tempo, sono stati aboliti i *ticket*, con un aggravio di spesa imprevisto; successivamente sono mutate altre situazioni, compresa quella relativa allo sdoppiamento Stato-Regioni. Quest'anno abbiamo notato che quasi tutto è a carico delle prime dieci Regioni che hanno adottato il cosiddetto *ticket* leggero sui farmaci, ottenendo una riduzione del 10 per cento della spesa sanitaria. Questo dovrebbe dare qualche segnale, perché in quelle Regioni non si è deciso di non assicurare l'assistenza ai poveri né che i farmaci vanno solo ai ricchi, come qualcuno ha cercato, in maniera un po' puerile, di accreditare sulla stampa. In quelle Regioni, con una spesa minima, si è adottato un provvedimento che è riuscito a contenere la spesa, garantendo alcuni livelli di assistenza.

Siamo tutti schiavi – maggioranza ed opposizione – di una strana contrarietà ai *ticket*, che pure esistono anche in altri Paesi europei che vivono i nostri stessi problemi di Paese occidentale avanzato. Questo ragionamento, onorevoli colleghi, necessita di onestà intellettuale! Vogliamo realmente risolvere la questione o intendiamo continuare a cercare strane

soluzioni, affermando che i provvedimenti sulla spesa farmaceutica servono ad aiutare i più poveri e in qualche misura a ridistribuire la ricchezza anche nel settore farmaceutico? Si tratta di una considerazione ridicola. A fronte di un 1 miliardo e 700 milioni di ricette l'anno nel nostro Paese, basterebbe un *ticket* leggero di un euro a ricetta per conseguire un discreto risparmio. Si continua invece ad emanare provvedimenti che consentono recuperi limitati, senza prevedere una soluzione definitiva.

Vogliamo, allora, smascherare l'atteggiamento ipocrita di chi sostiene che il *ticket* garantisce i ricchi e colpisce i poveri? Vogliamo finirla anche con l'altra grande ipocrisia per cui, in sede di Conferenza Stato-Regioni, le Regioni si oppongono al *ticket* perché vogliono i grandi appalti diretti con le aziende farmaceutiche e gli acquisti paralleli? Vogliamo cominciare ad affrontare con onestà intellettuale i problemi di questo settore?

Il provvedimento proposto nel disegno di legge finanziaria è un ennesimo tentativo di affrontare solo parzialmente il problema. Tra l'altro, non capisco per quale motivo, mentre si riesce a tutelare le percentuali di guadagno dei farmacisti, si continua a togliere di volta in volta piccole percentuali alle aziende farmaceutiche. Anche a questo riguardo bisognerà svolgere un ragionamento. Vi chiedo (nel merito non ci sono «verginità», considerato il comportamento delle Regioni governate dalla sinistra) se è possibile continuare a ragionare in base al paniere europeo senza valutare le industrie farmaceutiche italiane. Non si può dimenticare che, quando abbassiamo in modo considerevole il costo di un prodotto commercializzato da un'azienda italiana, certamente otteniamo un risparmio diretto sulla spesa pubblica, ma immediatamente anche un minore introito dalla vendita all'estero per il riadeguamento del cosiddetto paniere europeo.

Vogliamo provare a ragionare al fine di creare comparti di ricchezza da distribuire in modo prevalente per la ricerca? Vogliamo iniziare a lasciare perdere i discorsi collegati alle malattie rare, ai cosiddetti «farmaci orfani» e all'oncologia (che sembra quanto di più importante sia stato approvato dalla Camera dei deputati) e cominciare ad affermare che la ricerca è tutta nobile? Vogliamo iniziare a dichiarare che, accanto alla *lobby* degli oncologi, che è venuta in grande auge con il ministro Veronesi (e continua ancora ad esserlo), dobbiamo considerare la *lobby* dei cardiologi, quella dei gastroenterologi e tutte le altre che, con la definizione di «*lobby*» subiscono un torto, ma possono portare avanti in modo più complessivo la ricerca nel nostro Paese?

Mi vergogno della disposizione di cui all'articolo 40, che stabilisce la deducibilità delle erogazioni liberali, fino a 500 euro, solo a favore della ricerca sulle malattie neoplastiche. A parte il fatto che a mio avviso le donazioni andrebbero detratte al 90 per cento o comunque in una percentuale alta che non corrisponda però al totale, per evitare di alimentare nuovamente tutta quella serie di giochi, giochini e giochetti che spesso fanno le fondazioni mediche, che è ora di denunciare, di razionalizzare e, in qualche caso, anche di moralizzare, ritengo che sarebbe opportuno estendere la disciplina sulla deducibilità anche alle donazioni a favore di altri importanti settori della ricerca medico-scientifica.

Detto questo, mi rendo conto che la manovra finanziaria nel suo complesso presenta margini di miglioramento e qualche punto di debolezza. Sarà nostro compito presentare emendamenti che riescano a migliorarla. Ad esempio, vorrei presentare un emendamento in relazione al problema dei medici specializzandi. Credo che, di fronte alla strana situazione in cui le Regioni affermano – mentendo e sapendo di mentire – di essere disposte ad accollarsi il 50 per cento della spesa se il Governo fa prima la sua parte, si debbano valutare provvedimenti che possano favorire in altro modo questo settore; ad esempio, non sarei alieno dal considerare positiva una norma in base alla quale gli specializzandi, qualora riscattassero tra il 2002 e il 2005, dal punto di vista previdenziale e normativo, gli anni di laurea e di specialità, potrebbero godere di un particolare sconto pari al 50 per cento del dovuto.

Nell'impossibilità di dare un riconoscimento economico, che va dato, perché gli specializzandi lavorano (diciamolo chiaramente) e quindi lo meritano, ed in attesa di adeguarci alla normativa europea come è nostro dovere (nel merito dovremmo approvare un ordine del giorno finalizzato ad un adeguamento in tempi brevi alla normativa europea), è necessario un riscontro normativo per esprimere un segnale di attenzione della maggioranza e dell'opposizione nei confronti degli specializzandi e per attestare il fatto che il problema di questa categoria di medici è degno di una soluzione. In un momento di difficoltà economica come l'attuale, nell'impossibilità di dare un riconoscimento concreto ed immediato, sarebbe opportuno prevedere a favore dei medici specializzandi adeguate facilitazioni economiche per quanto riguarda l'aspetto previdenziale. Credo che su questa linea sia la maggioranza che l'opposizione debbano avere il coraggio di assumere un impegno comune. Personalmente mi sono sentito toccato dai richiami che ci sono stati rivolti qualche giorno fa per invitarci ad essere concreti, coerenti ed uniti almeno sulle scelte di fondo.

CARELLA (*Verdi-U*). Signor Presidente, devo esprimere il mio sconcerto, che deriva non tanto dalla lettura del testo del disegno di legge finanziaria quanto da alcuni interventi contraddittori pronunciati da amici della maggioranza. La relazione del collega Salini si rifà a un testo diverso da quello che stiamo esaminando, perché molte delle sue affermazioni, specialmente quelle introduttive, non trovano riscontro nei documenti che il Governo ha presentato al Senato, almeno non lo trovano negli articoli del disegno di legge finanziaria di competenza della nostra Commissione. Altrettanto contraddittorie mi sono sembrate alcune affermazioni della senatrice Bianconi, secondo la quale il senatore Liguori avrebbe ammesso che non è intenzione di questo Governo smantellare il sistema sanitario pubblico. Il problema però non è se il Governo vuole o non vuole, è che nei fatti si sta andando allo smantellamento del sistema sanitario pubblico. Probabilmente questo Governo non lo vuole, ma di fatto è quanto sta avvenendo. Probabilmente il Governo intendeva attuare una controriforma, ma non è riuscito in questo intento perché non ha la capacità né le idee necessarie, come è dimostrato dal fatto che il Ministro della

salute nel corso dei 500 giorni del suo governo ha cambiato 500 volte strada. È un Ministro che non ha una bussola, un punto di riferimento.

Vorrei sottoporre alla maggioranza e soprattutto al sottosegretario Corsi una domanda cui ritengo sia fondamentale cercare di dare una risposta, pena il rischio di continuare a discutere su questioni ed argomenti di scarsissimo interesse. L'intera Commissione e anche il Ministro della salute, esaminando un mese fa il Piano sanitario nazionale, hanno individuato come obiettivo strategico del nostro sistema sanitario – lasciamo stare se lo si vuole demolire o no – la rimodulazione della rete ospedaliera, da attuare con la creazione di centri di eccellenza e trasferendo risorse da un settore come l'ospedale, forse pletorico, per destinarle alla realizzazione di una rete di assistenza diffusa sul territorio. Su questi temi siamo tutti d'accordo, mi chiedo però, se questo è l'obiettivo, dove sono gli investimenti, le risorse per raggiungerlo. L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, che è la pietra miliare di tutte le leggi finanziarie che a partire dall'anno scorso in poi abbiamo discusso e discuteremo per quanto riguarda la materia della sanità, si poneva questi stessi obiettivi, che sappiamo che difficilmente potranno essere realizzati perché all'interno di quell'accordo vi sono aspetti che destano grande preoccupazione e che cercherò di riprendere a conclusione del mio intervento.

La mia domanda, la domanda che rivolgo al Governo e ai colleghi della maggioranza è questa: è immaginabile rimodulare la rete ospedaliera e creare una rete di strutture territoriali in assenza di investimenti destinati a tali finalità? Inoltre, occorre chiedersi se la rete di assistenza non ospedaliera costa meno dell'ospedale. Io ritengo che la rete di assistenza diffusa in servizi abbia gli stessi costi della rete ospedaliera. Noi abbiamo bisogno di ammodernare, di riqualificare la rete ospedaliera, di creare una rete di assistenza diffusa. Non dobbiamo inoltre dimenticare che molti ospedali non sono in condizioni di sicurezza. Non trascuriamo questo tema, non ricordiamoci della sicurezza delle strutture pubbliche solo quando, come è avvenuto in Molise, capitano le disgrazie. Ma come si fa a realizzare questo obiettivo se la tabella D non prevede neanche un soldo per gli investimenti? Di fatto, a queste domande non si dà una risposta concreta: i proclami e le dichiarazioni di buona volontà non bastano. Non serve neppure chiedersi perché non si ridiscute la politica dei farmaci o perché non si realizza questo o quell'intervento. Ciò di cui dobbiamo prendere atto è che nella tabella D del disegno di legge finanziaria non ci sono stanziamenti finalizzati ad investimenti. Questo è il segno che la politica di questo Governo, ma in parte anche di quelli che lo hanno preceduto, è ispirata da una «filosofia» obsoleta, secondo la quale la salute rappresenta non un investimento, ma soltanto una spesa. Si ritiene che gli investimenti riguardino le autostrade, i ponti sullo stretto di Messina, ma non la sanità, perché la salute non è intesa come una risorsa, bensì come un costo sociale. La salute, invece, è un investimento ed è di questo che io vorrei discutere, collega Magri, e non dei vari commi dell'articolo 37. È una discussione che non mi appassiona, perché, il collega ha ragione, si affrontano con le stesse logiche vecchie questioni. C'è ad esempio chi

pensa che intervenendo sulla spesa farmaceutica si possano risolvere i problemi della sanità italiana. Così non è. Non affermo che la spesa farmaceutica non dovrebbe essere controllata, al contrario, ma questo non perché essa è una spesa, bensì perché i farmaci possono fare male: sono importanti, ma un loro eccessivo consumo danneggia la salute. Affermiamo questo principio e affrontiamo la questione.

Non convince inoltre, dopo l'oggettiva distruzione di un settore industriale trainante del nostro Paese qual è quello farmaceutico, l'incentivo alla ricerca previsto dalla manovra in esame. Mi chiedo come si possa pensare di incentivare la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica di un settore industriale così importante del nostro Paese, come si possa pensare che l'Italia possa competere alla pari con gli altri Paesi sviluppati prevedendo un incentivo, assolutamente incongruo, che ammonta a poco più di 10,2 milioni di euro, cioè 20 miliardi di vecchie lire. Si tratta veramente di un contentino, concesso dopo aver penalizzato l'industria farmaceutica e la ricerca per altre vie.

Infine, signor Presidente, c'è un dato che caratterizza questo disegno di legge finanziaria. I commentatori politici, spesso anche i colleghi della maggioranza, descrivono il Ministro o il super Ministro dell'economia e delle finanze come un Ministro creativo. Devo riconoscere al ministro Tremonti di essere dotato di una certa furbizia, ma non di creatività. La sua furbizia sta nell'aver predisposto un provvedimento finanziario che affronta in modo astuto gli aspetti della politica sanitaria. Infatti, se si legge l'articolo 37, il più significativo per la sanità (tralasciando altri articoli che affrontano solo marginalmente tale materia), si è portati a ritenere che il disegno di legge finanziaria non produrrà conseguenze negative per il settore sanitario. Il cittadino che leggesse l'articolo 37 del disegno di legge finanziaria potrebbe anche arrivare alla conclusione che non ci si può lamentare, perché in fondo si è tentato di introdurre i *ticket* per il settore termale, grazie alla *lobby* del termalismo e alla sensibilità dei parlamentari della Camera dei deputati che hanno contenuto la volontà di inasprire la normativa relativa alle cure termali, un settore considerato trainante nel nostro Paese. Se però si legge attentamente l'articolo 37, ci si accorge che in realtà l'erogazione di maggiori risorse alle Regioni è del tutto fittizia in quanto si introducono nel contempo lacci e laccioli che rendono queste risorse non disponibili. La situazione è identica a quella di un genitore che dice al suo bambino: «Questa è la marmellata, che però tu non potrai mai assaggiare!». Sarà impossibile, infatti, per molte Regioni meridionali rispettare gli impegni, che tutti avete contestato, fissati dal fatidico accordo dell'8 agosto 2001, che, tra l'altro, prevede la riduzione dei posti letto da 4,5 a 4 per mille abitanti ed un tetto del 13 per cento per la spesa farmaceutica. Vorrei sapere come si fa ad ignorare che la riduzione da parte delle Regioni dei posti letto è destinata a creare disordini popolari, quali quelli già verificatisi – l'amico Tatò lo sa bene – in Puglia. Come si può pensare di chiudere gli ospedali senza avere stanziato le risorse necessarie per realizzare una rete alternativa di assistenza diffusa sul territorio? Di fatto, nella tabella D non sono previsti investimenti destinati a questa

finalità. Come è possibile pensare che le Regioni possano rimanere sotto il tetto del 13 per cento considerato che oggi – come risulta da articoli recentemente pubblicati da riviste specializzate del settore – la media della spesa farmaceutica nazionale è circa del 15,5 per cento? Sappiamo che ci sono Regioni virtuose ed altre che storicamente lo sono meno. Mi chiedo come farà la Campania (non cito più la Puglia, perché rischio di essere noioso), una regione del centro-sinistra, governata dal super presidente Bassolino, a rispettare la soglia del 13 per cento, considerato che oggi la sua spesa farmaceutica si aggira intorno al 22-23 per cento. Come è possibile che questa Regione, come altre, possa riuscire a rispettare quanto stabilisce l'accordo dell'8 agosto 2001?

Nel comma 4 dell'articolo 37 si prevede che le Regioni attivino nel proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, che adottino criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni tali da rispettare il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità, che attuino, nella prospettiva del contenimento delle liste di attesa, iniziative dirette a favorire il funzionamento a tempo pieno delle strutture sanitarie. Tutto ciò si aggiunge a quanto già previsto dall'accordo dell'8 agosto 2001, senza che siano previste le risorse necessarie per dare concretezza agli impegni assunti.

Queste considerazioni non mi portano solo a formulare un giudizio negativo sul provvedimento finanziario, ma anche a temere per le sorti del nostro sistema sanitario. Non si tratta di esprimere un'opinione sull'ipotesi della sua distruzione; si tratta di prendere atto che questo sistema rischia di essere smantellato dalla politica sanitaria del Governo.

Questa politica ha, tra l'altro, ispirato la disposizione che prevede il licenziamento dei direttori generali che non riescano a raggiungere il pareggio del bilancio. Considerata la mancanza di risorse che caratterizza molte realtà territoriali, l'obiettivo del pareggio del bilancio non potrà essere conseguito, in molti casi, se non tagliando i servizi erogati agli utenti. Ciò non può non destare grande preoccupazione.

Credo di avere sufficientemente chiarito che la mia contrarietà al disegno di legge finanziaria non nasce dalla mia appartenenza politica bensì dalla preoccupazione per le sorti del sistema sanitario pubblico che io intendo difendere dal rischio di distruzione recato dalle disposizioni in materia contenute appunto nel disegno di legge finanziaria.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei documenti in titolo alla seduta pomeridiana di oggi.

I lavori terminano alle ore 10,20.

MERCOLEDÌ 20 NOVEMBRE 2002

(Pomeridiana)

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

(1827 e 1827-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazioni, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

(1826) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), 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 nn.1827 e 1827-bis (Tabelle 15 e 15-bis) e del disegno di legge n. 1826, già approvati dalla Camera dei deputati, sospeso nella seduta antimeridiana di oggi.

Riprendiamo la discussione.

DI GIROLAMO (DS-U). Signor Presidente, il mio intervento sarà incentrato soprattutto sugli aspetti generali del disegno di legge finanziaria e sulle questioni politiche ad esso sottese, poiché sulle questioni specifiche della sanità già alcuni colleghi sono intervenuti e altri lo faranno nel prosieguo del dibattito odierno.

Da parte mia ritengo che questa sia una finanziaria inadeguata, sbagliata e financo pericolosa e cercherò di motivare i termini piuttosto forti che ho usato.

È una finanziaria inadeguata perché di fatto continua a muoversi nel solco che il Governo ha abbondantemente percorso in questo anno, il solco in cui, con tutta probabilità, offre i risultati migliori: quello cioè di dare i numeri, in senso sia letterale sia politico. Il disegno di legge finanziaria prevede infatti una manovra di venti miliardi di euro, una cifra che dubito fortemente si riuscirà a raggiungere, almeno stando agli ultimi dati economici recentemente comunicati dal Governatore della Banca d'Italia e da Eurostat. Pur se si riuscisse a raggiungere le cifre previste – cosa

questa, ripeto, su cui esprimo fortissimi dubbi –, ciò non basterebbe comunque a mantenere i conti dello Stato nei parametri previsti dalla Commissione europea. Pertanto, già da oggi è necessario prevedere una manovra correttiva e aggiuntiva, ipotesi che lo stesso Presidente del Consiglio ha già iniziato a ventilare.

Non posso poi non rilevare che in questo anno e mezzo di governo il Ministro dell'economia ha adottato un comportamento – a cui però tutto il Governo ha dimostrato adesione – che non esito a qualificare irresponsabile.

Può essere utile in proposito ricordare i dati di previsione economica, riportati in documenti ufficiali presentati dal Governo al Parlamento nell'ultimo anno e mezzo. Un dato fondamentale è quello relativo alla crescita, molto sbandierato dalle forze dell'attuale maggioranza nel corso della campagna elettorale e considerato un elemento fondamentale su cui costruire il consenso. Nel Documento di programmazione economico-finanziaria del luglio 2001 la crescita del PIL era prevista al 3,1 per cento; nella relazione previsionale e programmatica dell'aprile 2002 la previsione è scesa al 2,3 per cento; nel Documento di programmazione economico-finanziaria del luglio 2002 arriviamo all'1,3 per cento e nel disegno di legge finanziaria che stiamo discutendo ci si attesta su una previsione dello 0,6 per cento. C'è dunque uno scostamento del 500 per cento rispetto alle previsioni formulate nel luglio 2001 che non può essere qualificato come un aggiustamento. Ciò vuol dire che i dati di partenza, le previsioni, erano totalmente falsi.

Questo senza contare che anche gli altri parametri presentano notevoli differenze rispetto alle previsioni iniziali. Il rapporto *deficit*/PIL è in forte crescita e già vengono annunciate nuove misure di taglio della spesa; l'inflazione è il doppio di quella programmata e purtroppo ancora in crescita, mentre lo *stock* del debito pubblico, che per sei anni aveva segnato una progressiva anche se lenta discesa, riprende a crescere. Il dato più preoccupante è che, rispetto alla media europea, siamo il Paese che presenta la crescita più bassa e l'inflazione più alta. Ci troviamo cioè di fronte ad un binomio che gli economisti definiscono *stagflation*: stagnazione più inflazione, un binomio preoccupante perché quando questi due elementi si miscelano un paese è economicamente a rischio.

Dai dati che sommariamente ho ricordato non possiamo non concludere che sono stati compiuti errori gravi da parte del Ministro dell'economia o che comunque ci sono state da parte sua alcune sottovalutazioni: un Governo serio, a questo punto, avrebbe destinato ad altro incarico, avrebbe allontanato, un Ministro che ha sbagliato così totalmente previsioni economiche tanto importanti.

Come ho già detto in apertura del mio intervento, ritengo che questo disegno di legge finanziaria si fondi su presupposti errati. Infatti, la previsione delle entrate è fondata su provvedimenti di dubbia realizzazione, di efficacia probabilmente non corrispondente a quella proclamata e per di più di natura temporanea.

