



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 1

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

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA**

30<sup>a</sup> seduta (antimeridiana): giovedì 23 novembre 2006

Presidenza del presidente MARINO

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

**(1184, 1184-bis e 1184-ter)** *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabelle 15 e 15-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

**(1183)** *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 14, 15
BAIO DOSSI ( <i>Ulivo</i> ) . . . . .	14
BASSOLI ( <i>Ulivo</i> ), <i>relatrice sulle tabelle 15 e 15-ter e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria</i> . . . . .	3, 12
* CURSI ( <i>AN</i> ) . . . . .	12, 14
* TOMASSINI ( <i>FI</i> ) . . . . .	14

---

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

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-Ind-MA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Democrazia Cristiana: Misto-DC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,40.*

#### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

**(1184, 1184-bis e 1184-ter)** *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabelle 15 e 15-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

**(1183)** *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1184, 1184-bis e 1184-ter (tabelle 15 e 15-ter) e 1183, già approvati dalla Camera dei deputati.

Ricordo che, ai sensi dell'articolo 126 del Regolamento, sul disegno di legge di bilancio e sul disegno di legge finanziaria, per la parte di competenza della Commissione, dovrà svolgersi un'unica discussione generale.

Per quanto riguarda la presentazione degli 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<sup>a</sup> Commissione permanente.

Nella Commissione di merito possono essere presentati unicamente emendamenti concernenti la tabella di bilancio. Premesso che l'unità elementare dello stato di previsione su cui cade l'approvazione parlamentare è costituita dall'unità previsionale di base, sono proponibili 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.

Prego la senatrice Bassoli di riferire alla Commissione sulle tabelle 15 e 15-ter e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria.

BASSOLI, *relatrice sulle tabelle 15 e 15-ter e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, mi sforzerò di commentare una serie di aspetti contenuti nell'articolo 18, commi da 414 a 417, del disegno di legge finanziaria, che sono inerenti alle materie di competenza della nostra Commissione.

Un primo elemento, a mio parere da giudicare in modo estremamente positivo, è quello della certezza del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. I livelli di finanziamento – che sono in aumento – vengono infatti fissati in un importo pari a 96.000 milioni di euro per il 2007, a 99.042 milioni di euro per il 2008 e a 102.245 milioni di euro per il 2009. Si dispone pertanto uno stanziamento pluriennale che consente alle Regioni di programmare la loro spesa e di rendere attuabili i livelli essenziali di assistenza.

Una quota, di un ammontare pari a 50 milioni di euro, è destinata, come del resto già disposto dalla legislazione vigente, all'ulteriore finanziamento dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma.

I richiamati importi includono anche lo stanziamento integrativo pluriennale di 1.000 milioni di euro che era stato previsto dalla scorsa legge finanziaria ma che non ha avuto seguito e che viene ora limitato all'anno 2006.

Quanto al comma 414, lettere *a)* e *b)*, viene istituito un Fondo transitorio (con una capienza pari a 1.000 milioni di euro per il 2007) destinato a quelle Regioni nelle quali si è registrato un elevato disavanzo, a condizione che queste ultime stipolino un programma di rientro dello squilibrio economico e innalzino l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP). Vorrei sottolineare che questo Fondo transitorio rappresenta, in una situazione complessa come quella in cui ci troviamo ad operare, ossia di restrizione della spesa pubblica, un elemento di grande importanza, sia in un'ottica di trasparenza della spesa pubblica (le Regioni interessate all'utilizzo di questo Fondo sono infatti tenute a compiere un riesame della loro spesa), sia perché esso è frutto dello sforzo di ridare efficienza ed efficacia alla spesa di alcune Regioni che in questi anni, pur avendo superato il *budget* previsto, non hanno però garantito l'equivalente in termini di qualità e quantità dei servizi erogati.

Sono previsti inoltre meccanismi che accompagnano, in modo anche incalzante, il raggiungimento di questi obiettivi, vista la previsione di un meccanismo di incremento automatico delle aliquote IRPEF e IRAP che è esteso agli anni successivi al 2006. Inoltre, al comma 414, lettera *b)*, è previsto, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi, per l'anno di imposta dell'esercizio successivo, l'automatico innalzamento delle imposte citate, oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino alla copertura integrale dei disavanzi. Nel caso ci sia un miglioramento nell'andamento della spesa rispetto agli obiettivi intermedi prefissati, è invece previsto che la Regione possa disporre una riduzione di tali imposte, sempre per l'anno di imposta successivo.