Scarsamente attendibili appaiono anche le previsioni di incasso formulate in relazione alle misure del concordato preventivo e del condono fiscale (al riguardo vi risparmio la considerazione che con esso chi ha evaso viene a pagare molto meno di chi correttamente ha contribuito alle entrate fiscali del Paese), nonché della dismissione del patrimonio pubblico. In relazione al concordato e al condono fiscale, tutti gli istituti di ricerca economica calcolano che, nel migliore dei casi, si realizzerà un introito dell'ordine di 4-4,5 miliardi di euro, una cifra pari alla metà o poco più degli 8 miliardi di euro previsti nelle tabelle della finanziaria. Per quanto concerne la dismissione del patrimonio pubblico, credo sia arduo pensare, anche sulla base delle esperienze di questi ultimi anni, che si incasseranno per intero le cifre previste e che sarà possibile realizzare le dismissioni in un solo anno solare, considerate le difficoltà che l'operazione presenta.

Ritengo inoltre che si debba riflettere sul dopo finanziaria; anche ammettendo che le previsioni formulate dal Governo siano esatte e quindi che dal concordato e dal condono fiscale si ricaverà per intero l'entrata prevista, mi chiedo, ma soprattutto lo chiedo al sottosegretario Cursi, di cui conosco la correttezza, come si farà poi negli anni a venire a sostenere la riduzione delle aliquote fiscali che per il 2003 viene finanziata con queste misure. Vorrei sapere in che modo nel 2004, nel 2005, nel 2006 questo Governo, se arriverà alla fine della legislatura, sosterrà la riduzione delle aliquote fiscali su cui pure ha fondato la sua campagna elettorale e il suo consenso. Probabilmente assisteremo ad altri sforzi di creatività del ministro Tremonti.

In terzo luogo questa finanziaria è pericolosa in quanto altera, fino al punto di provocare una lesione vera e propria, i rapporti istituzionali tra le varie articolazioni dello Stato, ponendosi in aperta contraddizione con la riforma del Titolo V della Costituzione approvata in Parlamento e confermata dal voto popolare. I sistemi federali sono caratterizzati da assetti finanziari fondati su patti, accordi ed intese tra Governo ed autonomie locali. La nuova formulazione dell'articolo 114, di fatto, accentua il concetto di potestà normativa condivisa. Con questa finanziaria ritorniamo ad un sistema di vincoli e prescrizioni, adottati in modo unilaterale dallo Stato, che ricordano manovre centralistiche che ognuno di noi pensava di aver consegnato al tempo dei Governi della cosiddetta Prima Repubblica.

La manovra delineata dalla finanziaria è inoltre in contraddizione con le posizioni assunte dalla maggioranza che – come abbiamo verificato questa mattina in Senato – sta cercando di forzare i tempi, probabilmente anche al di là del Regolamento, per discutere e votare i provvedimenti sulla devoluzione, prefigurando un assetto iperfederalista (uso questo termine, anche se ne utilizzerei uno più forte) dello Stato. Per contro, il Governo continua ad emanare provvedimenti di tipo centralistico e di stampo ottocentesco, ribadendo una tendenza che si registra dall'inizio della legislatura.

Con questa finanziaria, quindi, si riducono le risorse a disposizione delle autonomie locali per diversi miliardi di euro, si bloccano le assun-

zioni, si mette a loro carico il peso economico dei rinnovi contrattuali; contemporaneamente, però, si toglie alle autonomie locali la possibilità di recuperare i mancati trasferimenti attraverso le addizionali locali e si chiede alle strutture sanitarie pubbliche di garantire il servizio sette giorni su sette. Non si capisce come le Regioni possano conseguire questo risultato, considerato che non possono assumere personale che non dispongono dei fondi necessari. In conclusione, mi sembra che si tratti di una presa in giro per gli operatori e per i cittadini tutti.

Il *vulnus* che, a mio avviso, si produce nel rapporto fra Stato ed autonomie locali è molto serio, tant'è vero che tutti gli organismi rappresentativi (Conferenza Stato-Regioni, Unione delle province italiane e Associazione nazionale dei comuni italiani) hanno bocciato il provvedimento finanziario.

Questa finanziaria è pericolosa, inoltre, perché mette il Nord contro il Sud e (come abbiamo verificato, ad esempio, nei provvedimenti che riguardano le agevolazioni per il Mezzogiorno) categoria contro categoria, associazione contro associazione (nel settore farmaceutico è emblematico lo scontro tra Federfarma e Farindustria), impresa contro impresa. Insomma, questo è il Governo del conflitto continuo, dello scontro sociale, della divisione e la sua politica è fonte di forte preoccupazione per la tenuta complessiva del sistema democratico e sociale del Paese. Credo che ciò sia dovuto al fatto che – come abbiamo già detto – l'attuale Governo è molto più attento agli interessi particolari, alcune volte anche legittimi, che non gli interessi generali del Paese che qualsiasi Governo, indipendentemente dalla sua matrice politica, dovrebbe considerare.

Per quanto riguarda le questioni specifiche, vorrei brevemente osservare che anche questo disegno di legge finanziaria, come altri precedenti provvedimenti, è permeato da una visione economicista della sanità che si fonda sulla propensione a non valorizzare la salute come un bene utile in sé e per lo sviluppo del Paese. Conseguentemente a tale impostazione, si procede ad una netta decurtazione delle risorse: non viene rifinanziato il Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani; non vengono previste risorse per il finanziamento degli accordi di programma di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992; non vengono previsti fondi per l'attuazione della legge n. 368 del 1999 per i medici specializzandi.

In riferimento a quest'ultima questione, riconosco che anche le forze politiche del centro-sinistra hanno delle responsabilità, non essendo riuscite nell'ambito di due finanziarie ad individuare le risorse per attuare la legge. Tuttavia è da rimarcare negativamente il fatto che il Governo, dopo avere espresso nell'ambito del Documento di programmazione economico-finanziaria, quindi nel mese di luglio, non un anno fa, l'intendimento di risolvere tale problema, oggi, dopo pochi mesi, non solo assume un atteggiamento negativo per il presente, ma addirittura blocca l'adozione di misure per risolvere la questione degli specializzandi anche per i prossimi anni. Ciò dimostra che c'è una volontà politica che si oppone alla risoluzione di questo problema.

In conclusione, vorrei affrontare la questione dei farmaci. Siamo ormai al quinto intervento negli ultimi 18 mesi, quindi si interviene in questo campo con cadenza trimestrale. Credo sia un dato impressionante, che qualifica una politica farmaceutica che ha reso impossibile per le aziende di un settore così importante per l'economia e anche per l'assetto sociale del Paese programmare strategie di sviluppo. La situazione non può certo essere recuperata con il piccolo regalo – come lo ha definito il senatore Carella – del «*premium price*», che è del tutto ininfluenza.

Infine, alle misure sui farmaci si aggiungono quelle che tagliano i fondi destinati al settore della ricerca e all'università, che mortificano un settore importante e da sempre ritenuto strategico.

In conclusione, credo che questo disegno di legge finanziaria sia da bocciare. Questo giudizio, peraltro, è stato espresso anche dai rappresentanti delle categorie del settore sanitario, dalle organizzazioni sindacali, da Farindustria, da Federfarma, dal Tribunale per i diritti del malato, da Federterme, e così via. Si tratta, infatti, di una finanziaria che – come ho già sottolineato – non rispetta e non dà risposte alle questioni che emergono dal Paese.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, mi fa piacere intervenire dopo il collega Di Girolamo, il quale ha svolto un'illustrazione degli aspetti economici generali della manovra finanziaria, con particolare attenzione alla politica sanitaria.

In relazione alla materia sanitaria, i provvedimenti oggi al nostro esame prevedono misure inadeguate sotto il profilo del rigore ma che, al tempo stesso, risultano incongrue a promuovere una politica di sviluppo. L'unico obiettivo di questa finanziaria – almeno quello che si deduce dalla lettura delle cifre – è quello di ridurre le risorse. È quindi debole dal punto di vista economico e delle proposte, ma è anche una finanziaria centralista e confusa.

Pur non essendo condivisa dal Gruppo della Margherita, di cui faccio parte, nonché dall'intera opposizione, la finanziaria dello scorso anno esprimeva almeno una scelta, o meglio recepiva la proposta, sanzionata nell'Accordo dell'8 agosto 2001, relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il punto focale della riforma costituzionale approvata con il *referendum*. La finanziaria dello scorso anno, dunque, ha compiuto una scelta; non altrettanto avviene quest'anno.

E neppure sono stati raccolti i richiami provenienti anche da esponenti del Governo, dallo stesso Ministro della salute e da esponenti della maggioranza, alcuni dei quali presenti nella nostra Commissione. Mi riferisco agli interventi sulle mutue, nel settore della totale o parziale non autosufficienza, e alla questione della qualificazione della spesa ospedaliera. Un aspetto, quest'ultimo, che sembra essere stato dimenticato, come se non sapessimo tutti che è proprio la spesa ospedaliera la voce più consistente del bilancio del Servizio sanitario nazionale.

Riguardo alla sanità, dunque, questo disegno di legge finanziaria è debole e centralista: lo è per quanto concerne le scelte, le risorse stanziare,

la mancanza di prospettiva; per definirlo si potrebbe parlare di un tritico sbiadito. Le misure in esso adottate non tengono conto del fatto che il fabbisogno di cassa continua a crescere, mentre siamo in presenza di un aumento costante, continuo e repentino dell'indebitamento netto. La sanità delle Regioni è fonte di indebitamento. Se non ricordo male, in un anno ci sono stati ben cinque interventi normativi...

PRESIDENTE. Sono stati sei.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Abbiamo avuto ben sei interventi riguardanti la spesa sanitaria che purtroppo non hanno fatto registrare una diminuzione del *deficit*, ma addirittura hanno contribuito ad un ulteriore incremento. Porto per tutti l'esempio degli interventi assunti per contenere la spesa farmaceutica, che il Governo in carica ha individuato come il male da estirpare dalla nostra sanità. Questa spesa è stata bersagliata, si è imposto un tetto del 13 per cento; di fatto però la media della spesa farmaceutica nelle diverse Regioni è di circa il 15 per cento.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Il 15 per cento! Dove, in Italia?

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Mi riferisco alla media della spesa farmaceutica delle Regioni, che non tiene conto della spesa farmaceutica ospedaliera. Se quest'ultima venisse aggiunta, la media aumenterebbe.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Così inquadrato, il dato può essere accettato..

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Considerato che le scelte compiute finora non sono servite a ridurre e riqualificare la spesa per il Servizio sanitario nazionale, vale la pena di addentrarci nei nove articoli del disegno di legge n. 1826 che concernono la sanità. Complessivamente sono stati stanziati 900,1 milioni di euro, 821,6 dei quali per la spesa corrente e 78,5 per quella in conto capitale. Il primo dato che emerge – ed è un dato oggettivo, non un'interpretazione di parte – è che siamo in presenza di una riduzione della spesa. Ci sono 408,8 milioni di euro in meno rispetto al 2002, con un decremento di maggiore incidenza per la spesa in conto capitale rispetto alla spesa in conto corrente. L'Italia in questo modo si sta allontanando dai parametri europei. In Germania la spesa sanitaria è pari al 7,9 per cento del prodotto interno, in Francia al 7,2 e in Svezia al 7 per cento. I criteri di valutazione europei, inoltre, non si basano solo su un calcolo quantitativo percentuale, ma sulla capacità che gli Stati dimostrano di migliorare le loro condizioni iniziali e di individuare strumenti, stabili e/o occasionali, per realizzare tale miglioramento. Gli strumenti che il Governo ha ritenuto di adottare sono rilevabili dall'articolo 37, «Razionalizzazione della spesa sanitaria», e riguardano i farmaci (d'altro canto questa maggioranza si ostina a credere che il male stia lì), la

reintroduzione dei *ticket* sulla diagnostica, il monitoraggio della spesa sanitaria e altro ancora. Escludendo le misure sui farmaci, per i quali potrebbe essere prevista una competenza del livello nazionale, tutti gli altri interventi sono di competenza delle Regioni. La finanziaria interviene quindi in ambiti di competenza legislativa regionale.

Inoltre, in tale articolo si confondono i mezzi con i fini. Cito, a titolo esemplificativo, la disciplina sul monitoraggio della spesa sanitaria regionale, che non può essere considerato un fine e non è neppure un mezzo, bensì è un prerequisito. Una volta che si sia fotografata la realtà ospedaliera o del settore farmaceutico, della medicina di base, della prevenzione, dei diversi comparti del Servizio sanitario nazionale, occorre individuare i mezzi per intervenire. Ammesso e non concesso, perché è di competenza regionale, che fosse necessario soffermarsi nel testo dell'articolo 37 sulla necessità di realizzare il monitoraggio, come si può pensare che da una acquisizione e comparazione di dati si possa ottenere una riduzione della spesa?

Non esito poi a definire ridicolo il comma 1 dell'articolo 37. Non posso fare diversamente, perché sulla compartecipazione alle spese per le cure termali possiamo pure convenire, *nulla questio* in proposito, ma certo non si può considerare tale questione come un elemento primario per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

Si propone poi la riduzione al 4 per mille dei posti letto, ribadendo una scelta già presente nella riforma Bindi, ma per ottenere tale risultato occorre procedere con una certa gradualità e con investimenti mirati. Mi chiedo come mai, invece, non sia stato stanziato neppure un euro per gli investimenti strutturali in campo sanitario e socio sanitario, pur essendo noto che, ad esempio, su 80.000 residenze sanitarie assistenziali esistenti in Italia, 47.000 sono in Lombardia, che manca il 90 per cento dei posti letto per i malati di Alzheimer all'interno di queste strutture, che mancano le risorse per le strutture post-acuzie, si pensi agli *hospice*, per esempio. La riduzione delle giornate di ricovero all'interno delle aziende ospedaliere per curare la fase acuta della malattia può trovarci tutti d'accordo, ma poi non sempre il paziente può rientrare presso la sua famiglia e per questo occorre creare strutture post-acuzie in tutte le Regioni. Questa è la scelta che si sarebbe dovuto fare; invece per queste strutture non sono previsti investimenti.

Un altro aspetto che non è stato considerato è quello della ridefinizione dei DRG. Nel contempo si chiede però ai direttori delle aziende ospedaliere di conseguire il pareggio del bilancio, senza offrire loro gli strumenti per realizzarlo, garantendo al tempo stesso la salute dei cittadini.

Si può dimostrare con dati oggettivi e non con interpretazioni personali che nei reparti di chirurgia di alcune aziende (almeno di quelle lombarde) nel 90 per cento dei casi si ricoverano pazienti affetti da patologie tumorali, perché il DRG è vantaggioso; allo stesso modo, nei reparti di ginecologia ed ostetricia si preferisce praticare i parti cesarei rispetto ai parti naturali, perché il DRG è più consistente.

Allora, se si vuole veramente razionalizzare la spesa sanitaria, serve innanzi tutto una efficace programmazione, che invece è del tutto assente in questa finanziaria.

Questa dovrebbe essere l'ultima finanziaria che ripiana parte del *deficit* delle Regioni. Dico «dovrebbe», perché il condizionale è d'obbligo, in quanto non escludiamo che il prossimo anno si debba, giustamente, provvedere di nuovo a ripianare il *deficit* accumulato dalle Regioni che stanno rispondendo ai bisogni dei cittadini.

Inoltre, all'assenza di un'attività di programmazione, si aggiunge la mancata individuazione di strumenti utili ed efficaci non solo per garantire l'appropriatezza, ma anche il mantenimento di una universalità e di una uniformità a livello nazionale del servizio sanitario. Molti colleghi avranno letto l'articolo apparso qualche giorno fa su «Il Mattino», che metteva in evidenza la drammatica situazione che si sta creando in seguito alla *devolution* nel settore sanitario.

Ritengo che una politica sanitaria come questa non porti a risparmiare e neanche a sviluppare la sanità, né quella pubblica né tanto meno quella accreditata. È una sanità allo sbando, dove manca una guida. Il *deficit* dello Stato, che si aggira attorno al 3-4 per cento, sarà determinato in buona parte anche dalla spesa sanitaria e la scelta operata dal Governo – ripeto – non incentiverà né la riduzione del *deficit* né lo sviluppo del servizio sanitario pubblico. Quando dico «pubblico» non penso solo alle aziende sanitarie gestite dallo Stato, ma anche ad un servizio inteso come risposta al bisogno sanitario e socio-sanitario del cittadino, indipendentemente da chi lo gestisce.

MASCIONI (*DS-U*). Vorrei rapidamente segnalare una colpevole indifferenza dei colleghi della maggioranza rispetto ad una discussione che riteniamo importante. Chiaramente i presenti non possono essere tacciati di indifferenza, però sarebbe stato preferibile che la discussione fosse «socializzata»: c'è stato un momento in cui il numero dei senatori di opposizione era il doppio di quello dei colleghi di maggioranza.

PRESIDENTE. Senatore Mascioni, capisco il senso della sua osservazione, ma devo sottolineare che questa mattina, al momento della discussione generale, le parti erano esattamente invertite. Peraltro, ho notato sempre la responsabile presenza di almeno un rappresentante per Gruppo parlamentare in ogni fase della discussione. D'altra parte, credo che la concitazione di questi giorni determini, come è accaduto in altre occasioni, questa situazione, sicuramente da stigmatizzare, come lei ha fatto.

SANZARELLO (*FI*). Signor Presidente, con riferimento a quanto affermato poc'anzi dal collega Mascioni, tengo a sottolineare che, oltre alla presenza di un componente per ciascun Gruppo parlamentare, come lei ha sottolineato, vi è stata anche quella attenta del relatore, che ha preso nota delle osservazioni dei colleghi dell'opposizione.

Per quanto riguarda la manovra finanziaria in esame, intendo svolgere una brevissima considerazione preliminare.

Questo primo anno e mezzo di attività mi ha richiamato alla memoria una similitudine di tipo militare, anche se io non sono né un militarista né una persona particolarmente esperta di problemi militari: mi è sembrato, infattim che il centro-sinistra, nell'ultimo periodo della scorsa legislatura, abbia minato sistematicamente tutto il territorio, nel senso che ogni atto adottato dal Governo di centro-sinistra ha creato conseguenze simili a quelle che producono una bomba ad orologeria o una mina quando esplodono. Il Governo attualmente in carica ha quindi dovuto porre rimedio a quanto era stato premeditato, spesso in modo scientifico, nell'ultimo periodo di Governo del centro-sinistra.

Per restare nell'ambito della sanità, sono noti a tutti gli effetti negativi che si sono prodotti in seguito all'eliminazione dei *ticket* e alla modifica del Titolo V della Costituzione; sappiamo anche cosa ha rappresentato la riforma Bassanini, che ha provocato uno vero sfascio all'interno dei Dicasteri, così come possiamo parlare del buco di 30.000 miliardi che si è dovuto colmare.

Ritengo che si debba sottolineare con estrema chiarezza che in questa Commissione, fino a poco tempo fa (anche se mi sembra che tale atteggiamento si stia modificando), i rappresentanti delle diverse forze politiche si sono trovati concordi nel tentativo di realizzare una certa sanità; mi pare che questo comune intento cominci a venire meno, almeno da quanto mi è sembrato di percepire negli interventi svolti ieri ed oggi.

Si è dato atto – ora lo si fa sempre meno – che la sanità è stata ri-finanziata: altro che «decreto tagliaspese»! Siamo arrivati a quel 6 per cento, che sembrava un miraggio, del prodotto interno lordo. Non è ancora abbastanza, su questo siamo d'accordo. Tuttavia, in una situazione economica difficile, compiere uno sforzo di tale portata certamente non è cosa da poco.

Mi spiace che la senatrice Baio Dossi abbia reso certe affermazioni nel suo intervento, che io ho ascoltato con molto interesse: da un lato, ha dichiarato che la finanziaria è centralista e statalista, e con ciò l'ha rappresentata in senso negativo, mentre tutti abbiamo sostenuto la necessità di una regia forte di tipo nazionale; dall'altro lato, nel prosieguo del suo intervento, ha affermato che la regionalizzazione è stata la fonte dell'indebitamento. Ciò probabilmente è vero, però le Regioni sono portate a «splafonare» per rispondere ai bisogni dei cittadini. Queste affermazioni mi sembrano un po' contraddittorie: se le Regioni «splafonano» a tavolino per rispondere ai bisogni dei cittadini, la cosa non può essere vista esclusivamente nei termini negativi che abbiamo sentito. Certamente questa finanziaria non è la panacea per tutti i mali, ma continua ad offrire risposte, a tentare di raddrizzare il timone al fine di garantire ai cittadini italiani una sanità uniforme, livelli essenziali di assistenza e un monitoraggio adeguato. Si accentua infatti la tendenza a monitorare il livello di spesa delle Regioni, a valutarne l'appropriatezza e l'uniformità sull'intero territorio

nazionale. Anche se in maniera embrionale, sono tutti aspetti che ritroviamo nel provvedimento.

Le esenzioni fiscali che concernono le donazioni solo fino a 500 euro sono forse una cosa da Terzo mondo. È un principio che si afferma, però, una strada che si delinea e che intendiamo percorrere.

Gli incentivi per la ricerca farmaceutica sono certamente insufficienti, come sosteneva stamattina anche il collega Carella; costituiscono però un segnale di stimolo.

Con altri colleghi ci siamo trovati a concordare sulle critiche ai provvedimenti, spesso estemporanei, che hanno riguardato la politica farmaceutica. Come spesso si è fatto in passato nel caso della benzina per recuperare risorse, in campo sanitario si è intervenuti rivedendo la politica dei farmaci. Lo ammettiamo: è stato un limite di questo anno e mezzo di governo reiterare tentativi parziali per tentare di contenere la spesa farmaceutica, ma va detto che a ciò si tenta ora di apportare un correttivo. È anche vero, però, che il Governo si è trovato a fronteggiare il danno che era stato prodotto con l'eliminazione dei *ticket*, che ha evitato di ripristinare non volendo penalizzare le fasce sociali più deboli.

Mi accorgo che c'è molta propaganda negativa e demagogia: di fronte ai tentativi per il mantenimento e il finanziamento della sanità, le opposizioni asseriscono che si tenta di spostare la sanità dal pubblico al privato, di passare al sistema delle assicurazioni, al modello americano. Onestamente, non credo, colleghi, che questa tendenza emerga da nessuno dei provvedimenti del Governo e da nessuna iniziativa parlamentare. Al contrario, si difende il sistema sanitario nazionale: lo ha asserito il sottosegretario Cursi in maniera determinata e convinta e lo ha ribadito il Ministro ogni qual volta c'è stata l'opportunità di farlo. Addebitare a questo Governo, a questa maggioranza la volontà di americanizzare la sanità non mi sembra giusto. Fa molto effetto sul piano della propaganda, fa presa sui cittadini, ma non c'è provvedimento che muova in questa direzione. C'è preoccupazione, invece, per la regionalizzazione selvaggia, ed è stato detto. Stamattina abbiamo iniziato in Aula le schermaglie sulla *devolution*, ma in Commissione abbiamo ascoltato l'appello, determinato e convinto, del sottosegretario Cursi a mantenere uniforme la sanità nazionale. È questa la politica che viene fuori dagli atti di questo Governo e di questa maggioranza, pur con qualche limite e contraddizione. Va dato atto al Governo e alla maggioranza degli sforzi che stanno compiendo sul versante della sanità, e questo mentre vengono a mancare le risorse ed emergono le problematiche che l'avvento dell'euro ha prodotto dimezzando di fatto il potere d'acquisto soprattutto delle fasce sociali più deboli. È un problema ancora non quantificabile, ma che sta esplodendo in questi mesi.

Lasciatemi ora spazio per una considerazione di carattere generale. Il Presidente della Commissione europea, che è andato a rivestire quel ruolo per nome e per conto dell'Italia svolge, sta invece svolgendo, purtroppo, un ruolo di regia negativa, a fini politici, un ruolo contrario agli interessi del Paese da cui proviene. Ebbene, nonostante tutte queste difficoltà, è

stata prestata attenzione alla sanità e la si è finanziata in maniera consistente.

La finanziaria naturalmente ha le sue lacune, e lo stesso relatore si interrogava su quale soluzione trovare per i medici specializzandi, un investimento indispensabile per la sanità del futuro. Vedremo insieme come far fronte alle loro esigenze legittime, tenendo conto delle enormi risorse finanziarie, che in questa situazione appaiono ancor più esorbitanti, che necessitano per dare loro risposta.

Il relatore, come anche altri colleghi della maggioranza, ha dimostrato la sua disponibilità ad introdurre, ove possibile, alcune modifiche; non possiamo però negare che questa finanziaria, pur rigorosa, mostra attenzione verso la sanità. Non dimentichiamo, inoltre, che esiste anche un fondo sanitario nazionale e che per l'edilizia sanitaria sono previsti investimenti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni. È inutile quindi fare l'elencazione di quello che manca: guardiamo piuttosto alle competenze all'interno del fondo sanitario nazionale e alle direttrici lungo le quali le Regioni e i direttori generali si muoveranno; cerchiamo di utilizzare il dibattito per aggiustare quanto è da aggiustare e per utilizzare proficuamente le risorse: credo che la sanità italiana ne abbia bisogno.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente, ho ascoltato tutta la discussione, nonché la relazione e voglio ricordare che il collega e amico Rocco Salini ha avuto modo di sottolineare che l'aspetto sociale deve essere salvaguardato e che la «razionalizzazione» non deve essere «razionamento».

Naturalmente, ho ascoltato anche gli interventi svolti dai colleghi Longhi, Carella, Di Girolamo, Liguori e Baio Dossi, che hanno definito in modo molto diverso questo disegno di legge finanziaria: sono stati usati aggettivi quali deludente, sbagliato, inadeguato, pericoloso e centralistica. Il Governo, invece, ha usato il solito *spot* ad effetto, definendolo un disegno di legge finanziaria «di rigore e sviluppo». Io, che sono consapevole di quello che dico, rivolgendomi a tutti i colleghi ed in particolare a quelli del Sud, affermo che non è una finanziaria di solidarietà.

In questa Commissione non trattiamo le problematiche relative alle politiche sociali, ma non si può non evidenziare (data la necessità di integrazione tra queste e la sanità) che il «fondo sociale» è stato nuovamente ridotto, che si diminuiscono i trasferimenti ai comuni e che si ridimensionano anche i servizi sociali sul territorio. So che preoccupa anche a voi il fatto che in questa finanziaria, tra l'altro, non sia previsto nulla per le persone non autosufficienti.

Vorrei esaminare rapidamente i punti salienti della manovra con riferimento alla sanità. In ordine alle risorse stanziare in conto capitale (destinate quindi ad investimenti), la finanziaria del 2001, quindi nella passata legislatura, prevedeva risorse adeguate per 4.000 miliardi di lire. Chiedo retoricamente ai colleghi: anche questi 4.000 miliardi fanno parte del «buco» che ogni tanto viene evocato da Tremonti e da Berlusconi?

Voglio sottolineare, anche per rovesciare la critica che ci è stata mossa, che nella nostra campagna elettorale non abbiamo promesso i soldi per gli specializzandi anche se, a fini elettorali, sarebbe stato molto più proficuo che non stanziare 4.000 miliardi in conto capitale. Quello dei medici specializzandi è comunque un problema che dobbiamo risolvere o avviare a soluzione.

Vorrei affrontare ora la questione relativa alle liste d'attesa. Alcuni aspetti contenuti nel disegno di legge finanziaria sono pleonastici, perché sono materia di competenza regionale. Comunque, mettendo da parte il *bon ton* istituzionale (che mi interessa fino ad un certo punto), mi chiedo come si possa pensare di risolvere il problema delle liste d'attesa senza stanziare alcuna risorsa per questo obiettivo. Chi pagherà, signor Sottosegretario?

Procedo per punti, per poi arrivare al «botto» finale, che riguarda tutti noi.

Per quanto concerne la scelta di configurare la decadenza automatica dei direttori generali delle aziende sanitarie, nel caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, mi chiedo dove sia il buonsenso di questa norma, specialmente se si considera l'attuale difficile situazione finanziaria. Quando ero assessore regionale, cercavo di destinare i direttori più capaci alle aziende che versavano in situazioni di maggiore difficoltà finanziaria; in base alla scelta oggi compiuta, verranno probabilmente mandati a casa, se i bilanci non saranno in pareggio, i direttori più capaci, mentre conserveranno il posto quelli che, magari in modo più burocratico, sono stati chiamati a gestire situazioni finanziarie migliori.

Un altro punto critico è rappresentato dalla schizofrenia in materia di spesa farmaceutica: sono state adottate ben cinque misure in 18 mesi. Al riguardo hanno espresso preoccupazione anche i rappresentanti degli Stati Uniti d'America, che ci hanno chiesto cosa stiamo combinando.

Per quanto riguarda la reintroduzione dei *ticket*, devo osservare che questa misura si traduce in un aggravamento dell'onere economico per l'acquisto di medicinali per chi ha problemi di salute. Noi, invece, riteniamo che un sistema realmente solidale ed universalistico si debba basare sul finanziamento attraverso la fiscalità generale.

Concludo rapidamente il mio intervento soffermandomi sulle misure contenute in questa finanziaria con riferimento alle Regioni. Al riguardo, collega Sanzarello, occorre che sia chiarito chi è che mette le mine o avvelena i pozzi. Parlate con i vostri assessori regionali di qualsiasi colore e latitudine: vi diranno che con la finanziaria il Governo toglie alle Regioni 12.000 miliardi di vecchie lire per il 2003 rispetto al fondo di 152.000 miliardi previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001. Questi 12.000 miliardi vengono accantonati dal ministro Tremonti e saranno erogati alle Regioni solo a seguito di verifica dei bilanci del 2003.

MAGRI (UDC:CCD-CDU-DE). Come era nei patti.

MASCIONI (*DS-U*). Lasciatemi concludere. In politica si fanno i patti, ma bisogna considerare anche le variabili intervenute dal momento in cui i patti sono stati stipulati.

Ciò significa che tecnicamente si arriverà alla fine del 2004 per le Regioni virtuose e meritevoli. Nel 2002 le Regioni hanno speso 152.000 miliardi di vecchie lire, ma per il 2003 non si può ipotizzare una spesa uguale, perché, come sapete, l'inflazione in campo sanitario è maggiore di quella media; con una stima alquanto prudente, possiamo dire che è al 4 per cento. Ebbene, mancano 6.000 miliardi, dato e non concesso che i 152.000 miliardi sono il fondo 2003 che corrisponde alla spesa del 2002. Allora, come recuperare i 6.000 miliardi che mancano? Le possibilità sono due: tagliare la spesa oppure applicare i *ticket*. Intanto, con questa finanziaria si nega alle Regioni di operare su Irpef e Irap e neanche i *ticket* sarebbero sufficienti per dichiarare il disavanzo.

Avrete compreso, quindi, che la novità sta nel fatto che le Regioni versano in una situazione di difficoltà. Non dovremo stupirci se le Regioni faranno qualcosa di eclatante, considerate le difficoltà economiche che dovranno gestire.

Bisogna aggiungere che le Regioni chiedono che i 12.000 miliardi accantonati siano resi disponibili ed eventualmente trattenuti successivamente alle Regioni inadempienti. Inoltre, le Regioni vantano 30.000 miliardi di crediti da parte dello Stato per tutti gli accordi assunti. È proprio il caso di dire che «piove sul bagnato»!

La situazione è destinata ad esplodere presto anche a causa della difficoltà per le Regioni di pagare gli stipendi, tanto che dovranno ricorrere a delle anticipazioni. Chi pagherà i costi di queste operazioni?

La situazione, dunque, è insostenibile: mentre si parla di *devolution* e regionalismo, si assiste ad un forte attacco alle Regioni.

Ritengo pertanto che occorra riflettere seriamente su questa finanziaria e su quanto si intende fare nel corso dell'esame in Aula.

Il collega Sanzarello ha parlato di una sanità uniforme. Una sanità uniforme con la modifica dell'articolo 117? Quando è in corso una discussione animata, preoccupata, mi si viene a parlare di sanità uniforme? Io posso anche preoccuparmi relativamente, sto nel centro d'Italia e si dice che *in media stat virtus*. Ma la discussione che si sta svolgendo in Aula andrà sicuramente a finire in un certo modo, perché siete blindati sulla base di un accordo politico che non ha nulla a che vedere con gli interessi del Paese, un accordo politico che riguarda soltanto la maggioranza di centro-destra. Sono preoccupato, quindi, perché questi sono tempi pericolosi per il Paese, anche se, tutto sommato, per l'opposizione si aprono nuove possibilità. Ne sono compiaciuto, ma solo fino ad un certo punto, perché in me prevale la preoccupazione, una preoccupazione che vorrei fosse anche della maggioranza. Manca in questa finanziaria la solidarietà, che diminuirà ancora con la quasi inevitabile manovra aggiuntiva che dovrete fare a primavera.

SEMERARO (AN). Presidente, ho ascoltato gran parte dell'intervento del senatore Mascioni, che ha sollevato una serie di critiche all'impianto del disegno di legge finanziaria. Non ho capito, però, quale sia l'alternativa che egli propone. Abbiamo ascoltato una serie di critiche, ma nessuna proposta alternativa.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Il collega Semeraro ha rivolto al collega Mascioni una domanda che io mi sento di riproporre a tutti i colleghi dell'opposizione, perché ognuno di noi sa che quanto c'è oggi è il frutto di quanto è stato fatto ieri. Per tanti anni, fino a quando i partiti di sinistra sono stati all'opposizione, ho immaginato che fossero veramente eccezionali e che avrebbero potuto risolvere i problemi, come invece il partito della Democrazia Cristiana non aveva saputo fare. Le mie speranze però sono venute meno quando in Abruzzo, come in altre Regioni, la Sinistra è andata al governo. Oggi parliamo di Alzheimer, di cronicità, di disabilità, ma sono problematiche emerse ieri sera? Le residenze sanitarie assistenziali sono state pensate tanti anni fa. Tanti anni fa abbiamo avvertito questa necessità. Però, solo quelle Regioni che, dobbiamo dirlo, hanno una marcia in più sono riuscite a realizzarle. Questo federalismo, questa devoluzione che tanti vogliono combattere ha anche dei lati positivi; non a caso, una ricerca del Censis su questo argomento specifico ci dice che il 57 per cento dei cittadini italiani si è dichiarato favorevole alla devoluzione, perché pensa che in questa maniera le istanze diversificate e le patologie che in una Regione si presentano con una incidenza diversa rispetto alle altre, possano avere una risposta più compiuta. Questo dovrebbe essere nella logica. Poi, se le cose cambiano, ciò non dipende certamente né dal Governo nazionale e neanche, molto probabilmente, dai governi regionali.

BAIO DOSSI (Mar-DL-U). E da chi dipende?

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Questa finanziaria, quindi, non può essere avulsa da quel che c'è stato fino ad oggi. Sono stati tanti i colleghi, anche della maggioranza, che si sono soffermati sui ripetuti interventi che hanno riguardato la politica farmaceutica. Sono d'accordo con chi critica il numero eccessivo di questi interventi che, però, si sono resi necessari per cercare di mettere una pezza su un provvedimento politico assunto in precedenza, forse demagogico o forse anche giusto, ma non per oggi, quello dell'abolizione del *ticket*. Come cittadino e come medico non posso non preoccuparmi nel vedere che tale abolizione produce una maggiorazione della spesa sanitaria che è ingiustificata. La spesa sanitaria, infatti, non è un cosmetico, un belletto che ci diamo, attiene a una prescrizione medica. Io non credo che chi ha bisogno di un medicinale ne faccia a

meno se deve pagarlo: magari fa un debito, ma lo compra. Quel provvedimento allora forse andava attuato, ma non in quel momento. Si è invece deciso di adottarlo e oggi ci troviamo a fronteggiare un problema di notevole gravità. Da ogni esperienza, però, bisogna prendere quel che c'è di positivo, e tutto sommato questa ci ha fatto capire che alla compartecipazione sul *ticket*, quando bisognerà porre attenzione al problema, potrà contribuire il piano dell'industria farmaceutica. Quello che si è fatto, a mio avviso, ha un suo fondamento perché ci porterà a verificare se è possibile mantenere l'abolizione del *ticket* magari escludendo le categorie con un reddito medio-basso che oggi invece sono incluse. Pure sulle cure termali credo vada compiuta una riflessione, perché anche in questo caso ci sono delle categorie che attualmente sono escluse.

Comprendo le critiche espresse dall'opposizione, ma come maggioranza noi esprimiamo sulla manovra di bilancio un parere favorevole. Ci permettiamo però di avanzare alcune osservazioni che sarà poi il dibattito parlamentare a decidere se potranno trovare o meno ascolto. Certo è che la finanziaria va vista nel contesto generale, con i LEA e la spesa. Le Regioni si lamentano, ma hanno sottoscritto l'accordo all'unanimità e non è possibile che vogliano da un lato essere libere e padrone e dall'altro che si lamentino perché il federalismo solidale che si doveva diffondere non è ancora stato neppure formulato.

MASCIONI (*DS-U*). Ma è stato bloccato l'introito derivante dall'I-RAP e dall'IRPEF. Come faranno le Regioni a far quadrare i bilanci senza i 12.000 miliardi accantonati? Questa misura non era prevista nell'Accordo dell'8 agosto 2001.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. In tutti gli interventi sono stati evidenziati i punti essenziali della manovra e soprattutto le misure di cui all'articolo 37, relativo alla spesa sanitaria.

Per quanto riguarda le liste di attesa, credo non possa essere sostenuta una norma che le escluda *tout court*.

In alcune Regioni ci sono situazioni inveterate di grande disavanzo che dipendono da molti fattori. Ritengo, però, che con riferimento alla decadenza dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie siano le Regioni a dover valutare questi dirigenti tenendo conto delle condizioni iniziali di ciascuna azienda e degli obiettivi raggiunti. Indubbiamente ci deve essere un indirizzo di ripiano e certamente si deve svolgere una riflessione nei confronti di chi perde 400 o 500 miliardi all'anno, ma tutto ciò va fatto nell'ambito regionale; al riguardo, ritengo che si possano inserire nel parere alcune precisazioni.

Fermo restando che il mio parere sulla manovra finanziaria relativa al comparto sanità è favorevole, nel rapporto si potrebbero inserire anche alcune osservazioni relative alla questione dei medici in formazione specialistica. Per questa categoria di medici si pone un problema di ordine formale e giuridico che attiene all'espletamento delle loro mansioni profes-

sionali; infatti, oggi le loro mansioni non possono che essere minime, perché la responsabilità è del *tutor*; pertanto, se vogliamo renderli utili, è opportuno che la legge vada in questa direzione, tenendo conto anche di tutto quello che accade a livello europeo.

Un'altra osservazione importante riguarda l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Una delibera del CIPE assegna fondi alle singole Regioni; la Regione, attraverso le ASL, redige un programma; dopo il contratto di programma tra il Ministero della salute e la Regione, il primo sollecita il Ministero del tesoro ad iscrivere in bilancio la somma prevista. Mi risulta che ad oggi molte Regioni (mi sembra siano sei) siano inadempienti e pertanto si deve procedere. L'ordine del giorno da me presentato, che è stato approvato dall'Assemblea, andava proprio in questa direzione. Non può essere proposto un emendamento per distanziare il bilancio perché tutto dipende dal momento in cui la Regione, attraverso il contratto di programma, porta avanti un certo tipo di discorso.

Ritengo si debba inoltre sottolineare l'esigenza di prevedere corsi regionali di riqualificazione professionale per gli infermieri generici e le puericultrici, che di fatto svolgono funzioni diverse, ai fini del loro inserimento nell'organico degli infermieri professionali. Non vi sarebbe un grande aggravio di spesa, perché l'infermiere generico ha già un suo stipendio, anche se un posto in organico come infermiere professionale naturalmente ha un costo diverso.

In merito alla regolazione finanziaria dei rapporti tra lo Stato ed il Friuli Venezia Giulia, di cui all'articolo 18, commi 7-13, del disegno di legge finanziaria, si rileva che il comma 13 dovrebbe richiamare il quinto comma dell'articolo 63 dello Statuto, anziché il secondo comma.

Al comma 2 dell'articolo 37, andrebbe chiarito che il rinvio – ai fini delle rideterminazioni del *ticket* per cure termali – è posto ad una pluralità di accordi tra le Regioni e le organizzazioni delle aziende di settore e non ad uno soltanto.

Riguardo alla disciplina sulle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche, dei grossisti e dei farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali, si ravvisa l'esigenza che il relativo limite di fatturato per le farmacie rurali venga rideterminato al netto delle somme pagate dagli utenti.

Inoltre, appare opportuno esplicitare che il limite di riduzione (pari al 20 per cento) di cui al comma 8 dell'articolo 37 si commisura sul prezzo di listino corrente preso in considerazione nel decreto del Ministro della salute 27 settembre 2002 e non si tiene quindi conto della diminuzione, di due punti percentuali, operata in via generale ai sensi del successivo comma 11, con decorrenza dal 1° gennaio 2003.

Per quanto riguarda la proroga al 2003 – di cui al comma 10 dell'articolo 37 – di alcune disposizioni limitative della possibilità delle imprese farmaceutiche di organizzare o di finanziare congressi, convegni e riunioni all'estero su tematiche aventi ad oggetto medicinali, occorre chiarire se e in quali termini trovino applicazione anche le norme di cui ai commi 5 e 6

dell'articolo 3 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112.

Al comma 13 dell'articolo 37 – relativo ad un acconto sulle tariffe di autorizzazione dovute dalle imprese produttrici di medicinali omeopatici – il riferimento all'allegato 2, lettera *a*), del decreto del Ministro della salute 22 dicembre 1997 deve essere limitato ai soli numeri 1, 2 e 3 (del medesimo allegato), in quanto il successivo numero 4 concerne la domanda di autorizzazione all'importazione.

Credo che un appunto sulla ricerca vada fatto, così come ritengo si debba risolvere (poi vedremo in che modo) il problema relativo al rapporto unico con dei medici, cioè il rapporto esclusivo.

Ritengo con ciò di avere illustrato lo schema di rapporto favorevole con osservazioni da me proposto sullo stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003 e sulle parti del disegno di legge finanziaria di competenza della Commissione sanità. CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, non è mio costume discutere e confrontarmi sul piano politico servendomi di *slogan*. Sarebbe troppo facile affrontare la situazione in questi termini, nel momento in cui tutti i membri della Commissione – maggioranza ed opposizione – hanno riconosciuto che questa finanziaria nasce in un contesto nazionale di un certo tipo, frutto non soltanto delle scelte passate, buone o cattive che siano (ogni scelta determina una conseguenza), ma anche di vicende di carattere finanziario.

Non voglio enfatizzare il tema relativo all'abolizione dei *ticket*; tuttavia, poiché da tempo esamino i conti riferiti all'ultimo triennio, ho potuto verificare che alcune spese sono impazzite. Quindi, registro un dato che inevitabilmente finisce per caratterizzare anche questo tipo di finanziaria.