In base all'ultimo periodo della lettera *b)*, gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale sono vincolanti per la Regione e possono anche comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi e amministrativi già adottati dalla medesima Regione in materia di programmazione sanitaria. La disposizione testé richiamata sembra incidere indirettamente sul sistema

delle fonti regionali, e su di essa sarà necessario un approfondimento in termini di compatibilità con l'assetto istituzionale delineato nel Titolo V della Costituzione. Penso, ad ogni modo, che questo sia un aspetto che il sottosegretario Zucchelli potrà aiutarci a chiarire.

Il comma 414, lettera *d*), modifica la disciplina delle anticipazioni di tesoreria per il finanziamento della spesa sanitaria corrente. La disposizione è importante perché sappiamo che le Regioni pagano interessi passivi molto elevati e, quindi, è da accogliersi positivamente l'aumento delle anticipazioni dal 95 al 97 per cento delle somme dovute «a titolo di finanziamento della quota indistinta»; la restante quota del 3 per cento sarà versata poi alle Regioni secondo la modalità della disciplina «premiale» o «incentivante». Ripeto: la disposizione mi sembra estremamente positiva, perché riduce l'esposizione anche da parte delle Regioni. Si stabilisce poi che le anticipazioni vengono attivate a partire dal conseguimento dell'intesa sulla ripartizione in sede di Conferenza Stato-Regioni, senza attendere la successiva delibera del CIPE, e che sono vincolate, per una quota-parte delle maggiorazioni, al rispetto dei limiti di spesa e, in particolare, all'esito positivo della verifica che di quel rispetto e di quei limiti è fatta da un apposito tavolo tecnico istituito nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni.

La disciplina delle anticipazioni stabilita per le Regioni a Statuto ordinario è peraltro estesa alla Regione Sicilia. Sottolineo ai colleghi che la partecipazione di tale Regione al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nel suo territorio viene definita, al comma 435, stabilendo una serie di quote per gli anni 2007, 2008 e 2009 (44,85 per cento per il 2007, 47,05 per cento per il 2008 e 49,11 per cento per il 2009).

Per la Regione Sardegna, si stabilisce invece, al comma 439, che dal 2007 essa provvede al finanziamento del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza apporti a carico dello Stato.

Con riguardo alla spesa farmaceutica – croce e delizia di tutti questi anni in ragione del suo continuo aumento –, il comma 414, lettera *f*), prevede, per gli anni 2007, 2008 e 2009, la riduzione del 10 per cento del prezzo dei farmaci, lo sconto dello 0,6 per cento a carico del produttore e una rimodulazione del prontuario con riferimento ai prodotti per i quali si è registrato un incremento dei consumi significativo nel 2006. Tali determinazioni sono state assunte dal dicembre 2005 al settembre 2006 dall'Agenzia italiana del farmaco ai fini del contenimento della spesa farmaceutica. Vi è quindi, anche da questo punto di vista, il mantenimento di alcuni obiettivi di contenimento della spesa.

Viene poi modificata la disciplina vigente in materia di accesso al contributo integrativo dello Stato, previsto per le Regioni che abbiano raggiunto gli obiettivi di contenimento della spesa nel comparto farmaceutico, estendendolo anche alle Regioni che abbiano registrato un disavanzo della spesa farmaceutica territoriale, purché adottino un provvedimento che preveda una quota per confezione rivolta ad assicurare il ripiano del 40 per cento del disavanzo e della spesa farmaceutica non convenzionata, subordinatamente alla prestazione di uno specifico piano di rientro. Tale misura

costituisce dunque un incentivo a rientrare negli obiettivi previsti anche per le Regioni che non li hanno rispettati ed hanno registrato un disavanzo nella spesa farmaceutica, assicurando un ripiano per il 40 per cento del disavanzo, da realizzare anche con l'imposizione di una quota fissa per confezione.

Sono inoltre apportate modifiche alla procedura per la definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici: naturalmente anche tale previsione si inserisce nell'ambito di un utilizzo appropriato delle risorse finanziarie del Servizio sanitario nazionale. Nello specifico, si dispone che i percorsi siano costituiti, da un lato, dalle linee guida dettate dalla Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni e, dall'altro, dai percorsi definiti dal Ministro, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee guida, integrato da un rappresentante dell'ordine dei medici. Come sapete, si registra un utilizzo della diagnostica, soprattutto per alcuni tipi, forse estremamente disinvolto; pertanto, la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici mi sembra importante per assicurare un migliore uso di tali risorse.