Sulla base della mia esperienza (sono in Parlamento da parecchio tempo), posso dichiarare che questa finanziaria non comporta grandi battaglie o molte tensioni. È una finanziaria che in questo clima cerca di dare una risposta più o meno adeguata alle esigenze del Paese. Essa nasce anche in un quadro internazionale particolare ricordato anche da qualche senatore dell'opposizione oltre che da colleghi della maggioranza. Sarebbe sciocco da parte nostra dimenticare quanto è accaduto ormai un anno e mezzo fa; non so cosa avverrà nei prossimi mesi; non so soprattutto se la grande macchina americana riuscirà a rimettersi in moto e a innescare lo sviluppo economico; non so se in aprile o in maggio dovremo prevedere ulteriori manovre di carattere economico.

In questo Paese spesso «ci stracciamo le vesti» per fatti di tipo politico (chi più e chi meno), ma poi il giorno dopo ognuno riprende la corretta e sana abitudine di fare come se nulla fosse successo. Ricordo quanto ci siamo detti, dopo l'11 settembre, in diverse sedi istituzionali, anche fuori del Paese. Eravamo tutti consapevoli delle conseguenze economiche negative che quegli eventi avrebbero prodotto. Gli andamenti registrati dalla Borsa non sono stati un caso e chi ha la fortuna o la sfortuna di vivere in quel contesto sa benissimo cosa è successo; però, esattamente un

mese dopo, abbiamo dimenticato tutto. Si tratta, invece, di eventi che lasceranno un segno per i prossimi decenni, anche a livello internazionale, per i rapporti con un certo mondo, con l'area dell'Est, e per la presenza di nuove potenze a livello internazionale che comporteranno relazioni diverse.

Come è stato evidenziato sia dalla maggioranza che dall'opposizione, questo tipo di finanziaria risente di tale clima. Non può esservi, quindi, un'emozione particolare. Ricordo che in passato la finanziaria era molto importante e ovviamente caratterizzava anche alcune scelte di carattere politico. Non possiamo dimenticare la vicenda relativa al Titolo V della Costituzione, che comporta un cambio epocale nei rapporti tra lo Stato e le Regioni. Voi sapete quello che significa.

Proprio l'altro ieri ho rappresentato il Ministero della salute – cito questo episodio perché mi sembra significativo – con riferimento alla questione delle onde elettromagnetiche. Come è noto, in materia di protezione dalle esposizioni ai campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici, lo Stato ha competenza esclusiva. Bene, posso dirvi che due o tre Regioni hanno fatto proprie leggi in materia. Ma non è questo che mi preoccupa, bensì che le materie di competenza esclusiva o concorrente non sono più motivo di confronto fra lo Stato e le Regioni. Ormai gli assessori regionali, di qualsiasi settore, attività produttive, agricoltura o quant'altro, mostrano una sorta di fastidio, vanno per conto loro, e questo riguarda tutti, quelli di centro-destra e quelli di sinistra. Ieri mattina abbiamo affrontato il tema dell'anagrafe bovina, una tematica di carattere nazionale, e anche lì ognuno andava per conto suo: il Piemonte bada ad alcune cose, la Lombardia ad altre, e così via. In sede di accordo si era stabilito che, ove fosse mancata la possibilità di intervenire a livello regionale, lo si sarebbe fatto a livello nazionale, ma ciò non avviene ed è quanto mi preoccupa sul piano politico. Qui non c'è maggioranza e opposizione che tenga, non è questione di colorazioni politiche, perché si sta sfaldando il rapporto tra lo Stato e le Regioni.

Lo Stato deve difendere il Servizio sanitario nazionale e voi sapete che in ogni occasione questo è quanto ho sostenuto. Sono stato fra i pochi ad aver preso posizione rispetto al sistema delle mutue e delle assicurazioni che qualcuno voleva lanciare. Per il poco che conto mi sono opposto, perché ritengo che introdurre tale sistema significherebbe distruggere il Servizio sanitario nazionale. Ho invitato a discutere sulla proposta di legge in materia di fondo di solidarietà per i non autosufficienti che l'onorevole Battaglia ha presentato alla Camera e ho trovato la disponibilità del presentatore a verificare alcuni aspetti. Altri Gruppi della maggioranza come Forza Italia e Alleanza Nazionale hanno presentato dei disegni di legge per tentare di trovare soluzioni diverse rispetto al taglio che era stato proposto, soluzioni che non sono quelle delle mutue e delle assicurazioni. Per stipulare una assicurazione, infatti, chi ha i soldi non ha bisogno dello Stato, è in grado di pagarsela; così non è per chi non ha sufficienti mezzi economici. A volte trovo vergognoso vedere che siamo esentati dal pagare in farmacia quei cinquanta o cento euro di medicinali che pure potremmo

permetterci. È ingeneroso allora da parte dell'opposizione affermare che non crediamo nel sistema del Servizio sanitario nazionale, mentre ci crediamo al punto che ci siamo assunti delle responsabilità. Il sistema delle mutue e delle assicurazioni, per esempio, che qualcuno in prima battuta aveva pensato potesse divenire sostitutivo di quello sanitario nazionale, oggi viene visto come integrativo. Il Governo – lo confermo in questa sede – non intende mettere in discussione il Servizio sanitario nazionale.

Il senatore Carella parlava di riordino, di rimodulazione delle strutture sanitarie sostenendo che questa finanziaria, pur prevedendo interventi per questo, non impegna risorse adeguate. Io rispondo al senatore Carella che questo è vero, ma è altrettanto vero che solo alcune Regioni hanno avuto il coraggio di dire ai sindaci e alla gente che tenere in piedi strutture di un certo tipo è vergognoso, colpevole. La Toscana e l'Emilia Romagna hanno già superato l'impatto perché le loro scelte le hanno fatte vivere, digerire nel tempo. Il presidente Fitto si è preso gli sputi in faccia a Terlizzi; il suo è stato un atto di coraggio che va difeso così come vanno difesi gli amministratori che hanno deciso in questo senso. Così si fa oggi per il Lazio e domani lo si farà per altre Regioni. Non è vero allora che la rimodulazione delle strutture sanitarie passa solo per le risorse, forse passa anche attraverso la verifica degli interventi che le Regioni devono fare. Veniamo sempre chiamati a rispettare gli impegni, e allora vorrei ricordare alcuni degli impegni, appunto, che l'8 agosto 2001 le Regioni assunsero, per vedere se sono stati o meno rispettati. Quell'Accordo fissa il principio fondamentale secondo cui alla copertura degli eventuali sfondamenti di spesa sanitaria oltre i tetti di spesa di volta in volta prefissati provvede il «livello istituzionale» (lo Stato o le Regioni) che dei disavanzi è responsabile. Nell'Accordo è previsto, inoltre, che le Regioni adottino alcune specifiche misure di contrasto agli sfondamenti. Le misure previste (punti 2, 15 e 19 dell'Accordo) riguardano, in particolare, l'anticipazione della verifica degli andamenti della spesa, ai sensi dell'articolo 83 della legge n. 388 del 2000 e l'adesione alle convenzioni in tema di acquisti di beni e servizi. Vorrei che qualcuno mi dicesse – a me non risulta – se c'è una Regione che ha aderito alle convenzioni in tema di acquisti a livello nazionale di beni e servizi. Citateme una. Che vuol dire questo? Mi riesce difficile spiegare ai cittadini che la Regione Veneto compra o vende a 100, la Regione Lazio a 98, la Liguria a 96, la Sicilia a 103, la Lombardia a 106. Ancora più difficile sarebbe spiegare al cittadino che a Roma l'ASL RMA compra o vende a 90, la B a 98, la C a 92 e la D a 86. Questo significherebbe pure qualcosa. Ciascuno di voi ha fatto l'assessore e sa cosa vuol dire la mancata adesione ad una convenzione. E mi riferisco all'Accordo del 2001, non di venti anni fa, in cui si richiama anche il rispetto da parte delle Regioni degli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa. Anche a questo riguardo alcune Regioni si sono attivate mentre altre devono ancora farlo. Su sollecitazione, giusta, delle opposizioni inserimmo l'obbligo di monitorare la spesa sanitaria, quella farmaceutica in particolare. Quante Regioni lo hanno fatto però?

Tra le altre misure, l'Accordo prevede anche l'adeguamento alle prescrizioni del patto di stabilità interno; l'impegno a mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, attivando anche un «tavolo tecnico» presso la Conferenza Stato-Regioni per la verifica del rispetto di tali livelli e dei fattori determinanti l'evoluzione della spesa; l'impegno a mantenere la stabilità della gestione; la quantificazione dei maggiori oneri a loro carico, con indicazione dei mezzi di copertura. L'Accordo dell'8 agosto 2001 ha consentito per la prima volta l'erogazione di determinate somme. Lo Stato ha trasferito denaro alle Regioni, alcune delle quali non hanno però rispettato gli impegni assunti con la sottoscrizione dell'Accordo, il cui rispetto era il presupposto fondamentale perché ci fosse la seconda tornata di trasferimenti. Non a caso, il disegno di legge finanziaria, all'articolo 37, fa riferimento a quei principi ed impegni e ne aggiunge altri. Ci si augura, infatti, che ciò serva a far sì che gli impegni siano rispettati. Quando è stata trasferita la prima *tranche* di 138.000 miliardi di lire per l'anno 2002, a maggio alcune Regioni avevano già speso l'intera quota loro spettante. Dobbiamo anche considerare che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ha natura di atto complessivo che, non dimentichiamolo, è stato concordato all'unanimità. Ricordo che in sede di Conferenza Stato-Regioni la Regione più piccola può bloccare l'erogazione del finanziamento perché non ha raggiunto l'accordo col Governo. Se non c'è l'unanimità l'accordo non va avanti. In questo caso, trascorso un certo numero di giorni, il Governo deve assumersi la responsabilità di decidere: *pacta sunt servanda*. Ciò, poi, riguarda ciascuno di noi, perché il trasferimento di soldi alle Regioni in un contesto differente da quello che immaginiamo può essere frutto di scelte sbagliate; può anche accadere – come ricordavano poc'anzi il senatore Mascioni e la senatrice Baio Dossi – che all'interno del complesso dei finanziamenti previsti, rispettando quel tipo di impegno, si destinino le risorse per altri fini. Si parla sempre di impegni riferiti alla diminuzione dell'appropriatezza delle prestazioni: questo fa parte dell'Accordo dell'8 agosto 2001. Forse, per motivi istituzionali, io sono un po' più informato di voi. Se si esaminano i bilanci delle ASL di alcune Regioni d'Italia è possibile verificare che le prestazioni improprie sono tra il 15 e il 25 per cento. Chiedo allora se possa ritenersi giusto che le Regioni che non hanno rispettato gli impegni sottoscritti debbano continuare a chiedere denaro o se invece non sarebbe opportuno, tra persone per bene, mettersi intorno ad un tavolo ed invitare tutte le Regioni inadempienti a rispettare gli impegni assunti per evitare di penalizzare quelle che invece hanno adottato il piano di riordino delle strutture sanitarie, hanno ridotto le liste di appropriatezza, e così via. Per fortuna, ci sono alcune Regioni che hanno fatto tutto questo.

Se si decide che c'è un livello istituzionale rappresentato dallo Stato e dalla Conferenza Stato-Regioni e se addirittura si vuole che l'Accordo passi all'unanimità, non si possono certamente evidenziare le differenze tra le varie Regioni: non spetta a noi farlo, perché è un dato di tipo istituzionale.

Voglio tornare ad affrontare alcuni temi specifici che considero importanti, sempre rispetto ad una finanziaria – ripeto – che non vi emoziona e tanto meno emoziona me.

Qualcuno ha giustamente parlato di ospedali di eccellenza nel territorio. Ritengo che l'ospedale di eccellenza rappresenti un elemento fondamentale. Voi avete approvato – io, come Governo, non ero presente – un piano sanitario nazionale con osservazioni raccolte dalla maggioranza, il cui elemento fondamentale è rappresentato dagli ospedali di eccellenza nel territorio. Ritengo, però, che il territorio, per essere rispondente a certi requisiti e a certe richieste, abbia bisogno di risorse finanziarie. La conseguenza del trasferimento sul territorio di alcune strutture che stavano all'interno degli ospedali è il trasferimento delle risorse corrispondenti al territorio, a meno che non si intenda accettare quanto viene proposto per qualche ospedale. Cito per tutti l'esempio del Policlinico Umberto I di Roma che si è pensato di sdoppiare trasferendo 450 posti letto in un'altra zona di Roma. In base a un ragionamento che definirei folle si chiede che il personale (cioè i primari, gli infermieri e gli amministrativi) rimanga in carico al Policlinico.

Se tutti noi ci impegnassimo a fare in modo che le Regioni che ancora non lo hanno fatto rispettino gli impegni assunti, probabilmente, senza sposare posizioni estremistiche, che alla fine si rivelano inutili, riusciremmo a conseguire qualche risultato.

Per quanto riguarda la Commissione unica sui dispositivi medici di cui all'articolo 38, c'è la possibilità di immaginare tale organismo come un tentativo maldestro, sbagliato e strumentale, che potrebbe essere corretto, soprattutto dando segnali univoci rispetto a questi dispositivi. Come è noto, i dispositivi medici determinano spesso spese ingenti. Non è peraltro facilmente comprensibile il fatto che una valvola cardiaca di tipo C si possa vendere a Milano a 1.000, a Roma a 900 e a Bari a 800.

MAGRI (*UDC:CCD-CDU-DE*). Le Regioni non hanno voluto fare l'Osservatorio.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Se vogliamo difendere il Servizio sanitario nazionale, lo Stato si deve riappropriare di alcune funzioni che servono a monitorare la spesa e a dare corretti segnali.

Mi auguro che la Commissione d'inchiesta che avete istituito faccia chiarezza rispetto ad alcune vicende a livello nazionale, su cui è opportuno dare un segnale. Auspico, ad esempio, che in quella sede sia compiuta una verifica sul motivo per cui alcuni fondi *ex* articolo 20 della spesa sanitaria non sono stati impegnati. Mi auguro anche che si spieghi perché in qualche Regione, dopo otto anni, ancora non c'è un progetto di massima, in modo che chi ha sbagliato si assuma le proprie responsabilità.

La previsione di revocare i finanziamenti alle Regioni inadempienti per trasferirli alle Regioni che hanno adottato comportamenti gestionali

più efficienti (ce ne sono tante) sarebbe un giusto premio per queste ultime.

Un'ultima osservazione riguarda i medici specializzandi, la cui situazione è certamente meritevole di attenzione. Al riguardo desidero osservare che la mancata individuazione di risorse economiche adeguate a risolvere il problema non può essere imputata a questo Governo, visto che il decreto legislativo n. 368 è del 1999. Ci si dovrebbe piuttosto chiedere perché chi nel 1999, nel 2000 e nel 2001 era al Governo non ha individuato tali risorse e perché non hanno trovato applicazione le disposizioni del citato decreto legislativo n. 368. Quale Governo era in carica nel 1999? A chi deve essere imputata la «mancata individuazione di adeguate risorse economiche»?

Al fine di evitare polemiche, nel momento in cui in questa Commissione tentiamo di farci carico del problema degli specializzandi, è opportuno che ci si renda conto che la questione è stata ereditata dal precedente Governo, che per due anni e mezzo non ha fatto nulla per risolverla.

CARELLA (*Verdi-U*). Oggi c'è questo Governo!

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Troppo comodo: per tre anni non avete fatto niente!

La finanziaria risente di alcune scelte operate in passato, anche di tipo economico, e risente di alcune indicazioni; infatti, probabilmente in quel periodo i Governi non avevano risorse finanziarie per dare risposta a questo problema ed hanno dovuto fare altro.

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

Illustro gli ordini del giorno n. 0/1826/1/12, che reca la firma anche della senatrice Bianconi e del senatore Salini, e n. 0/1826/8/12.

In sostanza, l'ordine del giorno n. 1 è volto a consentire al personale medico del Servizio sanitario nazionale, collocato a riposo da non oltre 12 mesi, di usufruire (nel caso in cui vengano emanate a livello contrattuale o in finanziaria norme diverse riguardo al pensionamento) di benefici e facoltà che permettano loro di essere riammessi in servizio.

L'ordine del giorno n. 8 riguarda il recepimento delle richieste dei medici specializzandi e impegna il Governo alla rapida e completa attuazione del decreto legislativo n. 368 del 1999.

CARELLA (*Verdi-U*). Signor Presidente, intervengo per illustrare gli ordini del giorno n. 0/1826/2/12 e n. 0/1826/3/12.

Nel primo, che non mi sembra richieda una particolare illustrazione, richiamiamo il tema, su cui anche altri colleghi si sono soffermati nel corso della discussione, della mancanza di fondi nella tabella D della legge finanziaria per quanto concerne l'ammodernamento e la riqualificazione delle strutture sanitarie nei grandi centri urbani. L'ordine del giorno impegna il Governo a stanziare il finanziamento per il piano di riqualifi-

cazione concernente le aree metropolitane a partire dal 2003 anziché, come i documenti contabili prevedono, solo dal 2005.

L'ordine del giorno n. 3 segue la stessa filosofia e gli stessi obiettivi ed impegna il Governo a ripristinare il fondo per la copertura finanziaria degli accordi di programma *ex* articolo 5-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992, cioè gli accordi di programma per l'edilizia sanitaria.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente, illustro, per il momento, l'ordine del giorno n. 0/1826/4/12, che riguarda i medici specializzandi e ribadisce la proposta che ho già avanzato al Governo di coinvolgere le Regioni anche per un eventuale reperimento dei finanziamenti. Ritengo però che tale possibilità non possa essere disgiunta da un accordo sulla situazione finanziaria relativa agli accantonamenti di quei 12.000 miliardi di cui parlavo prima.

Do invece per illustrati gli ordini del giorno nn. 0/1826/5/12 e 0/1826/6/12.

PRESIDENTE. Poiché i contenuti dell'ordine del giorno n. 0/1826/6/12 non sono di stretta pertinenza della Commissione sanità, tale ordine del giorno dovrebbe essere riformulato o presentato direttamente alla 5^a Commissione.

MASCIONI (*DS-U*). Allora, signor Presidente, lo ritiro.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. L'ordine del giorno n. 0/1826/7/12 riguarda una questione, quella dei corsi di riqualificazione per gli infermieri generici e le puericultrici, su cui mi sono già soffermato illustrando lo schema di rapporto. Non torno perciò sull'argomento e do per illustrato l'ordine del giorno.

TONINI (*DS-U*). Do per illustrato l'ordine del giorno n. 0/1826/9/12.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente intervengo per illustrare i rimanenti ordini del giorno di cui sono primo firmatario.

L'ordine del giorno n. 0/1826/10/12 chiede che siano verificate le priorità cui dare immediato accesso in termini di risorse al fine di operare un riequilibrio del patrimonio strutturale sanitario del Paese.

L'ordine del giorno n. 0/1826/11/12 affronta un argomento che sta a cuore, credo, a tutti i senatori, quello dell'assistenza alle persone affette dal morbo di Alzheimer e impegna il Governo a reperire le risorse necessarie perché il progetto Cronos per l'assistenza di questi malati possa essere rifinanziato e proseguire.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Credo che il progetto sia finanziato fino a marzo.

MASCIONI (*DS-U*). Con l'ordine del giorno n. 01826/12/12 chiediamo di promuovere una Conferenza europea sulla salute della popolazione anziana, un tema non estraneo rispetto ai provvedimenti che dovremo assolutamente assumere per il problema delle non autosufficienze.

Do per illustrato l'ordine del giorno n. 01826/13/12 sull'assistenza infermieristica nelle strutture ospedaliere e territoriali. Per quanto riguarda l'ordine del giorno n. 0/1826/14/12, in tema di attuazione del Progetto obiettivo per la salute mentale, la nostra richiesta è che tale progetto sia reiterato per il triennio successivo al 2000. Colgo l'occasione per sottolineare che non possiamo affermare nel piano sanitario nazionale che l'approccio custodialistico per i malati di mente va evitato e poi offrire sostegno – grazie al cielo non di tutta la Casa delle libertà – alla proposta di legge Burani-Procaccini all'esame della Camera, alla quale siamo fortemente contrari.

Do per illustrati gli ordini del giorno n. 0/1826/15/12, relativo alle malattie rare, e n. 0/1826/16/12.

Sull'ordine del giorno 0/1826/17/12 è già intervenuta la collega Baio Dossi. Ricordo soltanto che l'ultimo rifinanziamento (per 4.000 miliardi di lire) dell'articolo 20 della finanziaria 1989 lo troviamo nella finanziaria del 2001.

PRESIDENTE. La fase dell'illustrazione degli ordini del giorno è così esaurita.

Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei documenti di bilancio alla seduta già prevista per domani mattina.

I lavori terminano alle ore 16,55.

ALLEGATO

DISEGNO DI LEGGE N. 1826

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)

ORDINI DEL GIORNO

0/1826/1/12

TOMASSINI, SALINI, BIANCONI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

appare opportuno ampliare l'ambito della fattispecie della riammissione in servizio del personale medico del Servizio sanitario nazionale, al fine di consentire ai dipendenti di tale categoria, in quiescenza da non oltre dodici mesi, di usufruire della sopracitata facoltà in modo pieno, senza eccessive limitazioni e con procedure semplificate;

dall'ampliamento della sopracitata facoltà di riammissione deriverrebbero effetti positivi sia sul piano dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale (con conseguente possibilità per le strutture sanitarie pubbliche di usufruire di personale medico con lunga esperienza professionale) e sia sul piano della tutela del personale medico in quiescenza, al quale sarebbe consentita, tra l'altro, anche la possibilità di usufruire di eventuali benefici e facoltà che potrebbero essere introdotti con la legge finanziaria 2003 in materia di rapporto di lavoro dei medici del Servizio sanitario nazionale nonché, in materia previdenziale, per quel che concerne l'eventuale elevazione del limite massimo di età per la permanenza in servizio;

le finalità di buon andamento ed efficienza del Servizio sanitario nazionale nel caso di specie si conciliano pienamente con le esigenze – rilevanti sotto il profilo dell'equità – di tutela del personale medico in quiescenza,

impegna il Governo:

ad attivarsi, anche in sede di contrattazione collettiva, al fine di addivenire ad un ampliamento della facoltà di riammissione in servizio del

personale medico del Servizio sanitario nazionale in quiescenza da non oltre dodici mesi (in modo tale da garantire allo stesso la possibilità di usufruire degli eventuali benefici previsti dalla finanziaria 2003 in materia di rapporto di lavoro dei medici del SSN) ed altresì ad una rilevante semplificazione del procedimento amministrativo prodromico alla riammissione stessa».

0/1826/2/12

BETTONI BRANDANI, BAIO DOSSI, CARELLA, DI GIROLAMO, LIGUORI, LONGHI, MASCIONI, TONINI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

nella tabella D del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003 si rinvia all'anno 2005 uno stanziamento di 100 milioni di euro per il «Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani» (articolo 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448);

tale scelta del Governo penalizza fortemente la riqualificazione delle strutture sanitarie e dei centri di eccellenza, che spesso si concentrano proprio nelle grandi aree metropolitane, dove più complessa è anche la domanda sanitaria,

impegna il Governo:

a rendere disponibile il finanziamento per il «Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani», con l'esercizio finanziario relativo all'anno 2003».

0/1826/3/12

BETTONI BRANDANI, BAIO DOSSI, CARELLA, DI GIROLAMO, LIGUORI, LONGHI, MASCIONI, TONINI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

nella tabella D del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003 non vengono previste risorse per la copertura finanziaria degli Accordi di programma, ex articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre

1992, n. 502, necessarie per il finanziamento della seconda fase dei programmi regionali di ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie e loro messa a norma;

la mancata previsione di tali risorse di fatto vanifica ogni ipotesi di riqualificazione della rete ospedaliera e di potenziamento delle strutture sanitarie territoriali,

impegna il Governo:

a ripristinare il fondo per la copertura finanziaria degli accordi di programma *ex* articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».

0/1826/4/12

BETTONI BRANDANI, BAIO DOSSI, CARELLA, DI GIROLAMO, GARRAFFA, GIOVANELLI, GUERZONI, LIGUORI, LONGHI, MASCIONI, TONINI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

l'articolo 24, comma 1, ultimo periodo dell'Atto Senato 1826 (Disegno di legge finanziaria 2003) stabilisce il regime di «congelamento» anche per le borse di studio dei medici in formazione specialistica per il triennio 2003-2005;

il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevede la trasformazione delle borse di studio in contratti di formazione lavoro coerentemente alle normative comunitarie;

circa 24.000 medici specializzandi garantiscono, con le loro prestazioni, il funzionamento di reparti e strutture ospedaliere in tutte le regioni italiane e, per tanto, non possono essere considerati semplicisticamente studenti universitari ma operatori sanitari indispensabili al funzionamento del servizio sanitario pubblico,

impegna il Governo:

ad attivare immediatamente un confronto con le regioni per definire un quadro che consenta, in sede di legge finanziaria 2003, di dare attuazione al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, trasformando le borse di studio in contratti di formazione lavoro».

0/1826/5/12

LONGHI, MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, BAIO DOSSI, GAGLIONE, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GUERZONI, GARAFFA, FLAMMIA, GIOVANELLI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

visto il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante: «Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE;

rilevato come il decreto legislativo n. 368 del 1999, al titolo VI «Formazione dei medici specialisti» regolamenti, agli articoli 34, 35 e 36, le modalità: a) di aggiornamento dell'elenco delle specializzazioni; b) di individuazione dei fabbisogni dei medici specialisti da formare; c) di determinazione del numero dei posti da assegnare; d) di ammissione alle scuole di specializzazione; e agli articoli 37, 38, 39, 40, 41 e 42: a) le modalità e i contenuti del contratto annuale di formazione-lavoro; b) le cause di risoluzione anticipata del contratto; c) i contenuti dell'attività formativa e assistenziale dei medici in formazione; d) la previsione di un trattamento economico annuo onnicomprensivo; e) eventuali impedimenti e incompatibilità; f) il regime previdenziale e assistenziale; g) la copertura assicurativa per i rischi professionali;

sottolineato come gli articoli da 37 a 42 del decreto legislativo n. 368 del 1999 non abbiano ancora trovato concreta applicazione in mancanza delle ulteriori risorse economiche, prefigurate all'articolo 46 dello stesso decreto legislativo;

ritenuto che le previsioni del decreto legislativo n. 368 del 1999 non possano essere ulteriormente differite stante la necessità di garantire agli specializzandi adeguati percorsi formativi caratterizzati dall'adozione dei criteri, delle modalità e degli strumenti che meglio possono garantire l'acquisizione di elevate capacità professionali attraverso la frequenza programmata delle attività didattiche e lo svolgimento di attività assistenziali;

ricordato che nel Documento sul disegno di legge finanziaria per l'anno 2003, presentato il 4 ottobre al Presidente del Consiglio dei ministri, le Regioni hanno richiesto l'attuazione del decreto legislativo n. 368 del 1999, quantificando i costi incrementali derivanti da tale attivazione in 100 milioni di euro annui, che devono trovare copertura con fondi aggiuntivi rispetto a quelli previsti dall'Accordo dell'8 agosto 2001 tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

evidenziato come gli specializzandi svolgano nell'ambito dei servizi sanitari regionali un ruolo assistenziale assai rilevante, alle volte sostitutivo di quello del personale di ruolo,

impegna il Governo:

ad intervenire affinché nel disegno di legge finanziaria 2003, attualmente all'esame del Parlamento, vengano stanziati i fondi necessari alla piena applicazione del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368».

0/1826/6/12

LONGHI, MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, BAIO DOSSI, GAGLIONE, DI GIROLAMO, BETTONI BRANDANI, FLAMMIA

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

visto che varie consulte regionali, comunali e provinciali, organismi unitari delle Associazioni per i diritti degli handicappati e varie associazioni di volontariato impegnate nel sociale, esprimono preoccupazione per quanto si sta decidendo sulla legge finanziaria nei confronti delle fasce deboli;

considerato che a livello nazionale ci sono 6 milioni di persone che presentano gravi difficoltà di sopravvivenza, che vengono penalizzate dalle politiche di contenimento della spesa pubblica,

impegna il Governo:

a) a non effettuare tagli finanziari ed al personale operante nelle scuole (insegnanti di sostegno e personale non docente);

b) a non eliminare i finanziamenti destinati al «Dopo di noi»;

c) a non effettuare il blocco dei contributi previsti dalla legge 9 gennaio 1989, n. 13, finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche nelle abitazioni private;

d) a non eliminare i fondi destinati alle imprese che assumono disabili;

e) a non tagliare i fondi destinati ai comuni penalizzando i servizi sociali, l'assistenza scolastica, i trasporti, l'assistenza domiciliare e ogni possibile intervento a sostegno delle fasce deboli;

f) a non eliminare i fondi (50 milioni di euro) destinati ai disabili».

0/1826/7/12

SALINI, SALZANO, TOMASSINI, BIANCONI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che gli infermieri generici e le puericultrici svolgono di fatto funzioni superiori alle mansioni attribuite alle loro categorie professionali,

impegna il Governo:

a provvedere affinché gli infermieri generici e le puericultrici, in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, possano partecipare, a domanda, ai corsi di riqualificazione professionale indetti dalle Regioni e, altresì, ad inquadrare coloro che abbiano partecipato con esito positivo ai corsi suddetti nella categoria "C" ad esaurimento».

0/1826/8/12

TOMASSINI, SALINI, SALZANO, BIANCONI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

vista la direttiva 93/16/CEE, attuata ai sensi del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368;

considerato che nel passato non si è data attuazione al dispositivo del decreto legislativo suddetto né dal punto di vista economico, né da quello giuridico-normativo;

constatato che il Governo aveva previsto tale possibilità nel Documento di programmazione economico-finanziaria per gli anni 2003-2006;

considerato il grave e perdurante disagio dei medici «specializzandi» di tutte le Facoltà di Medicina d'Italia, che di fatto partecipano attivamente alle attività assistenziali, senza un adeguato riconoscimento economico, previdenziale e normativo,

impegna il Governo:

alla rapida e completa attuazione del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, con la definizione: a) di un contratto di lavoro di tipo subordinato; b) di un trattamento economico adeguato con corrispondente tutela dei contributi ai fini previdenziali e assicurativi; c) del riconoscimento dei titoli di carriera per tutti medici che si siano specializzati secondo le modalità previste dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257».

0/1826/9/12

VIVIANI, TONINI, MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, DI GIROLAMO, LONGHI, GAGLIONE, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premessi che:

le persone mutilate della voce (laringectomizzate), a seguito dell'asportazione chirurgica della laringe per la presenza di una neoplasia, vivono in condizioni di grave limitazione umana, in seguito alla perdita della voce laringea;

riacquistare l'uso della voce rappresenta una condizione fondamentale per la piena integrità fisica, psicologica e relazionale;

una adeguata terapia deve iniziare con una informazione preliminare, da parte del medico, sulle caratteristiche e le conseguenze dell'intervento;

sia nella fase pre-operatoria che in quella successiva all'intervento, è auspicabile un supporto psicologico da parte di specialisti, sia per il paziente che per i familiari;

l'intervento chirurgico di laringectomia totale può prevedere una successiva rieducazione fonatoria secondo il metodo classico, che sfrutta l'emissione dell'aria accumulata nell'esofago, ovvero con l'applicazione di endoprotesi, allo scopo di facilitare l'emissione di suoni sfruttando il passaggio forzato, attraverso la protesi, dell'aria accumulata nell'albero tracheo-bronchiale;

i due metodi di riacquisto della voce determinano effetti diversi, in particolare, quello dell'applicazione dell'endoprotesi determina effetti collaterali condizionanti la piena autonomia del paziente, comportando la necessità di un ricambio periodico della stessa endoprotesi, inoltre, l'esperienza personale di tanti pazienti dimostra la positività del metodo naturale di riacquisto della voce, anche se più lento, in quanto determina una più piena autonomia fisica e psicologica del paziente stesso,

impegna il Governo:

ad assegnare, attraverso precise direttive, la preferenza primariamente al metodo naturale, indirizzando i pazienti, all'atto della dimissione post-operatoria, ad un trattamento da parte di foniatristi e logopedisti presso i reparti del Servizio sanitario nazionale o presso le associazioni dei mutilati della voce e di prevedere in un secondo tempo, in caso di provato insuccesso della rieducazione naturale, ed in ogni caso su richiesta del paziente, l'applicazione dell'endoprotesi;

a prevedere nel prontuario farmaceutico, in caso di applicazione dell'endoprotesi, la piena disponibilità gratuita per tale ausilio, compresi gli accessori, anche per i successivi interventi di manutenzione e ricambio».

0/1826/10/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

le risorse per gli investimenti in edilizia sanitaria, innovazione delle tecnologie biomedicali e strutture territoriali, sono state decurtate, ove non traslate, al 2005-2006;

queste operazioni rischiano di vedere annullati, ovvero differiti nel tempo, accordi di programma e intese istituzionali già formalmente contratti tra Ministero della salute e regioni;

ciò comporterebbe un grave danno alle regioni, soprattutto meridionali, le cui proposte riguardano la ristrutturazione delle reti ospedaliere e l'implementazione delle strutture di territorio, nonché, per le regioni del Centro-Nord, il rinnovamento del patrimonio delle tecnologie radiodiagnostiche e medicali e l'adeguamento delle strutture per gli anziani e dei poliambulatori diagnostici,

impegna il Governo:

a verificare, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le priorità cui dare immediato accesso in termini di risorse al fine di operare un riequilibrio del patrimonio strutturale sanitario del Paese».

0/1826/11/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premessi che:

la malattia determinata dal morbo di Alzheimer è considerata tra le patologie cronico-degenerative la più rilevante ed interessa, ad oggi, circa 800.000 malati in forma lieve, moderata e acuta;

a partire dal settembre 2002 è stato avviato nel nostro paese il progetto Cronos, grazie al quale, presso le unità di valutazione, circa 35.000 ammalati nella forma lieve e moderata vengono assistiti con controlli periodici e la distribuzione gratuita di farmaci inibitori della colinesterasi;

il progetto Cronos è un modello innovativo mai realizzato prima in Europa; voluto fortemente dal precedente Ministero della sanità e portato avanti dall'attuale Ministero della salute, esso poggia su un *network* costituito da una capillare rete assistenziale attiva in tutto il Paese, denominata Uva, nella quale operano medici di famiglia, farmacisti e associazioni dei pazienti;

più di 1800, fra neurologi, geriatri, psichiatri, psicologi e operatori sanitari specializzati nel trattamento dell'Alzheimer sono l'ossatura portante del progetto nell'assistenza e nel controllo dei 35.000 pazienti, che vengono seguiti e controllati durante il decorso della malattia,

impegna il Governo:

alla scadenza del progetto Cronos (marzo 2003), a trovare le necessarie risorse perché esso prosegua e si qualifichi in base all'esperienza conseguita;

a fornire gratuitamente ai pazienti assistiti i farmaci sperimentali, che occorre non interrompere per misurarne nel tempo l'efficacia, affinché le forme lievi e moderate non degenerino in cronicità».

0/1826/12/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premessi che:

la seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento indetta dall'ONU a Madrid si è conclusa con il monito a tutti i Paesi membri di rivolgere particolare attenzione ai cambiamenti demografici senza precedenti che stanno modificando e pregiudicando l'umanità;

l'Italia, con una popolazione anziana *over* 60 che già costituisce il 24,5 per cento del totale e che entro il 2050 sarà al 37 per cento, ha conquistato il primato mondiale in fatto di invecchiamento;

il problema dell'integrazione socio-sanitaria e dell'organizzazione dei servizi dedicati alla popolazione anziana in particolare per i non auto-sufficienti (assistenza domiciliare, strutture di accoglienza residenziali e semi-residenziali, servizi a bassa soglia) costituisce ancora il punto di maggior debolezza del nostro sistema;

i bisogni di cura ed assistenza sono differenziati fra i sessi e che la popolazione femminile anziana è maggiormente soggetta a patologie cronico-degenerative con una aspettativa di vita mediamente di un 20-25 per cento superiore agli uomini;

le statistiche sull'esclusione sociale e le povertà segnalano la maggior fragilità nella popolazione anziana femminile in assenza di legami parentali,

impegna il Governo:

ad attivarsi in collaborazione con il Parlamento e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, affinché l'Italia promuova entro il 2003 una Conferenza Europea sulla salute della popolazione anziana al fine di verificare la congruità di politiche comuni in ambito europeo, progetti comuni di ricerca sulle patologie cronico-degenerative, sistemi e metodi comuni di rilevazione dei dati statistico epidemiologici al fine di verificare l'efficacia delle politiche dei singoli Stati membri e valutare strategie finalizzate alla qualità dell'invecchiamento della popolazione italiana ed europea;

ad attivare entro il primo trimestre del 2003, in accordo con le Commissioni parlamentari competenti e con la Conferenza unificata la verifica dei Livelli essenziali di assistenza e la loro omogeneità in tutto il Paese».

0/1826/13/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

l'emergenza infermieristica esistente nel Paese mette in serio pericolo il livello di assistenza nelle strutture ospedaliere e di territorio nei confronti dei cittadini;

il problema per essere risolto abbisogna di veder riconsiderata la programmazione del numero degli accessi al sistema formativo universitario;

occorre individuare un sistema di incentivi economici e di diritto allo studio per favorire la mobilità dei giovani che intendono perseguire il conseguimento della professione;

occorre stabilire procedure e strumenti più tempestivi per il riconoscimento e l'equivalenza dei titoli di studio posseduti da cittadini stranieri che vogliono esercitare nel nostro Paese,

impegna il Governo:

a trovare, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il primo trimestre del 2003, un'intesa comune con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, affinché sia predisposto un protocollo d'intesa con le Regioni, atto ad individuare fabbisogni reali, modalità di agevolazione degli accessi, strumenti di devoluzione a livello regionale per l'accertamento ed il riconoscimento dei titoli equipollenti».

0/1826/14/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

a tutt'oggi il progetto obiettivo «Tutela della salute mentale» non trova uniforme attuazione in tutto il Paese;

i livelli essenziali assistenziali relativi alla salute trovano scoperta la garanzia della tutela della salute mentale e dell'integrazione socio-sanitaria;

la Consulta nazionale per la salute mentale non è stata a tutt'oggi convocata per affrontare le modalità di verifica ed implementazione dei progetti;

i recenti fatti di cronaca impongono di non sottovalutare gli elementi di disagio psichico e affettivo alla base di manifestazioni violente e delittuose;

impegna il Governo:

a convocare la Consulta nazionale per la salute mentale, per la messa a punto e la verifica del progetto obiettivo «Tutela della salute mentale»;

a verificare, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, lo stato di applicazione del citato progetto e gli strumenti necessari

ad una congrua risposta al disagio mentale soprattutto nell'area giovanile e familiare;

a ridiscutere con le Regioni i livelli essenziali di assistenza, perché la salute mentale sia garantita ai cittadini attraverso i servizi territoriali, le case famiglia, i centri semi-residenziali, il pronto intervento 24 ore su 24 nel caso di crisi acuta, progetti di prevenzione e sostegno alle famiglie in tutti i casi di manifesto disagio psichico e psicologico giovanile e dell'età adulta».

0/1826/15/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

la politica farmaceutica ha bisogno di essere affrontata in un quadro sistematico e non solo dal punto di vista dell'utilizzo di strumenti di contenimento e razionalizzazione della spesa;

la necessità è quella di trovare adeguati strumenti, in campo nazionale ed europeo, che attivino la ricerca, modalità comuni per affrontare la produzione e la distribuzione di farmaci per le cosiddette malattie rare, procedure brevettabili, criteri scientifici comunemente condivisi circa i criteri di costo-efficacia in base ai quali valutare *in progress* l'adeguamento del Prontuario terapeutico nazionale (TPN),

impegna il Governo:

ad attivare, a partire dal mese di gennaio, un tavolo di confronto permanente tra industrie, distributori, farmacisti, rappresentanti dei medici di medicina generale, rappresentanti dei diritti dei cittadini e rappresentanti delle Regioni, al fine di valutare l'applicazione del nuovo Prontuario terapeutico nazionale (PTN) in termini di costo-efficacia per la salute dei cittadini, i criteri relativi alle prescrizioni dei farmaci sia di fascia A che di fascia C e all'adeguamento dei prezzi da parte delle imprese o di fuoriuscita dal mercato, nonché l'impatto sul sistema delle farmacie in termini di scorte o reperibilità dei prodotti soprattutto innovativi».

0/1826/16/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIIO DOSSI, BETTONI
BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

la questione medica assume rilievo centrale per la qualificazione e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale;

l'ordinamento vigente e l'attuale contesto contrattuale mantengono ben saldi i principi e gli strumenti di riconoscimento della professionalità legati al principio della responsabilità della dirigenza ai fini dell'appartenenza al Servizio sanitario nazionale e alla sua missione di tutela e di garanzia del diritto alla salute di tutti i cittadini,

impegna il Governo:

a costruire, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, un tavolo di verifica e di controllo sullo stato di applicazione dei dispositivi ordinamentali e contrattuali inerenti la professione medica, compresi gli istituti di libera professione *intra* ed *extramoenia*;

a promuovere la costituzione di una Commissione, rappresentativa delle organizzazioni sindacali mediche, delle Regioni, delle organizzazioni rappresentative dei diritti dei cittadini, al fine di approfondire le questioni inerenti alcuni strumenti ordinamentali e contrattuali per una loro applicazione, rispettosa della peculiarità della professione medica e al tempo stesso dell'esigenza di qualificazione del Servizio sanitario nazionale».

0/1826/17/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIIO DOSSI, BETTONI
BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerata l'importanza che la spesa sanitaria, tanto di parte corrente quanto per investimenti, riveste nel quadro complessivo della spesa pubblica, motivo per il quale essa deve essere oggetto di particolare attenzione nell'ambito della programmazione economica;

sottolineata la necessità di promuovere, nel quadro del riparto del fondo sanitario nazionale e degli altri finanziamenti erogati alle regioni, un'adequata ed incisiva politica di ammodernamento delle strutture sanita-

rie, in particolare di quelle ospedaliere, in quanto – nel settore sanitario – i veri risparmi si possono ottenere investendo nell'innovazione e determinando in tal modo il riassorbimento e l'eliminazione di sprechi e di utilizzi impropri di strutture obsolete,

impegna il Governo:

a predisporre un piano straordinario di investimenti nel settore sanitario, il quale, a partire dal rifinanziamento delle norme vigenti, consenta alle regioni di affrontare le ristrutturazioni di impianti ospedalieri rese necessarie dalle nuove norme in materia di posti letto e di tecniche alternative al ricovero, senza dover ricorrere per questo ad ulteriori indebitamenti sui propri bilanci e senza rinunciare alle priorità già indicate nei propri programmi di edilizia ospedaliera e di innovazione tecnologica».