Vi è poi una specifica previsione relativa alla ristrutturazione edilizia e all'ammodernamento tecnologico, di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che aumenta da 17 a 20 miliardi la spesa complessiva pluriennale per questo tipo di interventi. Per quanto riguarda la ristrutturazione edilizia, la stragrande maggioranza degli ospedali è stata costruita prima della Seconda guerra mondiale, quindi abbiamo ancora un patrimonio ospedaliero molto vecchio, rimodernato in piccola parte in questi anni grazie alla legge n. 67, che ha subito una serie di modifiche in fase di applicazione. Le risorse previste riguardano anche l'ammodernamento tecnologico: in riferimento alle nuove tecnologie, infatti, esiste un problema, soprattutto nel Mezzogiorno, ed un divario tra il Sud e il Nord del Paese che deve essere recuperato.

Relativamente alle prestazioni di laboratorio automatizzabili, rispetto alla disposizione originaria, in cui si demandava ad un apposito decreto ministeriale l'individuazione di quelle che potevano essere eseguite con metodiche automatizzate e per le quali si stabiliva che le tariffe fossero ridotte del 50 per cento, la Camera ha apportato significative modifiche. In particolare il comma 414, lettera l), prevede che le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, pratichino uno sconto pari al 2 o al 20 per cento, a seconda del tipo di prestazioni di diagnostica di laboratorio previste dal medesimo decreto ministeriale. Fermi restando i predetti sconti, è prevista l'adozione da parte delle Regioni di un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate che erogano questo tipo di prestazioni. È sicuramente un aspetto piuttosto problematico e complesso, ma si tratta anche di una modalità per incentivare un sistema di automazione che riduca i laboratori ed assicuri nel contempo maggiore sicurezza di risultati, aumentando, se possibile, i punti di prelievo, considerato anche l'invecchiamento della popolazione.

Il comma 414, lettera *m*), prevede la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria per quanto riguarda due tipi di prestazioni problematiche: le prestazioni di pronto soccorso e quelle di specialistica ambulatoriale. Ho fatto prima riferimento all'uso, in alcuni casi disinvolto e forse non appropriato della specialistica; a questo si aggiunge anche il problema di un utilizzo inappropriato del pronto soccorso. Tale pratica può essere in parte giustificata dal fatto che, soprattutto in alcuni giorni della settimana, ad esempio dal venerdì sera al lunedì mattina, non è presente sul territorio il medico di famiglia e vi è un funzionamento ridotto del servizio 118; molte volte, però, si ricorre al pronto soccorso per aggirare le liste di attesa.

I nuovi *ticket* introdotti con il comma 414, lettera *m*), sono di 10 euro sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di 25 euro sulle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero, classificate con il codice bianco o verde, al fine di favorire anche un uso meno disinvolto di tali servizi. Teniamo conto, infatti, che il pronto soccorso diventa sempre di più un servizio di emergenza e urgenza e che è necessario assicurare l'accesso ad esso delle reali urgenze. È stata quindi modificata dalla Camera la previsione originaria: infatti il *ticket* sul codice bianco, inizialmente fissato a 23 euro, e quello sul codice verde, di 41 euro in quanto comprensivo del costo della prestazione diagnostica, sono stati ridotti complessivamente a 25 euro. È stata inoltre soppressa la disposizione originaria che faceva salve le norme regionali concernenti la previsione di un *ticket* di maggiore entità sulle prestazioni di pronto soccorso: è il caso, ad esempio, della Lombardia, in cui il *ticket* sul pronto soccorso era molto più elevato, pari a 37 euro dal 2002. È stato poi specificato che i *ticket* relativi alle prestazioni suddette non sono dovuti dagli assistiti non esenti di età inferiore ai 14 anni: è prevista dunque un'esenzione per i quattordicenni.

Fra le altre norme di maggiore rilievo, si segnala altresì la disposizione contenuta nel comma 414, lettera *n*), che prevede la modifica degli allegati al decreto del 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, al fine di ampliare sia le prestazioni da erogare in sede ambulatoriale, anziché ospedaliera, sia le prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero diurno. Penso che tutti i colleghi siano consapevoli del fatto che l'aumento delle tecnologie ha reso possibile lo svolgimento, in sede ambulatoriale o anche in regime di ricovero ospedaliero diurno, di alcune prestazioni prima erogate nell'ambito dell'attività ospedaliera. Questa modifica dei livelli essenziali di assistenza comporterà il trasferimento di una serie di prestazioni (ulteriori a quelle previste dagli allegati al D.P.C.M. del 29 novembre 2001) proprio per eliminare quelle che impropriamente venivano erogate in regime di ricovero.