GIOVEDÌ 21 NOVEMBRE 2002

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 9,15.

(1827 e 1827-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005 e relative Note di variazioni, approvato dalla Camera dei deputati

(Tabelle 15 e 15-bis) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2003

(1826) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), 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 nn. 1827 e 1827-bis (Tabelle 15 e 15-bis) e n. 1826, già approvati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame congiunto sospeso nella seduta di ieri.

Invito il relatore e il rappresentante del Governo ad esprimere il proprio parere sugli ordini del giorno presentati.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Pur rimettendomi definitivamente alle valutazioni che saranno svolte dal rappresentante del Governo, esprimo parere favorevole sugli ordini del giorno nn. 0/1826/1/12, 0/1826/7/12, 0/1826/10/12, 0/1826/12/12 e 0/1826/16/12. Esprimo, invece, parere contrario sui restanti ordini del giorno.

PRESIDENTE. Ritiro l'ordine del giorno n. 0/1826/8/12.

COZZOLINO (AN). Chiedo di aggiungere la mia firma all'ordine del giorno n. 0/1826/7/12.

CARELLA (Verdi-U). Signor Presidente, desidererei che quanto meno il rappresentante del Governo motivasse il suo parere sugli ordini del giorno presentati.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Ho già avuto modo di manifestare il mio giudizio in merito alla procedura anomala seguita in questo ramo del Parlamento per l'esame degli ordini del giorno. Siamo chiamati, infatti, ad esaminare alcuni ordini del giorno che hanno una valenza di tipo economico il cui accoglimento comporterebbe modifiche in termini finanziari di una manovra che peraltro deve ancora iniziare il suo *iter* in Assemblea. Per questo motivo non ritengo opportuno entrare nel merito degli stessi ordini del giorno, su cui a mio avviso sarebbe preferibile che esprimesse la propria valutazione il Ministro dell'economia e delle finanze. Se oggi dovessimo discutere nel merito di alcuni di questi ordini del giorno finiremmo con lo spostare entrate ed uscite e non credo che spetti al sottoscritto esprimere un giudizio al riguardo in questa sede. La procedura adottata in Senato – ripeto – è diversa da quella seguita dalla Camera dei deputati, dove gli ordini del giorno si presentano alla fine, quando cioè la manovra finanziaria ha terminato il passaggio previsto nelle Commissioni di merito e sono stati votati gli emendamenti. Questo è quanto prevede il Regolamento della Camera. Tutto ciò ha un rilievo dal punto di vista operativo, nel senso che non posso esprimere oggi una valutazione sugli ordini del giorno con valenza economico-finanziaria non sapendo ancora cosa accadrà nelle altre Commissioni, soprattutto in Commissione bilancio. Pertanto, per quanto riguarda gli ordini del giorno con tale caratteristica, rinvio alla sede dell'esame della manovra finanziaria presso la Commissione bilancio l'esplicitazione di un parere più articolato.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, intendo fare una precisazione, soprattutto per i colleghi che si trovano alla prima legislatura. L'obbligatorietà per il rappresentante del Governo di esprimere un parere sugli ordini del giorno in questa fase deriva dal fatto che, ai sensi dell'articolo 127, comma 2, del nostro Regolamento, gli ordini del giorno accolti dal Governo o approvati sono allegati, insieme ai rapporti, alla relazione generale della 5^a Commissione permanente, mentre quelli non accolti dal Governo o respinti dalle Commissioni possono essere ripresentati in Assemblea purché siano sottoscritti da otto senatori.

CARELLA (*Verdi-U*). Signor Presidente, condivido fino ad un certo punto le considerazioni del sottosegretario Curisi, nel senso che ritengo che una preventiva individuazione della copertura finanziaria sia necessaria esclusivamente per gli emendamenti, pena la dichiarazione di inammissibilità degli stessi.

Anche se io non ho una grandissima esperienza parlamentare – sono alla terza legislatura! – so che gli ordini del giorno costituiscono un impegno che il Governo sottoscrive con il Parlamento affinché i problemi in essi sollevati possano trovare una soluzione. L'ordine del giorno non necessariamente impegna il Governo a risolvere tali problemi nel corso della legislatura, in quanto l'impegno può anche riferirsi ad un momento successivo. Non credo pertanto che gli ordini del giorno debbano necessaria-

mente recare l'indicazione di una copertura finanziaria, essendo possibile rinviare a strumenti legislativi futuri il rispetto degli impegni recati dagli stessi. Il rischio che deriva dall'impostazione del rappresentante del Governo è quello di non poter presentare né in Aula né in Commissione alcun ordine del giorno privo di copertura finanziaria, non solo con riferimento al disegno di legge finanziaria ma più in generale a tutti i provvedimenti legislativi. Inoltre, se il problema è rappresentato dalla copertura finanziaria, vorrei capire che differenza c'è tra una raccomandazione ed un ordine del giorno.

PRESIDENTE. La Commissione prende atto dell'osservazione del senatore Carella. Peraltro, ricordo che il Governo può esprimere in assoluta libertà il proprio parere riguardo agli ordini del giorno.

LONGHI (*DS-U*). Non comprendo allora perché il relatore abbia espresso un parere favorevole sull'ordine del giorno 0/1826/1/12, con cui si chiede l'impegno del Governo ad attivarsi, in sede di contrattazione collettiva, al fine di ampliare la facoltà di riassunzione in servizio del personale medico in quiescenza da non oltre 12 mesi, impegno che certamente ha un costo in termini economici.

PRESIDENTE. Non mi permetto di entrare nel merito dei pareri espressi dal relatore; comunque, ieri, illustrando l'ordine del giorno n. 1 ho chiarito che un ampliamento del personale medico del Servizio sanitario nazionale di chiedere la riassunzione in servizio entro un anno dall'atto delle dimissioni potrebbe essere possibile, anche in sede di contrattazione collettiva, non comportando in sé un aumento della spesa.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Il senatore Carella, come sempre, pone i problemi in modo cortese. Vorrei sottolineare, però, che sarei poco serio se, ad esempio, accogliessi l'ordine del giorno n. 2, che chiede al Governo di rendere disponibili il finanziamento per il Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani con l'esercizio finanziario relativo al 2003, così come sarei poco serio se accogliessi l'ordine del giorno n. 4, che impegna il Governo ad attivare immediatamente un confronto con le Regioni per definire un quadro che consenta, in sede di legge finanziaria 2003, di dare attuazione al decreto legislativo n. 368 del 1999, trasformando le borse di studio dei medici in formazione specialistica in contratti di formazione lavoro.

Ribadisco pertanto quanto ho già osservato, cioè che gli ordini del giorno che comportano nuove spese debbono essere valutati in sede di 5^a Commissione permanente.

In questa sede esprimo quindi parere contrario sugli ordini del giorno nn. 0/1826/1/12, 0/1826/2/12, 0/1826/3/12, 0/1826/4/12, 0/1826/5/12, 0/1826/7/12, 0/1826/9/12, 0/1826/11/12, 0/1826/13/12, 0/1826/14/12, 0/1826/15/12 e 0/1826/17/12. Accolgo, invece, come raccomandazioni

gli ordini del giorno nn. 0/1826/10/12, 0/1826/12/12 e 0/1826/16/12. Quest'ultimo ordine del giorno riguarda comportamenti che il Governo dovrà assumere; tuttavia, non si può impegnare il Governo a promuovere la costituzione di una Commissione, rappresentativa delle organizzazioni sindacali mediche, delle Regioni e delle organizzazioni rappresentative dei diritti dei cittadini, in quanto ciò esula dalle sue competenze.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori degli ordini del giorno se insistono per la votazione.

MASCIONI (DS-U). Signor Presidente, non insistiamo nella richiesta di votazione.

PRESIDENTE. Dobbiamo ora procedere alla votazione dello schema di rapporto alla 5^a Commissione permanente, illustrato dal senatore Salini nella seduta pomeridiana di ieri.

SALINI, *relatore sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria.*

Signor Presidente, prendo la parola per informare la Commissione che ho ritenuto di eliminare dallo schema di rapporto, da me già illustrato, il riferimento al comma 13 dell'articolo 37, relativo ad un acconto sulle tariffe di autorizzazione dovute dalle imprese produttrici di medicinali omeopatici.

Per maggiore chiarezza, do comunque lettura dello schema di rapporto alla 5^a Commissione permanente da me proposto:

«La 12^a Commissione, esaminate le parti di competenza del disegno di legge "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2003 e bilancio pluriennale per il triennio 2003-2005" e del disegno di legge "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", esprime parere favorevole, con le seguenti osservazioni:

per i medici in formazione specialistica, si ravvisa l'esigenza sia di un'esclusione esplicita dalle norme restrittive in materia di pubblico impiego, di assunzioni e di blocco dell'adeguamento di indennità e compensi sia del reperimento delle risorse necessarie per l'attuazione del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni.

Queste due misure rappresentano il presupposto per la trasformazione delle borse di studio in contratti di formazione-lavoro e per la valorizzazione dei medici in esame nell'ambito delle strutture sanitarie, come previsto dal citato decreto legislativo;

riguardo agli investimenti in materia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, appaiono necessari sia il pieno utilizzo delle risorse disponibili sia l'integrazione delle medesime;

alla luce dei disegni di legge presentati alle Camere e dell'attuale dibattito in materia, sembra ormai urgente una revisione della disciplina del «rapporto esclusivo» dei medici con il Servizio sanitario nazionale;

si rileva l'esigenza della previsione di corsi regionali di riqualificazione professionale per gli infermieri generici e le puericultrici, ai fini del successivo inquadramento nella categoria «C» ad esaurimento;

in merito alla regolazione finanziaria dei rapporti tra lo Stato e il Friuli Venezia Giulia, di cui all'articolo 18, commi 7-13, del disegno di legge finanziaria, si rileva che il comma 13 dovrebbe richiamare il quinto comma dell'articolo 63 dello Statuto – anziché il secondo comma –;

al comma 2 dell'articolo 37, andrebbe chiarito che il rinvio – ai fini delle rideterminazioni del *ticket* per cure termali – è posto ad una pluralità di accordi (in successione) tra le regioni e le organizzazioni delle aziende di settore e non ad uno soltanto;

al comma 4, lettera d), dell'articolo 37, occorrerebbe riformulare il principio di decadenza automatica dei direttori generali, inducendo criteri che tengano conto delle condizioni iniziali di ciascuna azienda;

riguardo alla disciplina sulle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche, dei grossisti e dei farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali – disciplina modificata dai commi 6 e 7 dell'articolo 37 –, si ravvisa l'esigenza che il relativo limite di fatturato per le farmacie rurali venga rideterminato al netto delle somme pagate dagli utenti e delle quote di sconto versate (dalle suddette farmacie) al Servizio sanitario nazionale;

appare opportuno esplicitare che il limite di riduzione (pari al 20 per cento) di cui al comma 8 del suddetto articolo 37 si commisuri sul prezzo di listino corrente preso in considerazione nel decreto del Ministro della salute 27 settembre 2002 e non si tenga quindi conto della diminuzione (di due punti percentuali) operata in via generale ai sensi del successivo comma 11 e decorrente dal 1° gennaio 2003;

in merito a quest'ultima, poi, è bene specificare che essa non riguarda i medicinali esclusi (in sede di revisione del prontuario) dal regime di rimborso;

riguardo alla proroga al 2003 – di cui al comma 10 dell'articolo 37 – di alcune disposizioni limitative della possibilità delle imprese farmaceutiche di organizzare o di finanziare congressi, convegni e riunioni all'estero su tematiche aventi ad oggetto medicinali, occorrerebbe chiarire se e in quali termini trovino applicazione anche le norme di cui ai commi 5 e 6 dell'articolo 3 del Decreto legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112;

riguardo agli incentivi per la ricerca farmaceutica di cui all'articolo 39, si rileva l'esigenza di definire una disciplina più articolata dei medesimi, che conceda, per alcune fattispecie, anche una misura di premio maggiore di quella attualmente prevista.«

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

TONINI (*DS-U*). Signor Presidente, intervengo per preannunciare il voto contrario del mio Gruppo sullo schema di rapporto illustrato dal senatore Salini, voto che è motivato da una valutazione innanzi tutto politica, che non può prescindere dall'intreccio tra ciò che avviene in queste ore nelle Commissioni e ciò che si sta verificando in Assemblea.

L'Assemblea è sottoposta ad una forzatura veramente inaudita, della quale ieri è sembrato vittima innanzi tutto il Presidente del Senato, che si era impegnato a garantire una settimana di confronto libero sulle riforme costituzionali per essere poi smentito dalla decisione assunta dai Gruppi politici di maggioranza, in sede di Conferenza dei Capigruppo, di concludere in tempi brevi la discussione dei disegni di legge inerenti alla devoluzione.

La valutazione politica di tali provvedimenti si intreccia in modo evidente con quella dei provvedimenti oggi al nostro esame, in quanto, come è noto, nei primi si attribuisce alla competenza legislativa esclusiva delle Regioni la materia attinente all'assistenza sanitaria. La norma in questione risulta di dubbia interpretazione in quanto talmente onnicomprensiva da risultare vaga nel suo significato e renderà sostanzialmente inapplicabile la Costituzione per quanto riguarda la sanità. In soli due articoli si prevedono tre diverse attribuzioni della competenza in materia sanitaria e quindi tre diverse specificazioni dell'articolo 32 della Costituzione: per un verso, si stabilisce la competenza esclusiva dello Stato in tema di rispetto dei livelli essenziali di assistenza; per altro verso la competenza concorrente in materia di tutela della salute, ed infine la competenza legislativa esclusiva in capo alle Regioni in materia di organizzazione ed assistenza sanitaria, espressione che appare del tutto incomprensibile. Si può arrivare a capire che si intenda assegnare alle Regioni la competenza in materia di organizzazione, ma quando poi si introduce la materia dell'assistenza sanitaria, con una dizione onnicomprensiva, l'incertezza supera qualunque possibilità di comprensione.

Come ho già detto, siamo di fronte ad una forzatura inaudita ed inaccettabile da parte di una componente della maggioranza, che è arrivata ad imporre un ricatto (non si approva il disegno di legge finanziaria se non vengono garantiti tempi certi per l'approvazione delle attuali proposte sulla devoluzione). In sostanza, ciò è quanto sta accadendo in Aula in questo momento.

Con la norma che attribuisce in via esclusiva alle Regioni la materia dell'assistenza sanitaria si introduce un elemento di turbativa che prevedibilmente darà luogo ad un contenzioso sterminato tra lo Stato e le Regioni. A tale proposito, lo stesso sottosegretario Corsi ha manifestato, anche a nome di alcuni settori della maggioranza più attenti a queste tematiche, qualche preoccupazione.

Notevole preoccupazione fa nascere anche il comportamento della Lega Nord all'interno della maggioranza, che è frutto, in qualche misura, di un giudizio drastico sul nostro sistema sanitario nazionale che, secondo questa forza politica, avrebbe bisogno non di riforme e di risorse – come invece noi sosteniamo – ma di uno stravolgimento radicale. Non condivi-

diamo affatto questo giudizio e riteniamo, invece, che il nostro sistema sanitario nazionale funzioni, ma che occorranò decisioni serie e risorse adeguate per proseguire sulla strada tracciata dall'Accordo dell'8 agosto 2001 che, a nostro giudizio, contiene, accanto ad alcune ombre, anche delle luci. Furono, peraltro, alcuni esponenti della maggioranza a definirlo un accordo scellerato, non certo noi, che lo riteniamo interessante nella sua complessità e da valutare in maniera articolata per individuare gli aspetti positivi e quelli negativi.

L'attuale sistema sanitario consente, con meno del 6 per cento del prodotto interno lordo, *performance* che l'Organizzazione mondiale della sanità ha collocato al secondo posto nel mondo. Questo sistema sta funzionando e sta garantendo ai cittadini italiani il diritto alla salute, certo con grandi difficoltà e problemi, ma con un saldo tra risorse e prestazioni che è tra i più alti a livello internazionale. Tutte le altre nazioni spendono di più in questo comparto e è clamoroso il caso degli Stati Uniti, che spendono in proporzione il doppio di quello che spendiamo in Italia per garantire solo alla metà dei cittadini americani prestazioni sanitarie di livello adeguato.

Riteniamo che le linee di fondo seguite dal Governo stiano producendo una doppia forzatura: per un verso, in quanto sono incentrate su una *devolution* radicale delle competenze in campo sanitario, peraltro non in armonia con l'architettura complessiva della Costituzione; per altro verso, in quanto spingono verso la privatizzazione di alcuni settori importanti del sistema sanitario. Si tratta di due scelte entrambe sbagliate, che possono compromettere la ricchezza rappresentata dal nostro sistema sanitario nazionale.

In questo quadro, il disegno di legge finanziaria è poca cosa, è una manovra senza qualità, in particolare per quanto riguarda il comparto sanitario. Il sottosegretario Cursi ha detto, con una onestà che gli va riconosciuta, che è una finanziaria che non ci appassiona. Essa, inoltre, crea svariati problemi alle Regioni perché, mentre impone loro un utilizzo rigoroso delle risorse, che peraltro condividiamo (l'Accordo dell'8 agosto era teso a rivalutare il fondo sanitario nazionale, ponendo però dei vincoli per il rientro della spesa, secondo quanto previsto nel Patto di stabilità), preclude alle stesse Regioni la possibilità di ricorrere alla leva fiscale, minando la loro autonomia di governo, in netta contraddizione con le posizioni assunte dalla maggioranza in riferimento ai disegni di legge sulla *devolution*. Da una parte, infatti, si parla di *devolution*, dall'altra s'imbriglia la capacità fiscale delle Regioni, impoverendole nelle loro funzioni di autogoverno. Si tratta di un problema grave.

L'impressione generale è che questa manovra di bilancio, ancora una volta, individui la sanità come il comparto in cui effettuare i tagli più pesanti, secondo la logica tipica seguita dal Ministero dell'economia nell'ultimo anno e mezzo. Pensiamo soltanto ai cinque interventi di politica farmaceutica che si sono susseguiti nell'ultimo periodo. Essi hanno fatto inorridire persino l'ambasciatore degli Stati Uniti, che ci ha messo in guardia sulla possibilità che le industrie farmaceutiche americane abban-

donino l'Italia, non perché non condividono le specifiche misure adottate, ma semplicemente perché convinte che un Paese serio non possa cambiare le regole sulla farmaceutica cinque volte in un anno, ed ha quindi auspicato che la grande amicizia tra il presidente Bush e il nostro Presidente del Consiglio si traduca in qualcosa di concreto.

Per quel che concerne la disposizione inerente al *ticket* per le cure termali, devo rilevare come la stessa, pur non rivestendo una valenza prioritaria, sia stata clamorosamente anteposta a tutte le altre nell'ambito dell'articolo 37 del disegno di legge finanziaria, il che denota, a mio avviso, una confusione da parte del Ministero competente. Con questo intervento, per conseguire un risparmio di 13 milioni di euro, cifra assolutamente ridicola per le casse dello Stato, si invia un segnale di sfiducia ad un comparto che dà lavoro a circa 15.000 addetti, un comparto assimilabile ad una grande industria del nostro Paese, imponendo un inutile balzello. Inoltre, si aggravano notevolmente le procedure amministrative inerenti all'erogazione delle prestazioni termali, in contraddizione con gli obiettivi della semplificazione amministrativa e del sostegno allo sviluppo dell'economia tanto sbandierati da esponenti della maggioranza. Dunque, per conseguire un risparmio esiguo, si mette in difficoltà un comparto strategico sia dal punto di vista del turismo che della prevenzione in campo sanitario. Non si può dimenticare che in alcune Regioni questo tipo di industria turistico-salutistica è trainante; a ciò si aggiunga la riconosciuta e conclamata funzione preventiva delle cure termali per la salute dei cittadini. Con gli interventi posti in essere da questa manovra finanziaria si ignorano entrambi questi aspetti e ciò è ancor più grave perché non è minimamente motivato da esigenze di finanza pubblica, visto che il risparmio atteso è veramente irrisorio.

Anche per questa ragione, signor Presidente, anche a nome del Gruppo Democratici di Sinistra-l'Ulivo, ribadisco il voto contrario sullo schema di rapporto illustrato dal relatore Salini.

TREDESE (FI). Nell'esprimere la mia condivisione in ordine allo schema di rapporto formulato dal relatore, desidero solo esprimere alcune brevi considerazioni inerenti la problematica delle liste di attesa.

Siamo tutti d'accordo sul fatto che lo svolgimento degli accertamenti diagnostici presso gli ospedali pubblici nei sette giorni della settimana può favorire una diminuzione delle liste di attesa, ma a questo fine ritengo che sarebbe altresì necessario stabilire un più razionale rapporto tra l'uso di costose tecnologie in campo medico e il numero di abitanti presenti sul territorio interessato, in modo da evitare inutili sprechi di risorse. L'individuazione di questo rapporto dovrebbe essere frutto di uno studio delle diverse realtà territoriali da parte del Ministero della salute; è infatti noto che in alcuni casi i direttori generali acquistano macchinari costosi in numero eccessivo rispetto all'utenza che insiste nella Regione, ignorando i parametri indicati dall'Organizzazione mondiale della sanità, a scapito magari dell'acquisto di altri macchinari meno costosi, come, ad

esempio, gli ecografi, indispensabili per soddisfare numerose richieste di accertamento diagnostico.

Sempre per cercare di risolvere il problema delle liste di attesa, sarebbe necessario creare un «centro di raccolta» delle prenotazioni delle visite mediche. Infatti, capita che si prenoti la stessa visita anche in tre o in quattro strutture sanitarie, recandosi poi solo al primo degli appuntamenti, senza disdire gli altri. Tale prassi comporta effetti negativi sia per gli utenti che per il personale medico. Ritengo che per disincentivarla potrebbe essere opportuno introdurre una penale pecuniaria per i cittadini che, dopo aver prenotato una visita medica, non ne usufruiscono senza motivo. È un tema su cui riflettere, visto che le liste di attesa rappresentano uno dei grandi problemi della sanità.

SANZARELLO (*FI*). Signor Presidente, intervengo brevemente per dichiarare a nome del mio Gruppo il voto favorevole sullo schema di rapporto illustrato dal relatore Salini.

DANZI (*UDC:CCD-CDU-DE*). Signor Presidente, indubbiamente siamo dinanzi ad una manovra finanziaria che impone sacrifici, per tutti i motivi che conosciamo, e che non può, purtroppo, assicurare quei miglioramenti che soprattutto in campo sanitario noi auspichiamo. Ieri, come al solito in un clima disteso e sereno, in questa sede molti colleghi hanno espresso il loro rammarico per la mancata soluzione di alcuni problemi, soprattutto di quello degli specializzandi, che è molto antico e sul quale, pertanto, non mi sembra il caso di fare polemiche di parte.

Fatta questa premessa, voglio sottolineare che sono rimasto alquanto sconcertato dalla dichiarazione resa ieri dal sottosegretario Corsi circa la disattenzione da parte delle Regioni a proposito dell'Accordo dell'8 agosto 2001. Non ci si può sprecare in lamentazioni, chiedere l'autonomia gestionale e poi disattendere accordi tanto importanti dal punto di vista finanziario. Con molta serenità e senza farne una questione di appartenenza politica, ritengo che ciascuno di noi, con riferimento alla propria realtà locale, possa testimoniare dell'esistenza di situazioni di spreco. Pertanto, anche eventuali tagli alle amministrazioni regionali non dovrebbero essere considerati in modo tanto tragico, potendo fungere da stimolo alle Regioni per migliorare l'impostazione gestionale del settore sanitario. Per quanto riguarda la mia Regione, posso testimoniare che vi sono state «consulenze d'oro» e ristrutturazioni assolutamente inutili (non ultima quella della stanza del presidente della provincia di Matera, costata più di un miliardo di vecchie lire e che ha comportato l'eliminazione anche di una sala della musica), per non parlare degli ospedali inutili. Si dovrebbe avere il coraggio di chiudere le strutture che non servono, senza arroccarsi su posizioni demagogiche e populiste, purtroppo spesso imperanti.

Come ho già detto, ritengo che non ci si debba trincerare dietro questioni di colore politico; credo invece che si debbano richiamare ad un maggiore senso dello Stato ed al rispetto di esigenze di risparmio le amministrazioni locali, che purtroppo – affermiamolo con franchezza – molte

volte, anche per incrementare le loro clientele, fanno facile uso di parcelle d'oro e consulenze non utili. Se vogliamo riportare il discorso sul senso dello Stato e sulla serietà, i sacrifici vanno compiuti a tutti i livelli; sulle scelte politiche vi possono essere idee diverse, ma sulla sostanza, cioè sul rispetto del denaro pubblico e della corretta gestione dei servizi, penso che possiamo essere tutti d'accordo.

Concludo, pertanto, preannunciando il voto favorevole del Gruppo Unione Democristiana e di Centro sullo schema di rapporto illustrato dal relatore.

SEMERARO (AN). Signor Presidente, intervengo molto brevemente per esprimere, anche a nome del mio Gruppo parlamentare, il voto favorevole sullo schema di rapporto illustrato dal relatore.

Intendo svolgere soltanto alcune brevi considerazioni. Innanzi tutto, voglio evidenziare che, a mio avviso, è assolutamente ingiusto riferire le difficoltà esistenti nell'attuale situazione finanziaria ad una confusione mentale del nostro Ministro dell'economia e delle finanze.

Le scelte contenute nel disegno di legge finanziaria sono pressoché obbligate, ma questo non è ascrivibile alla gestione dell'attuale Governo e a alle scelte compiute nell'ultimo periodo, bensì trova la sua ragion d'essere nella pregressa situazione gestionale, assolutamente scellerata, che ci è stata lasciata in eredità, imputabile al precedente Governo di centro-sinistra, responsabile anche dell'ingente disavanzo che è stato ora oggettivamente accertato. Le difficoltà derivanti da questa scellerata gestione di Governo sono particolarmente evidenti nel settore sanitario, se è vero, come è vero (mi pare che non possa essere messo in dubbio), che non esiste struttura sanitaria in Italia che non sia fortemente indebitata.

Poiché il dato oggettivo, storico, è che fino a tutto il 2000, quando c'è stato il rinnovo dei consigli regionali, la gestione delle aziende sanitarie è stata appannaggio pressoché esclusivo di dirigenti espressione delle forze di centro-sinistra, in questa occasione mi sarei aspettato che l'opposizione non si limitasse a dire che la finanziaria è «storpia», che è frutto di confusione mentale e che il Governo non sa dove andare né cosa fare, bensì che, dando prova di responsabilità politica, proponesse spunti di discussione per cercare di individuare soluzioni alternative più confacenti ad assicurare un servizio migliore ai cittadini. Invece, siamo stati criticati perché la finanziaria non assicura a tutti le cure termali, perché ciò risponde ad esigenze di carattere turistico; se così è, forse sarebbe il caso di interessare il Ministro del turismo. Sono state mosse critiche anche su altri aspetti, ma senza prospettare alternative valide, come ho già osservato ieri intervenendo dopo il collega Mascioni.

Questa mattina il senatore Tonini ha espresso una valutazione di carattere politico, non tecnico, come invece dovrebbe essere in considerazione del fatto che si sta discutendo di un provvedimento finanziario, facendo riferimento a problemi della maggioranza e a contrasti al suo interno che sono assolutamente fuori luogo. Non ho sentito esprimere una sola osservazione di carattere tecnico in merito allo schema di rapporto

in esame; ciò significa – devo ragionevolmente dedurlo – che l'opposizione non ha soluzioni alternative da proporre e che il voto contrario è frutto soltanto di una valutazione di carattere politico. Ne prendiamo atto e ci sentiamo incoraggiati ad andare avanti.

Devo ribadire che oggi la manovra finanziaria è obbligata.

Il sottosegretario Corsi ha svolto alcune giuste considerazioni in merito alle difficoltà esistenti nell'attuale contesto economico, che hanno costretto all'adozione di misure che sono espressione di una responsabilità politica volta a porre rimedio, lo ribadisco, ad una scellerata gestione imputabile ai precedenti Governi di centro sinistra.

Concludo ribadendo, anche a nome del mio Gruppo, il voto favorevole sullo schema di rapporto illustrato dal relatore.

LIGUORI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, riproporrò brevemente l'analisi svolta ieri sulla consistenza della manovra finanziaria, più volte definita «deludente», nel senso che non incide in maniera significativa sulla materia sanitaria, non esplicando effetti né positivi né negativi.

A mio avviso, il Governo e la maggioranza non hanno le idee chiare in tema di sanità. Per dimostrare lo stato di confusione politica in cui essi versano è sufficiente ricordare e porre a confronto alcune ripetute enunciazioni del ministro Sirchia, da quanto previsto nel Documento di programmazione economico-finanziaria e poi nella manovra finanziaria, per arrivare ai disegni di legge sulla *devolution*, attualmente all'esame in Assemblea, in tema di introduzione delle «mutue». Mentre nel Documento di programmazione economico-finanziaria si preannunciava l'introduzione, peraltro molto criticabile, delle «mutue» integrative o sostitutive, nel disegno di legge finanziaria tale impostazione non è stata recepita. Condividiamo il merito di questa scelta, ma essa indubbiamente dimostra la confusione politica presente nella compagine governativa. Nel disegno di legge finanziaria l'impostazione inizialmente seguita nel DPEF scompare del tutto per lasciare spazio a richiami, in ordine alla decadenza dei direttori generali e alle liste di attesa, talmente generici da non incidere in maniera concreta al fine della soluzione di tali problematiche. Si tratta solo di parole messe in fila, mentre in Aula si esamina la nuova disciplina sulla *devolution* che rischia di dividere il Paese.

Senatrice Bianconi, mi rivolgo in particolare a lei per esprimere, rettificando quanto ho affermato in precedenza, la mia convinzione che nell'ambito delle forze politiche di centro-destra esista comunque, da parte di alcuni esponenti, una sensibilità politica nei confronti del sistema sanitario nazionale, destinata però ad essere travolta dal disegno di legge sulla *devolution*.

Rivolgo a tutti i senatori, ma soprattutto a quelli del Meridione, un appello perché si cerchi responsabilmente di capire, ciascuno per la sua parte, cosa potrà accadere in Italia se dovesse essere approvata la disciplina sulla *devolution*. Personalmente ho provato a documentarmi sui rischi derivanti da tale forma estrema di federalismo. Secondo una relazione, redatta da un gruppo di esperti (che certamente esprimeranno un

determinato orientamento politico) e commissionata dalla Regione dalla quale provengo, se tale forma estrema di federalismo andrà a regime si produrrà un grande danno economico, ad esempio per la Campania, che perderà circa 1.400 miliardi di vecchie lire, per la Puglia, dove il danno ammonterà a circa 800 miliardi, per la Calabria, dove vi sarà una perdita di circa 500 miliardi, e così via. Tutto ciò a causa dell'esclusione del meccanismo di perequazione, oggi governato dallo Stato centrale, di cui al decreto legislativo n. 56 del 2000, che in futuro verrà a mancare dal momento che ciascuna Regione, grazie alla competenza esclusiva come definita nel disegno di legge sulla *devolution*, avrà la possibilità di gestire il gettito dell'IVA a suo piacimento.

MAGRI (*UDC: CCD-CDU-DE*). Tutte le Regioni desiderano questo.

LIGUORI (*Mar-DL-U*). Senatore Magri, ci sono due documenti contrapposti che esprimono evidentemente due sensibilità diverse rispetto a questo problema.

Ad ogni modo, in conclusione aggiungo solo un'annotazione con riferimento ai suggerimenti della collega Baio Dossi. Stiamo parlando della situazione ereditata e delle Regioni che spendono e spandono, ma oggi il centro-destra governa molte più Regioni del centro-sinistra. Quest'ultimo ne governa sette su venti, che peraltro corrispondono al 35 per cento della popolazione italiana. Pertanto, le considerazioni svolte dal senatore Semeraro e dal sottosegretario Cursi devono essere rivolte a chi governa la maggior parte dell'Italia relativamente alla sanità.

SALZANO (*Aut*). Signor Presidente, esprimo un giudizio fondamentalmente favorevole sui documenti di bilancio e preannuncio il voto favorevole, anche a nome del Gruppo cui appartengo, sullo schema di rapporto illustrato. Ringrazio, inoltre, il relatore Salini per l'accurata analisi effettuata e per il contributo fornito alla Commissione.

Naturalmente, il mio giudizio favorevole sulla manovra finanziaria tiene conto di alcune considerazioni. Innanzitutto del fatto che questa manovra finanziaria deve necessariamente essere improntata ad un atteggiamento di rigore a causa della congiuntura economica estremamente difficile sul piano europeo (si veda, ad esempio, la situazione della Francia e della Germania) e sul piano internazionale. Ciò è stato più volte evidenziato. Senza scomodare la metafora della coperta, è evidente che se il Governo, anzi tutti noi (visto che i disegni di legge di bilancio sono emendabili) non decidiamo di incrementare le entrate, ad esempio aumentando le tasse sul fumo e sui video giochi, intere categorie di cittadini rimarranno deluse perché non vedranno soddisfatte le loro legittime aspettative.

Il discorso vale per gli specializzandi, i disabili, gli anziani, ma anche per l'edilizia scolastica, la ricerca, l'università e – perché no – per gli industriali del Sud che all'improvviso si sono visti bloccare il credito d'imposta dopo aver sostenuto ingenti investimenti.

Pertanto, accompagnandolo con queste considerazioni sui problemi ancora da risolvere, ribadisco il mio giudizio positivo sulla manovra finanziaria.

CARELLA (*Verdi-U*). Signor Presidente, nella mia dichiarazione di voto non mi dilungherò su molti aspetti che sono già stati evidenziati in sede di discussione né ripeterò le osservazioni più che motivate, che condivido pienamente, che hanno spinto anche altri Gruppi dell'Ulivo ad esprimere un voto contrario.

Desidero invece svolgere un'ulteriore riflessione in relazione ad un aspetto sottolineato da ultimo nell'intervento del collega Salzano, che ha in sostanza affermato che questa finanziaria è improntata ad un atteggiamento di rigore. Se volessimo veramente entrare nel merito della finanziaria, non limitandoci alla parte che riguarda la sanità, si aprirebbe un dibattito molto stimolante. Ritengo che la verità sia un'altra e cioè che le attuali difficoltà dipendano dal fatto che il ministro Tremonti, il Ministro dalla grande creatività e fantasia, ha sbagliato tutti i conti: questa è la sostanza! Abbiamo meno soldi rispetto alle previsioni e, pertanto, lo Stato «batte cassa».

Questo è il motivo di fondo per cui il disegno di legge finanziaria al nostro esame è improntato al rigore.

Qualcuno la definisce di «rigore e di sviluppo». Non riesco a capire come possa essere contemporaneamente di rigore e di sviluppo, posto che le risorse e lo sviluppo non ci sono. In particolare, il Mezzogiorno esce fortemente penalizzato da questa finanziaria, non solo per le questioni che afferiscono alla materia sanitaria, ma in generale; pensiamo alla legge n. 448 del 1998, al credito d'imposta e ad una serie di strumenti che inizialmente non erano neanche previsti da questo provvedimento finanziario. Infatti, la legge n. 448, i contratti d'area, il credito d'imposta e i patti territoriali erano stati cancellati dal disegno di legge finanziaria e solo grazie alla sommossa dei parlamentari dell'Ulivo e delle Regioni meridionali sono stati reintrodotti.

Badate bene che anche gli industriali e la Confindustria sono scesi in campo per sottolineare che questa è la più brutta finanziaria nella storia d'Italia, tant'è che il ministro Tremonti ed il Governo, alla Camera dei deputati, sono stati costretti a presentare un maxiemendamento per riproporre alcuni strumenti ancorché decurtati: quegli stessi strumenti utilizzati da chi ha governato tanto male l'Italia, cioè il Governo dell'Ulivo.

Ritengo che non si debbano «sparare» giudizi senza prima avere svolto un'attenta analisi. Non intendo affrontare un discorso generale sulla finanziaria nel suo complesso, che probabilmente svolgeremo in Aula. In questa sede intendo invece rilevare la mancanza di una dettagliata esposizione dei contenuti dello schema di parere da parte del relatore, che ci pone nella condizione di non avere contezza di tale documento e pertanto di non poterci esprimere con precisione su di esso. Forse il relatore ha escluso che io, come altri esponenti dell'opposizione, potessi votare a favore dello schema di parere da lui proposto. Invece, avrei potuto farlo,

magari esprimendo alcune osservazioni, se solo fossi stato messo in condizione di conoscerne in maniera più approfondita i contenuti.

Ricordo che in sede di discussione del Piano sanitario nazionale osservai che questo era sicuramente interessante, che tracciava obiettivi strategici e che poteva essere condiviso relativamente ad alcune grandi questioni meritevoli di soluzione, aggiungendo poi di non poterlo approvare perché inattuabile nel triennio di riferimento a causa della mancanza delle risorse necessarie per conseguire gli obiettivi nello stesso prefissati, cioè l'assistenza ai disabili, la rimodulazione della rete ospedaliera e il potenziamento del territorio con i distretti. Di fronte a questo mio rilievo, il senatore Semeraro rispose osservando che il Piano sanitario non è finalizzato all'individuazione delle risorse, essendo a tal fine preposta la legge finanziaria. Ebbene, nel disegno di legge finanziaria che ora stiamo esaminando, dove sono le risorse per affrontare e risolvere i problemi e raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale? Peraltro, anche nello schema di parere presentato dal relatore si sottolinea la carenza di risorse, se si escludono quelle che attengono alla spesa corrente.

Caro senatore Semeraro, lei ci chiede quali sono le nostre proposte; io le rinvio la domanda perché non vedo quali siano le vostre; avete soltanto elencato una serie di buoni intendimenti cui non corrispondono gli strumenti necessari per realizzarli.

Il motivo per cui esprimeremo un voto contrario al disegno di legge finanziaria è la mancanza delle risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi prefissati. Con riferimento all'entità delle risorse disponibili, occorre prestare attenzione al fatto che la finanziaria finge di mettere a disposizione delle Regioni 138.000 miliardi, mentre in realtà si tratta di 130.000 miliardi. Inoltre, le Regioni non potranno rispettare gli impegni assunti a causa delle gravose condizioni loro imposte. Si tratta di un abile giochetto: si fa finta di mettere a disposizione delle Regioni alcune risorse che in realtà sono minori e destinate a diminuire ulteriormente perché nel frattempo si tagliano per altre vie i trasferimenti agli enti locali.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Carella, anche se mi permetto di sottolineare, senza nulla togliere alle sue dichiarazioni, che lo schema di rapporto distribuito questa mattina è quello che è stato espressamente letto ieri dal senatore Salini.

CARELLA (*Verdi-U*). È stato solo illustrato in modo generale!

PRESIDENTE. Il relatore Salini ha letto la bozza del parere, senza sottolineare che stava dandone una lettura formale.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente, intervengo per dichiarare il mio voto in dissenso rispetto al Gruppo parlamentare cui appartengo. Preannuncio che non parteciperò alla votazione per protesta rispetto all'atteggiamento contraddittorio assunto dall'attuale Governo, nei cui confronti sono fortemente critico.

Per far comprendere ai colleghi la schizofrenia che caratterizza le decisioni assunte dal Governo e dalla maggioranza, cito l'intervista rilasciata ieri al quotidiano «La Stampa» dal ministro Sirchia. Mi riferisco, in particolare, a due dichiarazioni. Nella prima egli afferma: «Far quadrare i bilanci è fondamentale, ma l'economia non deve prevaricare la qualità delle prestazioni offerte ai cittadini». Mentre il Ministro della salute afferma questo, il Governo inserisce nel disegno di legge finanziaria la norma che comporta la decadenza automatica dei direttori generali che non conseguano il pareggio di bilancio. Ma questo obiettivo non potrà essere conseguito, colleghi, da nessuna parte, perché la situazione finanziaria delle Regioni in campo sanitario è quella descritta ieri; e naturalmente l'aziendalizzazione di un ospedale non può essere equiparata a quella di un'azienda che produce pasta, come, ad esempio, la Barilla.

La seconda affermazione del ministro Sirchia, nell'articolo sopra richiamato, è la seguente: «È rischioso aziendalizzare troppo le strutture di cura, anche se il sistema va aggiornato in alcuni punti. Ci sono errori ai quali occorre ovviare perché stanno affiorando le debolezze del federalismo sanitario». Mi rivolgo in particolare al sottosegretario Corsi per invitarlo a prestare attenzione soprattutto a quest'ultima frase, pronunciata – lo sottolineo – da un Ministro della Repubblica, e a valutarla tenendo conto che la maggioranza, che qui parla di una finanziaria di sacrifici, in Aula sta sostenendo un provvedimento sulla *devolution* che peserà per circa 80.000 miliardi di vecchie lire sulla finanza pubblica.

Le contraddizioni presenti nelle frasi del Ministro fanno emergere tutta la schizofrenia del Governo e della maggioranza che lo sostiene. Ed allora, colleghi, vi invito a riflettere sulla modifica dell'articolo 117 della Costituzione, che rischia di distruggere il sistema sanitario nazionale. Non si tratta più di una questione appannaggio di questo o quello schieramento politico, ma di un problema di buon senso.

Bisogna riflettere per il futuro del nostro Paese.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale)

PRESIDENTE. Metto ai voti lo schema di rapporto favorevole, con osservazioni, sulle tabelle 15 e 15-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria, predisposto dal relatore Salini per la 5^a Commissione.

È approvato.

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

I lavori terminano alle ore 10,20.

ALLEGATO

DISEGNO DI LEGGE N. 1826

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)

ORDINI DEL GIORNO

0/1826/1/12

TOMASSINI, SALINI, BIANCONI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

appare opportuno ampliare l'ambito della fattispecie della riammissione in servizio del personale medico del Servizio sanitario nazionale, al fine di consentire ai dipendenti di tale categoria, in quiescenza da non oltre dodici mesi, di usufruire della sopracitata facoltà in modo pieno, senza eccessive limitazioni e con procedure semplificate;

dall'ampliamento della sopracitata facoltà di riammissione deriverrebbero effetti positivi sia sul piano dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale (con conseguente possibilità per le strutture sanitarie pubbliche di usufruire di personale medico con lunga esperienza professionale) e sia sul piano della tutela del personale medico in quiescenza, al quale sarebbe consentita, tra l'altro, anche la possibilità di usufruire di eventuali benefici e facoltà che potrebbero essere introdotti con la legge finanziaria 2003 in materia di rapporto di lavoro dei medici del Servizio sanitario nazionale nonché, in materia previdenziale, per quel che concerne l'eventuale elevazione del limite massimo di età per la permanenza in servizio;

le finalità di buon andamento ed efficienza del Servizio sanitario nazionale nel caso di specie si conciliano pienamente con le esigenze – rilevanti sotto il profilo dell'equità – di tutela del personale medico in quiescenza,

impegna il Governo:

ad attivarsi, anche in sede di contrattazione collettiva, al fine di addivenire ad un ampliamento della facoltà di riammissione in servizio del

personale medico del Servizio sanitario nazionale in quiescenza da non oltre dodici mesi (in modo tale da garantire allo stesso la possibilità di usufruire degli eventuali benefici previsti dalla finanziaria 2003 in materia di rapporto di lavoro dei medici del SSN) ed altresì ad una rilevante semplificazione del procedimento amministrativo prodromico alla riammissione stessa».