Si rileva, inoltre, che ai sensi del comma 414, lettera *o*), i cittadini che non ritirano i risultati di analisi o visite, anche se esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, sono tenuti a pagare l'intero costo della prestazione. È stato constatato, infatti, che abbastanza comunemente i risultati delle analisi fatte non vengono ritirati e quindi, attraverso l'istitu-

zione di questa forma di pagamento, si cerca di responsabilizzare la cittadinanza sull'utilizzo del Servizio sanitario nazionale.

Vi sono poi delle norme – comma 414, lettere *p*), *q*) e *r*) – che intervengono sulla disciplina dell'accreditamento delle strutture private, stabilendo che dal 1° gennaio 2008 cesseranno gli accreditamenti transitori e che dalla medesima data i nuovi accreditamenti saranno subordinati ad un provvedimento regionale di ricognizione e di determinazione della capacità produttiva. Dal 1° gennaio 2010, infine, avranno termine gli accreditamenti provvisori. Ricordo che l'accreditamento transitorio delle strutture private ha determinato una serie di situazioni particolarmente delicate e complesse, in quanto ci sono strutture che non hanno mai rispettato le disposizioni che erano state dettate per raggiungere l'accreditamento definitivo (bisognerà però effettuare un controllo in tal senso). Gli accreditamenti transitori si sono quindi ripetuti nel tempo e le scadenze non sono state rispettate. Alla luce di tutto ciò, mi sembra giusto che i nuovi accreditamenti siano subordinati ad una ricognizione delle capacità produttive delle strutture già presenti e, secondariamente, che ci sia una data definita entro cui hanno termine gli accreditamenti provvisori, con la conseguenza che chi vuole accedere all'accreditamento definitivo sa che entro quella data deve mettersi in regola, nel rispetto di quanto dettato a seguito dell'accreditamento provvisorio.

Passando al tema dei dispositivi medici, il comma 414, lettera *s*), intende favorire un ribasso dei prezzi dei dispositivi che maggiormente incidono sulla spesa sanitaria, attraverso l'individuazione di nuovi prezzi da assumere come base d'asta per le forniture del Servizio sanitario nazionale e la realizzazione di nuovi studi in materia. Al riguardo, ritengo opportuno richiamare il fatto – che è stato anche tema di convegnistica – che nel Paese ci sono enormi differenze tra i prezzi dei dispositivi medici. È quindi forse opportuno uno studio sulla materia e un'indicazione, quanto meno, sui prezzi da assumere come base per le varie aste di acquisto.

Sempre in un'ottica di efficacia e, soprattutto, efficienza della spesa sanitaria, la successiva lettera *t*) dispone l'obbligo per il medico di attenersi alle indicazioni terapeutiche e alle modalità di somministrazione indicate dagli organismi competenti al momento dell'autorizzazione all'immissione in commercio. In breve, viene circoscritta la facoltà del medico di procedere ad un diverso impiego del farmaco, in quanto ritenuto più idoneo di altri prodotti in commercio, ai soli casi di sperimentazione clinica di cui al decreto legge n. 211 del 2003, prevedendo, in caso contrario, l'applicazione di sanzioni disciplinari e l'adozione di provvedimenti regionali, al fine di individuare responsabilità amministrative per danno erariale. Poiché recentemente ci sono state polemiche sull'utilizzo di alcune sostanze per un uso diverso da quello previsto, questa precisazione sembra opportuna al fine di dare maggiore chiarezza sulla linea di confine tra l'utilizzo medico e la sperimentazione.

Il comma 415 stanZIA delle risorse finanziarie aggiuntive, in un importo pari a 2.000 milioni di euro, per l'anno 2006, da ripartire fra le Regioni.

È poi confermato, per il 2006, lo stanziamento per le spese di funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), mentre, in un'ottica di razionalizzazione della spesa sanitaria, risulta ridotto quello per gli anni 2007 e 2008.

Al fine di recepire le disposizioni del disegno di legge finanziaria nel Piano sanitario nazionale 2006-2008, il comma 417 ne prevede un aggiornamento. Detto aggiornamento avverrà anche sulla base dei provvedimenti che si svilupperanno in base alle disposizioni contenute nella legge finanziaria.

Il comma 185, inserito dalla Camera dei deputati, modificando il regime di contribuzione obbligatoria in favore della fondazione Opera nazionale per l'assistenza agli orfani dei sanitari italiani (ONAOISI), ne limita l'obbligo ai sanitari pubblici dipendenti.

Il comma 248 ridefinisce la disciplina sui vincoli alla spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Questi dovranno adottare le misure necessarie a garantire che la spesa per il personale per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 venga ridotta dell'1,4 per cento rispetto a quella del 2004. Anche in questo caso si procede in un'ottica di riduzione della spesa, senza però per questo togliere la possibilità di raggiungere obiettivi di qualità ed efficacia della spesa per il Servizio sanitario nazionale. La riduzione del personale, naturalmente, dovrebbe portare le Regioni a riconsiderare gli aspetti di organizzazione interna dei servizi e delle attività amministrative.

Con riferimento al settore farmaceutico, i commi da 418 a 421, introdotti nel corso dell'esame presso l'altro ramo del Parlamento, dispongono – fatta salva la norma transitoria fino al 31 dicembre 2007 – che il prezzo al pubblico dei medicinali non soggetti a prescrizione medica sia stabilito da ciascun rivenditore con modalità trasparenti. Ricordo che, dall'adozione del cosiddetto decreto Bersani in poi, è stata perseguita una politica volta a liberalizzare, per alcuni aspetti, il prezzo dei medicinali non soggetti a prescrizione medica e mi pare che si stiano ottenendo alcuni risultati. È perciò significativo ribadire questo orientamento anche nella legge finanziaria.

Sempre nell'ambito della riduzione del costo della spesa farmaceutica, i commi 431 e 432 prevedono un accordo, in sede di Conferenza Stato-Regioni, finalizzato alla definizione di un programma per l'impiego delle risorse destinate alle iniziative di farmacovigilanza e di informazione sulle proprietà, sull'impiego e sugli effetti indesiderati dei medicinali, nonché per le campagne di educazione sanitaria sulla materia. Si dettano inoltre disposizioni volte a rendere più chiara la leggibilità della data di scadenza e del numero di lotto riportati sulle confezioni di medicinali per uso umano. Tale iniziativa mi sembra particolarmente importante perché in questi anni, anche da parte di alcune Regioni, si è cercato di ridurre la spesa farmaceutica unicamente attraverso i *ticket*, piuttosto che svolgendo campagne d'informazione sull'uso del farmaco. Mi auguro che l'informazione sia rivolta anche ai medici che oggi sono informati sui farmaci quasi essenzialmente dalle case farmaceutiche, mentre il Servizio sanitario

nazionale realizza poche iniziative per la formazione, tra l'altro non sempre mirate all'uso del farmaco per particolari problematiche, soprattutto per malattie croniche che prevedono un uso prolungato del farmaco. Tali campagne di informazione, dunque, non sempre vengono svolte e, nel caso in cui ciò accada, non sempre sono coordinate con precisi obiettivi di riduzione della spesa farmaceutica o di utilizzo di un farmaco piuttosto che di un altro, in base alla verifica dell'efficienza e dell'efficacia dello stesso anche in rapporto alla spesa. È un'iniziativa che ritengo quindi particolarmente importante perché traguarda un nuovo sistema basato sull'informazione dell'utenza, dei medici e anche su una campagna di educazione sanitaria.

I commi da 422 a 424 istituiscono un Fondo per il cofinanziamento di progetti volti a superare le disomogeneità tra le diverse aree territoriali nell'attuazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Collegati, come voi sapete, in questi anni è aumentata, purtroppo, la disparità per strutture e tecnologie tra il Nord e il Sud del Paese: mi sembra allora che l'istituzione del Fondo sia diretta ad assicurare maggiore omogeneità nell'attuazione del Piano sanitario nazionale e nella presenza di strutture e nuove tecnologie su tutto il territorio.