0/1826/2/12

BETTONI BRANDANI, BAIO DOSSI, CARELLA, DI GIROLAMO, LIGUORI, LONGHI, MASCIONI, TONINI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

nella tabella D del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003 si rinvia all'anno 2005 uno stanziamento di 100 milioni di euro per il «Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani» (articolo 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448);

tale scelta del Governo penalizza fortemente la riqualificazione delle strutture sanitarie e dei centri di eccellenza, che spesso si concentrano proprio nelle grandi aree metropolitane, dove più complessa è anche la domanda sanitaria,

impegna il Governo:

a rendere disponibile il finanziamento per il «Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani», con l'esercizio finanziario relativo all'anno 2003».

0/1826/3/12

BETTONI BRANDANI, BAIO DOSSI, CARELLA, DI GIROLAMO, LIGUORI, LONGHI, MASCIONI, TONINI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

nella tabella D del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003 non vengono previste risorse per la copertura finanziaria degli Accordi di programma, ex articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre

1992, n. 502, necessarie per il finanziamento della seconda fase dei programmi regionali di ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie e loro messa a norma;

la mancata previsione di tali risorse di fatto vanifica ogni ipotesi di riqualificazione della rete ospedaliera e di potenziamento delle strutture sanitarie territoriali,

impegna il Governo:

a ripristinare il fondo per la copertura finanziaria degli accordi di programma *ex* articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».

0/1826/4/12

BETTONI BRANDANI, BAIO DOSSI, CARELLA, DI GIROLAMO, GARRAFFA, GIOVANELLI, GUERZONI, LIGUORI, LONGHI, MASCIONI, TONINI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerato che:

l'articolo 24, comma 1, ultimo periodo dell'Atto Senato 1826 (Disegno di legge finanziaria 2003) stabilisce il regime di «congelamento» anche per le borse di studio dei medici in formazione specialistica per il triennio 2003-2005;

il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevede la trasformazione delle borse di studio in contratti di formazione lavoro coerentemente alle normative comunitarie;

circa 24.000 medici specializzandi garantiscono, con le loro prestazioni, il funzionamento di reparti e strutture ospedaliere in tutte le regioni italiane e, per tanto, non possono essere considerati semplicisticamente studenti universitari ma operatori sanitari indispensabili al funzionamento del servizio sanitario pubblico,

impegna il Governo:

ad attivare immediatamente un confronto con le regioni per definire un quadro che consenta, in sede di legge finanziaria 2003, di dare attuazione al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, trasformando le borse di studio in contratti di formazione lavoro».

0/1826/5/12

LONGHI, MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, BAIO DOSSI, GAGLIONE, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GUERZONI, GARAFFA, FLAMMIA, GIOVANELLI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

visto il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante: «Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE;

rilevato come il decreto legislativo n. 368 del 1999, al titolo VI «Formazione dei medici specialisti» regolamenti, agli articoli 34, 35 e 36, le modalità: a) di aggiornamento dell'elenco delle specializzazioni; b) di individuazione dei fabbisogni dei medici specialisti da formare; c) di determinazione del numero dei posti da assegnare; d) di ammissione alle scuole di specializzazione; e agli articoli 37, 38, 39, 40, 41 e 42: a) le modalità e i contenuti del contratto annuale di formazione-lavoro; b) le cause di risoluzione anticipata del contratto; c) i contenuti dell'attività formativa e assistenziale dei medici in formazione; d) la previsione di un trattamento economico annuo onnicomprensivo; e) eventuali impedimenti e incompatibilità; f) il regime previdenziale e assistenziale; g) la copertura assicurativa per i rischi professionali;

sottolineato come gli articoli da 37 a 42 del decreto legislativo n. 368 del 1999 non abbiano ancora trovato concreta applicazione in mancanza delle ulteriori risorse economiche, prefigurate all'articolo 46 dello stesso decreto legislativo;

ritenuto che le previsioni del decreto legislativo n. 368 del 1999 non possano essere ulteriormente differite stante la necessità di garantire agli specializzandi adeguati percorsi formativi caratterizzati dall'adozione dei criteri, delle modalità e degli strumenti che meglio possono garantire l'acquisizione di elevate capacità professionali attraverso la frequenza programmata delle attività didattiche e lo svolgimento di attività assistenziali;

ricordato che nel Documento sul disegno di legge finanziaria per l'anno 2003, presentato il 4 ottobre al Presidente del Consiglio dei ministri, le Regioni hanno richiesto l'attuazione del decreto legislativo n. 368 del 1999, quantificando i costi incrementali derivanti da tale attivazione in 100 milioni di euro annui, che devono trovare copertura con fondi aggiuntivi rispetto a quelli previsti dall'Accordo dell'8 agosto 2001 tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

evidenziato come gli specializzandi svolgano nell'ambito dei servizi sanitari regionali un ruolo assistenziale assai rilevante, alle volte sostitutivo di quello del personale di ruolo,

impegna il Governo:

ad intervenire affinché nel disegno di legge finanziaria 2003, attualmente all'esame del Parlamento, vengano stanziati i fondi necessari alla piena applicazione del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368».

0/1826/6/12

LONGHI, MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, BAIO DOSSI, GAGLIONE, DI GIROLAMO, BETTONI BRANDANI, FLAMMIA

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

visto che varie consulte regionali, comunali e provinciali, organismi unitari delle Associazioni per i diritti degli handicappati e varie associazioni di volontariato impegnate nel sociale, esprimono preoccupazione per quanto si sta decidendo sulla legge finanziaria nei confronti delle fasce deboli;

considerato che a livello nazionale ci sono 6 milioni di persone che presentano gravi difficoltà di sopravvivenza, che vengono penalizzate dalle politiche di contenimento della spesa pubblica,

impegna il Governo:

a) a non effettuare tagli finanziari ed al personale operante nelle scuole (insegnanti di sostegno e personale non docente);

b) a non eliminare i finanziamenti destinati al «Dopo di noi»;

c) a non effettuare il blocco dei contributi previsti dalla legge 9 gennaio 1989, n. 13, finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche nelle abitazioni private;

d) a non eliminare i fondi destinati alle imprese che assumono disabili;

e) a non tagliare i fondi destinati ai comuni penalizzando i servizi sociali, l'assistenza scolastica, i trasporti, l'assistenza domiciliare e ogni possibile intervento a sostegno delle fasce deboli;

f) a non eliminare i fondi (50 milioni di euro) destinati ai disabili».

0/1826/7/12

SALINI, SALZANO, TOMASSINI, BIANCONI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premessi che gli infermieri generici e le puericultrici svolgono di fatto funzioni superiori alle mansioni attribuite alle loro categorie professionali,

impegna il Governo:

a provvedere affinché gli infermieri generici e le puericultrici, in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, possano partecipare, a domanda, ai corsi di riqualificazione professionale indetti dalle Regioni e, altresì, ad inquadrare coloro che abbiano partecipato con esito positivo ai corsi suddetti nella categoria "C" ad esaurimento».

0/1826/8/12

TOMASSINI, SALINI, SALZANO, BIANCONI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

vista la direttiva 93/16/CEE, attuata ai sensi del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368;

considerato che nel passato non si è data attuazione al dispositivo del decreto legislativo suddetto né dal punto di vista economico, né da quello giuridico-normativo;

constatato che il Governo aveva previsto tale possibilità nel Documento di programmazione economico-finanziaria per gli anni 2003-2006;

considerato il grave e perdurante disagio dei medici «specializzandi» di tutte le Facoltà di Medicina d'Italia, che di fatto partecipano attivamente alle attività assistenziali, senza un adeguato riconoscimento economico, previdenziale e normativo,

impegna il Governo:

alla rapida e completa attuazione del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, con la definizione: a) di un contratto di lavoro di tipo subordinato; b) di un trattamento economico adeguato con corrispondente tutela dei contributi ai fini previdenziali e assicurativi; c) del riconoscimento dei titoli di carriera per tutti i medici che si siano specializzati secondo le modalità previste dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257».

0/1826/9/12

VIVIANI, TONINI, MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, DI GIROLAMO, LONGHI, GAGLIONE, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

le persone mutilate della voce (laringectomizzate), a seguito dell'asportazione chirurgica della laringe per la presenza di una neoplasia, vivono in condizioni di grave limitazione umana, in seguito alla perdita della voce laringea;

riacquistare l'uso della voce rappresenta una condizione fondamentale per la piena integrità fisica, psicologica e relazionale;

una adeguata terapia deve iniziare con una informazione preliminare, da parte del medico, sulle caratteristiche e le conseguenze dell'intervento;

sia nella fase pre-operatoria che in quella successiva all'intervento, è auspicabile un supporto psicologico da parte di specialisti, sia per il paziente che per i familiari;

l'intervento chirurgico di laringectomia totale può prevedere una successiva rieducazione fonatoria secondo il metodo classico, che sfrutta l'emissione dell'aria accumulata nell'esofago, ovvero con l'applicazione di endoprotesi, allo scopo di facilitare l'emissione di suoni sfruttando il passaggio forzato, attraverso la protesi, dell'aria accumulata nell'albero tracheo-bronchiale;

i due metodi di riacquisto della voce determinano effetti diversi, in particolare, quello dell'applicazione dell'endoprotesi determina effetti collaterali condizionanti la piena autonomia del paziente, comportando la necessità di un ricambio periodico della stessa endoprotesi, inoltre, l'esperienza personale di tanti pazienti dimostra la positività del metodo naturale di riacquisto della voce, anche se più lento, in quanto determina una più piena autonomia fisica e psicologica del paziente stesso,

impegna il Governo:

ad assegnare, attraverso precise direttive, la preferenza primariamente al metodo naturale, indirizzando i pazienti, all'atto della dimissione post-operatoria, ad un trattamento da parte di foniatristi e logopedisti presso i reparti del Servizio sanitario nazionale o presso le associazioni dei mutilati della voce e di prevedere in un secondo tempo, in caso di provato insuccesso della rieducazione naturale, ed in ogni caso su richiesta del paziente, l'applicazione dell'endoprotesi;

a prevedere nel prontuario farmaceutico, in caso di applicazione dell'endoprotesi, la piena disponibilità gratuita per tale ausilio, compresi gli accessori, anche per i successivi interventi di manutenzione e ricambio».

0/1826/10/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

le risorse per gli investimenti in edilizia sanitaria, innovazione delle tecnologie biomedicali e strutture territoriali, sono state decurtate, ove non traslate, al 2005-2006;

queste operazioni rischiano di vedere annullati, ovvero differiti nel tempo, accordi di programma e intese istituzionali già formalmente contratti tra Ministero della salute e regioni;

ciò comporterebbe un grave danno alle regioni, soprattutto meridionali, le cui proposte riguardano la ristrutturazione delle reti ospedaliere e l'implementazione delle strutture di territorio, nonché, per le regioni del Centro-Nord, il rinnovamento del patrimonio delle tecnologie radiodiagnostiche e medicali e l'adeguamento delle strutture per gli anziani e dei poliambulatori diagnostici,

impegna il Governo:

a verificare, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le priorità cui dare immediato accesso in termini di risorse al fine di operare un riequilibrio del patrimonio strutturale sanitario del Paese».

0/1826/11/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premessi che:

la malattia determinata dal morbo di Alzheimer è considerata tra le patologie cronico-degenerative la più rilevante ed interessa, ad oggi, circa 800.000 malati in forma lieve, moderata e acuta;

a partire dal settembre 2002 è stato avviato nel nostro paese il progetto Cronos, grazie al quale, presso le unità di valutazione, circa 35.000 ammalati nella forma lieve e moderata vengono assistiti con controlli periodici e la distribuzione gratuita di farmaci inibitori della colinesterasi;

il progetto Cronos è un modello innovativo mai realizzato prima in Europa; voluto fortemente dal precedente Ministero della sanità e portato avanti dall'attuale Ministero della salute, esso poggia su un *network* costituito da una capillare rete assistenziale attiva in tutto il Paese, denominata Uva, nella quale operano medici di famiglia, farmacisti e associazioni dei pazienti;

più di 1800, fra neurologi, geriatri, psichiatri, psicologi e operatori sanitari specializzati nel trattamento dell'Alzheimer sono l'ossatura portante del progetto nell'assistenza e nel controllo dei 35.000 pazienti, che vengono seguiti e controllati durante il decorso della malattia,

impegna il Governo:

alla scadenza del progetto Cronos (marzo 2003), a trovare le necessarie risorse perché esso prosegua e si qualifichi in base all'esperienza conseguita;

a fornire gratuitamente ai pazienti assistiti i farmaci sperimentali, che occorre non interrompere per misurarne nel tempo l'efficacia, affinché le forme lievi e moderate non degenerino in cronicità».

0/1826/12/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premessi che:

la seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento indetta dall'ONU a Madrid si è conclusa con il monito a tutti i Paesi membri di rivolgere particolare attenzione ai cambiamenti demografici senza precedenti che stanno modificando e pregiudicando l'umanità;

l'Italia, con una popolazione anziana *over 60* che già costituisce il 24,5 per cento del totale e che entro il 2050 sarà al 37 per cento, ha conquistato il primato mondiale in fatto di invecchiamento;

il problema dell'integrazione socio-sanitaria e dell'organizzazione dei servizi dedicati alla popolazione anziana in particolare per i non auto-sufficienti (assistenza domiciliare, strutture di accoglienza residenziali e semi-residenziali, servizi a bassa soglia) costituisce ancora il punto di maggior debolezza del nostro sistema;

i bisogni di cura ed assistenza sono differenziati fra i sessi e che la popolazione femminile anziana è maggiormente soggetta a patologie cronico-degenerative con una aspettativa di vita mediamente di un 20-25 per cento superiore agli uomini;

le statistiche sull'esclusione sociale e le povertà segnalano la maggior fragilità nella popolazione anziana femminile in assenza di legami parentali,

impegna il Governo:

ad attivarsi in collaborazione con il Parlamento e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, affinché l'Italia promuova entro il 2003 una Conferenza Europea sulla salute della popolazione anziana al fine di verificare la congruità di politiche comuni in ambito europeo, progetti comuni di ricerca sulle patologie cronico-degenerative, sistemi e metodi comuni di rilevazione dei dati statistico epidemiologici al fine di verificare l'efficacia delle politiche dei singoli Stati membri e valutare strategie finalizzate alla qualità dell'invecchiamento della popolazione italiana ed europea;

ad attivare entro il primo trimestre del 2003, in accordo con le Commissioni parlamentari competenti e con la Conferenza unificata la verifica dei Livelli essenziali di assistenza e la loro omogeneità in tutto il Paese».

0/1826/13/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

l'emergenza infermieristica esistente nel Paese mette in serio pericolo il livello di assistenza nelle strutture ospedaliere e di territorio nei confronti dei cittadini;

il problema per essere risolto abbisogna di veder riconsiderata la programmazione del numero degli accessi al sistema formativo universitario;

occorre individuare un sistema di incentivi economici e di diritto allo studio per favorire la mobilità dei giovani che intendono perseguire il conseguimento della professione;

occorre stabilire procedure e strumenti più tempestivi per il riconoscimento e l'equivalenza dei titoli di studio posseduti da cittadini stranieri che vogliono esercitare nel nostro Paese,

impegna il Governo:

a trovare, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il primo trimestre del 2003, un'intesa comune con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, affinché sia predisposto un protocollo d'intesa con le Regioni, atto ad individuare fabbisogni reali, modalità di agevolazione degli accessi, strumenti di devoluzione a livello regionale per l'accertamento ed il riconoscimento dei titoli equipollenti».

0/1826/14/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAILO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

a tutt'oggi il progetto obiettivo «Tutela della salute mentale» non trova uniforme attuazione in tutto il Paese;

i livelli essenziali assistenziali relativi alla salute trovano scoperta la garanzia della tutela della salute mentale e dell'integrazione socio-sanitaria;

la Consulta nazionale per la salute mentale non è stata a tutt'oggi convocata per affrontare le modalità di verifica ed implementazione dei progetti;

i recenti fatti di cronaca impongono di non sottovalutare gli elementi di disagio psichico e affettivo alla base di manifestazioni violente e delittuose;

impegna il Governo:

a convocare la Consulta nazionale per la salute mentale, per la messa a punto e la verifica del progetto obiettivo «Tutela della salute mentale»;

a verificare, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, lo stato di applicazione del citato progetto e gli strumenti necessari

ad una congrua risposta al disagio mentale soprattutto nell'area giovanile e familiare;

a ridiscutere con le Regioni i livelli essenziali di assistenza, perché la salute mentale sia garantita ai cittadini attraverso i servizi territoriali, le case famiglia, i centri semi-residenziali, il pronto intervento 24 ore su 24 nel caso di crisi acuta, progetti di prevenzione e sostegno alle famiglie in tutti i casi di manifesto disagio psichico e psicologico giovanile e dell'età adulta».

0/1826/15/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIO DOSSI, BETTONI BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

la politica farmaceutica ha bisogno di essere affrontata in un quadro sistematico e non solo dal punto di vista dell'utilizzo di strumenti di contenimento e razionalizzazione della spesa;

la necessità è quella di trovare adeguati strumenti, in campo nazionale ed europeo, che attivino la ricerca, modalità comuni per affrontare la produzione e la distribuzione di farmaci per le cosiddette malattie rare, procedure brevettabili, criteri scientifici comunemente condivisi circa i criteri di costo-efficacia in base ai quali valutare *in progress* l'adeguamento del Prontuario terapeutico nazionale (TPN),

impegna il Governo:

ad attivare, a partire dal mese di gennaio, un tavolo di confronto permanente tra industrie, distributori, farmacisti, rappresentanti dei medici di medicina generale, rappresentanti dei diritti dei cittadini e rappresentanti delle Regioni, al fine di valutare l'applicazione del nuovo Prontuario terapeutico nazionale (PTN) in termini di costo-efficacia per la salute dei cittadini, i criteri relativi alle prescrizioni dei farmaci sia di fascia A che di fascia C e all'adeguamento dei prezzi da parte delle imprese o di fuoriuscita dal mercato, nonché l'impatto sul sistema delle farmacie in termini di scorte o reperibilità dei prodotti soprattutto innovativi».

0/1826/16/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIIO DOSSI, BETTONI
BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

premesso che:

la questione medica assume rilievo centrale per la qualificazione e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale;

l'ordinamento vigente e l'attuale contesto contrattuale mantengono ben saldi i principi e gli strumenti di riconoscimento della professionalità legati al principio della responsabilità della dirigenza ai fini dell'appartenenza al Servizio sanitario nazionale e alla sua missione di tutela e di garanzia del diritto alla salute di tutti i cittadini,

impegna il Governo:

a costruire, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, un tavolo di verifica e di controllo sullo stato di applicazione dei dispositivi ordinamentali e contrattuali inerenti la professione medica, compresi gli istituti di libera professione *intra* ed *extramoenia*;

a promuovere la costituzione di una Commissione, rappresentativa delle organizzazioni sindacali mediche, delle Regioni, delle organizzazioni rappresentative dei diritti dei cittadini, al fine di approfondire le questioni inerenti alcuni strumenti ordinamentali e contrattuali per una loro applicazione, rispettosa della peculiarità della professione medica e al tempo stesso dell'esigenza di qualificazione del Servizio sanitario nazionale».

0/1826/17/12

MASCIONI, LIGUORI, CARELLA, TONINI, LONGHI, BAIIO DOSSI, BETTONI
BRANDANI, DI GIROLAMO, GAGLIONE

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2003,

considerata l'importanza che la spesa sanitaria, tanto di parte corrente quanto per investimenti, riveste nel quadro complessivo della spesa pubblica, motivo per il quale essa deve essere oggetto di particolare attenzione nell'ambito della programmazione economica;

sottolineata la necessità di promuovere, nel quadro del riparto del fondo sanitario nazionale e degli altri finanziamenti erogati alle regioni, un'adequata ed incisiva politica di ammodernamento delle strutture sanita-

rie, in particolare di quelle ospedaliere, in quanto – nel settore sanitario – i veri risparmi si possono ottenere investendo nell'innovazione e determinando in tal modo il riassorbimento e l'eliminazione di sprechi e di utilizzi impropri di strutture obsolete,

impegna il Governo:

a predisporre un piano straordinario di investimenti nel settore sanitario, il quale, a partire dal rifinanziamento delle norme vigenti, consenta alle regioni di affrontare le ristrutturazioni di impianti ospedalieri rese necessarie dalle nuove norme in materia di posti letto e di tecniche alternative al ricovero, senza dover ricorrere per questo ad ulteriori indebitamenti sui propri bilanci e senza rinunciare alle priorità già indicate nei propri programmi di edilizia ospedaliera e di innovazione tecnologica».