Il comma 425 prevede poi lo stanziamento di 20 milioni di euro nel 2007 e di 18 milioni di euro annui per il biennio 2008-2009, al fine della prosecuzione nelle Regioni meridionali ed insulari degli interventi di *screening* oncologici previsti dalla legislazione vigente. Anche tale previsione, in rapporto a quanto dicevo prima, è volta a superare un divario esistente: dai dati che tutti conosciamo risulta che ci si ammala di più di tumore, ma si guarisce in una percentuale maggiore nel Nord del Paese, mentre al Sud accade il contrario. Quindi l'investimento negli *screening* oncologici previsti dalla legislazione vigente mi sembra rappresenti un passo in avanti per superare tale divario e per dare a tutti la stessa possibilità di intervenire preventivamente rispetto ad una malattia che si pone sempre più, tra le cause di morte, sullo stesso piano delle malattie cardiovascolari.

Il comma 426, anch'esso inserito dalla Camera, modifica l'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 326 del 2003, riguardante l'introduzione della tessera sanitaria. Esso estende l'ambito di applicazione del sistema di rilevazione e di collegamento dei dati relativi alla tessera sanitaria, ai dispositivi di assistenza protesica e di assistenza integrativa ed alle strutture di erogazione. Inoltre, a partire dal primo luglio 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze renderà disponibile il collegamento in rete dei medici del Servizio sanitario nazionale per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero stesso e delle certificazioni di malattia all'INPS. Mi pare dunque importante la costruzione di questa rete telematica, al fine di consentire un uso davvero appropriato della tessera sanitaria. In questi anni alcune Regioni hanno messo in circolazione una tessera sanitaria di tipo informatico che però, in assenza di una rete telematica, diventa come la tessera cartacea.

In relazione alla trasmissione telematica dei dati delle ricette, si riconosce un contributo per l'anno 2008, in favore dei medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, nel limite complessivo di 10 milioni di euro. È prevista altresì l'esclusione delle strutture di erogazione dei servizi sanitari non autorizzate al trattamento del codice fiscale dell'assistito dall'accesso al codice fiscale medesimo, nell'ambito del sistema di collegamento dei dati rilevati in base alla tessera sanitaria. Si ricorda che la norma attuale già esclude dall'accesso al codice fiscale le farmacie pubbliche e private.

Il comma 427, poi, riguarda una particolare iniziativa per quanto attiene le truffe nei confronti del Servizio sanitario nazionale, prevedendo la facoltà per l'autorità competente di disporre la decadenza dall'autorizzazione all'esercizio della farmacia nei confronti del farmacista, titolare di farmacia privata o direttore di una farmacia gestita da una società di farmacisti, che sia stata condannato, con sentenza passata in giudicato, per il reato di truffa nei confronti del Servizio sanitario nazionale. La decadenza è sempre dichiarata quando il danno accertato in sentenza sia superiore ai 50.000 euro.

Quando la truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale, accertata con sentenza passata in giudicato, sia posta in essere da altro sanitario che, personalmente o per il tramite di una società di cui sia responsabile, eroghi servizi per conto del Servizio sanitario nazionale, il comma 428 prevede l'avvio immediato delle procedure di risoluzione del rapporto con il Servizio medesimo. Il rapporto è risolto di diritto in caso di danno accertato superiore a 50.000 euro.

Quanto alla ricerca sanitaria, si è svolta sul tema un'ampia discussione: il comma 429 fa riferimento alla ricerca sanitaria di cui alla tabella C allegata al disegno di legge finanziaria per gli anni 2007, 2008 e 2009, prevedendo un'erogazione di 10 milioni di euro per progetti proposti dagli Istituti zooprofilattici sperimentali, in materia di sicurezza degli alimenti, nella direzione di un maggiore controllo che garantisca maggiore sicurezza al consumatore. È poi stabilito un finanziamento di 9 milioni di euro per progetti concernenti il miglioramento degli interventi di diagnosi e cura delle malattie rare. Anche in riferimento a questo aspetto, si pone un problema particolare non solo per quanto riguarda l'erogazione ai pazienti dei relativi farmaci, ma anche la preparazione degli stessi.

Il comma 430 autorizza lo stanziamento di 8 milioni di euro per gli anni 2007, 2008 e 2009 a favore dell'Istituto superiore di sanità, ai fini del completamento delle attività relative alla tutela della salute pubblica, di sorveglianza dei fattori critici incidenti sulla salute e di gestione dei registri nazionali previsti dalla vigente legislazione: si tratta di uno sforzo affinché l'Istituto superiore di sanità svolga un'azione particolarmente incisiva in materia di sorveglianza dei fattori critici che incidono sulla salute.

Il comma 434 dispone la creazione di un Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà. Con l'immigrazione, infatti, diventata ormai un fatto

costitutivo delle nostre società, sono riapparse malattie che si ritenevano sconfitte per sempre, come la tubercolosi ad esempio; è importante, dunque, che vi sia uno sforzo per uno studio specifico di queste malattie da parte di un istituto nazionale appositamente costituito.

Ci sono poi degli stanziamenti a favore delle politiche per la famiglia. Su questo tema si potrebbe aprire un intero capitolo di discussione, ma, per non stancare troppo chi mi sta ascoltando, mi limito a sottolineare che alla famiglia viene posta un'attenzione particolare, non solo sul versante economico (aumento degli assegni familiari, riduzione del carico fiscale attraverso le detrazioni), ma anche sul fronte dei servizi, con il Fondo per gli asili nido. Sappiamo benissimo che gli asili nido rappresentano un servizio importante, non solo per la famiglia, ma anche per la formazione e il recupero delle diseguaglianze economiche e sociali dell'infanzia e, in particolare, aiutano - secondo anche le ultime ricerche - a combattere una delle piaghe del nostro Paese: l'abbandono scolastico prima della fine degli anni previsti per la scuola dell'obbligo.

Il comma 775 incrementa il Fondo per le politiche giovanili. In queste settimane si sono aperte diverse discussioni sulle problematiche dell'adolescenza che rappresenta, purtroppo, un capitolo su cui ci stiamo esercitando da tempo troppo poco. Si tratta di un tema che dobbiamo affrontare con maggiore incisività e, quindi, tale previsione mi sembra importantissima.

I commi 760 e 761 istituiscono un Fondo per le non autosufficienze che può renderci tutti - maggioranza e opposizione - soddisfatti perché so che nella passata legislatura si era raggiunto un accordo trasversale per approvare un Fondo di questo genere. Le non autosufficienze rappresentano una delle emergenze attuali del nostro Paese, che è uno più vecchi del mondo: ormai, non solo siamo in numero maggiore più vecchi, ma negli ultimi venti anni abbiamo guadagnato sei mesi di vita ogni due anni. Stiamo diventando molto longevi ed è quindi chiaro che aumentano le non autosufficienze. Sperando tutti di vivere a lungo, dobbiamo cercare di vivere al meglio questi anni in più che ci sono stati regalati, non solo dal nostro Servizio sanitario nazionale, dal nostro saper vivere o da altro ancora.

CURSI (AN). A quanto ammonta il Fondo?

BASSOLI, *relatrice sulle tabelle 15 e 15-ter e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Al Fondo è assegnata la somma di 100 milioni di euro per il 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009. È chiaro che si tratta di una cifra insufficiente per far fronte ad un problema molto complesso, però è comunque importante che il tema venga affrontato, esprimendo prima di tutto una volontà politica e un impegno economico che, seppur ridotto, deve essere poi costruito attraverso una compartecipazione delle Regioni e degli enti locali. Chiara-

mente dovrà essere fatto uno studio particolare, partendo dall'accordo precedentemente raggiunto, su come questo Fondo dovrà essere cofinanziato, su come dovrà essere distribuito e per quali finalità utilizzato. Ripeto, però: questo è un punto di partenza che va poi sviluppato.

Con riferimento alle tabelle allegate al disegno di legge finanziaria (che presentano un carattere più amministrativo e meno politico), si segnala che la tabella A, recante stanziamenti per le spese di natura corrente derivanti dai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento, prevede, con riguardo al Ministero della salute, una dotazione pari a 103.000.000 euro per il 2007 e di 104.000.000 euro annui a decorrere dal 2008 (mentre nel bilancio a legislazione vigente non esiste alcun accantonamento relativo al Ministero in esame).

Non sono invece contemplati (come del resto non lo erano nel bilancio a legislazione vigente) accantonamenti per il Ministero della salute nella tabella B, recante stanziamenti per le spese in conto capitale derivanti dai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento.

La tabella C - che concerne le norme per le quali la quantificazione delle dotazioni finanziarie permanenti è rimessa alla legge finanziaria - opera alcune rimodulazioni, inerenti allo stato di previsione del Ministero della salute, rispetto agli stanziamenti stabiliti dalla legislazione vigente. In proposito, si rileva che ai valori iscritti nella medesima tabella C occorre applicare la riduzione globale disposta, in termini lineari, dall'articolo 18, comma 208, del presente disegno di legge finanziaria e che gli importi così risultanti devono sommarsi algebricamente con la riduzione derivante dal summenzionato taglio, di cui all'articolo 18, comma 206, qualora la voce di spesa rientri nell'ambito di quest'ultimo taglio.

Nello specifico, l'articolo 18, comma 206, del disegno di legge finanziaria opera, per gli anni 2007, 2008 e 2009, un taglio «trasversale» della spesa dei Dicasteri relativa - salve talune eccezioni - ai consumi intermedi, ai trasferimenti correnti, alle altre uscite correnti ed alle spese in conto capitale.

Detta decurtazione (che riguarda anche le «autorizzazioni di spesa predeterminate legislativamente») si sovrappone, sommandosi algebricamente, anche agli eventuali incrementi o riduzioni (delle singole voci di spesa) previsti nel medesimo disegno di legge finanziaria.

Passando a considerare lo stato di previsione del Ministero della salute, la riduzione derivante dal taglio suddetto ammonta complessivamente a 91.632,5 migliaia di euro per il 2007, a 103.370,5 migliaia di euro per il 2008 e a 90.035,5 migliaia di euro per il 2009.

In base a tale somma algebrica, il Fondo da destinare ad attività di ricerca e sperimentazione, di cui all'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992, è pari, per il 2007, a 304.845.000 euro, mentre, a legislazione vigente, la dotazione per il 2007 sarebbe pari a 269.500.000 euro (con un incremento, quindi, di 35.345.000 euro).

Relativamente alle tabelle D (recante gli stanziamenti di spesa per il rifinanziamento di norme che prevedono interventi di sostegno dell'economia classificati tra le spese in conto capitale) ed F (recante rimodulazione di quote per il triennio 2006-2008 delle leggi di spesa in conto capitale pluriennali), si segnala che lo stanziamento (iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze) relativo agli interventi in materia di edilizia sanitaria, di cui all'articolo 50, comma 1, lettera c), della legge n. 448 del 1998, presenta un incremento di 400.000.000 euro per ciascuno degli anni 2007 e 2008, una riduzione pari a 1.000.000.000 euro per il 2009 ed un incremento pari a 1.200.000.000 euro per il 2010. Di conseguenza, il combinato disposto delle tabelle D e F contempla un incremento totale pluriennale (derivante dalla somma algebrica delle suddette variazioni) pari a 1.000.000.000 euro.

PRESIDENTE. Per quanto riguarda il calendario dei lavori proponerei, nel caso in cui non ci siano problemi di sovrapposizione con le sedute di Assemblea, di iniziare la discussione congiunta oggi pomeriggio per riprenderla martedì 28 novembre. Se del caso, la Commissione verrà riconvocata mercoledì 29 novembre.

Propongo di fissare il termine per la presentazione di eventuali emendamenti alla tabella di bilancio e di ordini del giorno alle ore 17 di lunedì prossimo.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, intervengo per informarla che il Gruppo di Forza Italia interverrà in discussione congiunta solo a partire da martedì prossimo, ritenendo di non avere sufficiente tempo per esaminare i punti illustrati dalla relatrice entro oggi pomeriggio.

BAIO DOSSI (Ulivo). Signor Presidente, il mio Gruppo è d'accordo sul calendario proposto e sul termine da lei indicato per la presentazione degli emendamenti e degli ordini del giorno.

CURSI (AN). Presidente, anche il Gruppo di Alleanza Nazionale interverrà in discussione congiunta a partire da martedì. Mi sembra inoltre anomalo fissare il termine per la presentazione degli emendamenti e degli ordini del giorno prima della conclusione della discussione congiunta, dal momento che attraverso di essa potremo capire se la maggioranza - come mi auguro - è disposta a recepire le proposte dell'opposizione ovvero se quest'ultima può convenire su quanto espresso dalla maggioranza.

BAIO DOSSI (Ulivo). Presidente, siamo d'accordo con la proposta da lei illustrata. Faccio comunque presente che si può procedere alla discussione congiunta anche dopo la presentazione degli emendamenti, recependo magari eventuali osservazioni e suggerimenti dell'opposizione.

PRESIDENTE. Alla luce del dibattito sin qui svolto, propongo di stabilire il termine per la presentazione di eventuali emendamenti alla tabella del bilancio e di ordini del giorno alle ore 12,00 del prossimo 28 novembre.

Non facendosi osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito della discussione congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,30.*

