



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 6

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

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA

118^a seduta: martedì 9 ottobre 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1818) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2008 e bilancio pluriennale per il triennio 2008-2010

– (Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2008

(1817) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)

(1819) Conversione in legge del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale

(Rapporto alla 5^a Commissione per i disegni di legge nn. 1818 e 1817. Parere alla 5^a Commissione per il disegno di legge n. 1819. Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 15 e passim	
BASSOLI (Ulivo), relatore sul disegno di legge n. 1819		4
* BODINI (Ulivo), relatore sulla tabella 15, limitatamente alle parti di competenza, e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria		10
TURCO, ministro della salute		15

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 per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; 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; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democratici cristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-La Destra: Misto-LD; Misto-Movimento politico dei cittadini: Misto-Mpc; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

I lavori hanno inizio alle ore 13,20.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1818) *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2008 e bilancio pluriennale per il triennio 2008-2010*

– (Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2008

(1817) *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)*

(1819) *Conversione in legge del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale*

(Rapporto alla 5^a Commissione per i disegni di legge nn. 1818 e 1817. Parere alla 5^a Commissione per il disegno di legge n. 1819. Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1818 (tabella 15) e 1817, per il rapporto alla 5^a Commissione, e del disegno di legge n. 159, per il parere alla 5^a Commissione.

Poiché il disegno di legge concernente la conversione in legge del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale, fa parte della manovra finanziaria per l'anno 2008 ed è stato assegnato per le parti di competenza anche alla nostra Commissione, propongo di svolgere una discussione generale insieme agli altri documenti di bilancio.

Poiché non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

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, che in tal caso comprende anche il richiamato decreto-legge.

Per quanto riguarda, invece, 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 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, infine emendamenti privi di conseguenze finanziarie.

Do quindi la parola alla relatrice senatrice Bassoli per lo svolgimento della relazione sul disegno di legge n. 1819.

BASSOLI, *relatrice sul disegno di legge n. 1819*. I punti che riguardano la competenza della nostra Commissione sono gli articoli 4, 5, 29, 30, 31, 33 e 39.

L'articolo 4 concerne il contenimento della spesa sanitaria regionale. Sicuramente i senatori e le senatrici hanno presente la manovra finanziaria dello scorso anno e sapranno pertanto collegare benissimo quanto dirò con i provvedimenti precedenti. All'articolo 4, commi 1 e 2, si disciplina un'ipotesi di potere sostitutivo statale sulle Regioni in materia sanitaria, prevedendo la nomina, previa diffida, di un commissario *ad acta* nelle Regioni nei cui confronti si prefiguri il mancato rispetto degli adempimenti dovuti ai fini della realizzazione dei piani di rientro dal *deficit* sanitario. Si tratta di quelle Regioni che hanno accumulato un *deficit* sanitario su cui si prevede un intervento di natura finanziaria a livello nazionale.

Il comma 1, in particolare, si riferisce al procedimento di verifica e di monitoraggio dei singoli piani di rientro, che viene effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui agli articoli 12 e 9 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con le modalità che sono previste dagli accordi sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, numero 311 (finanziaria 2005), e successive modificazioni.

L'ipotesi disciplinata è quella in cui si prefigura il mancato rispetto da parte della Regione degli adempimenti previsti dal rispettivo piano, sia in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari, nella dimensione e nei tempi che erano stati programmati, sia, soprattutto, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico e finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile. In questi casi si avvia la procedura di potere sostitutivo: la Regione viene diffidata ad adottare, entro 15 giorni, tutti gli atti idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi che erano stati previsti nel piano. L'atto di diffida viene adottato dal Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali.

Al comma 2 si disciplina il caso di inadempimento della Regione interessata. Nell'ipotesi in cui la Regione sia ancora inadempiente dopo la diffida, il Consiglio dei ministri nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del singolo piano di rientro. La nomina è adottata su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali. Gli eventuali oneri di tale rientro sono posti a carico della Regione interessata.

L'articolo 5 costituisce la trasposizione del documento che è stato prodotto dal Tavolo misto Stato-Regioni in materia di spesa farmaceutica.

Il primo periodo del comma 1 stabilisce che, a decorrere dal 2008, l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare il 14,4 per cento del finanziamento complessivo ordinario del medesimo Servizio sanitario nazionale. Questo limite deve essere rispettato sia a livello nazionale, sia in ciascuna Regione. La spesa farmaceutica in oggetto concerne la distribuzione in via convenzionata al lordo delle quote di partecipazione a carico degli assistiti e la distribuzione diretta dei medicinali da parte delle farmacie ospedaliere, oppure da parte delle farmacie convenzionate per conto delle Aziende sanitarie locali. Ai sensi della disciplina previgente, il limite di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è pari al 13 per cento della spesa sanitaria corrente, nel quale non rientra la distribuzione diretta per uso domiciliare da parte delle farmacie ospedaliere o da parte di quelle convenzionate per conto delle aziende sanitarie locali, mentre la medesima è inclusa nel nuovo tetto del 14,4 per cento.

Il periodo successivo dispone che il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per la predetta assistenza farmaceutica territoriale, sia a livello nazionale, sia per ciascuna Regione, venga determinato annualmente dal Ministero della salute entro il 15 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, sulla base del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale deliberato dal CIPE, ovvero, in sua assenza, sulla base della proposta di riparto del Ministero della salute, da formulare entro il 15 ottobre.

Il terzo periodo prevede che, entro 15 giorni dalla fine di ciascun mese, le Regioni trasmettano all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, i dati della distribuzione diretta, da parte delle farmacie ospedaliere oppure delle farmacie convenzionate con le ASL, per ogni specialità medicinale relativa al mese precedente, secondo le specifiche tecniche che erano state definite nel decreto ministeriale del luglio 2007, concernente l'istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta.

Il quarto periodo conferma il principio secondo cui il rispetto dei limiti di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale costituisce una condizione per l'accesso alle quote di finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

Il quinto periodo specifica che, nelle more dell'attivazione del flusso informativo che è stato prima indicato, alle Regioni che non forniscano i dati di cui al precedente terzo periodo viene attribuita, in via transitoria e salvo conguaglio, ai fini della determinazione del limite di spesa farmaceutica del 14,4 per cento e della definizione dei *budgets* aziendali, una quota di spesa, relativa alla distribuzione diretta, pari al 40 per cento della spesa farmaceutica complessiva non convenzionata.

Il comma 2 definisce, a decorrere dal 2008, un nuovo sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico dello Stato, quindi del Servizio

sanitario nazionale. In base a tale disciplina, l'AIFA attribuisce entro il 15 gennaio di ciascun anno, ad ogni azienda titolare di autorizzazioni all'immissione in commercio di farmaci, un *budget* annuale calcolato sulla base dei volumi e dei prezzi relativi agli ultimi dodici mesi per i quali siano disponibili i dati, distintamente per i medicinali equivalenti e per quelli ancora coperti da brevetto. Dall'importo sono detratte le somme restituite al SSN per il superamento dei limiti di spesa farmaceutica ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera g), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, nonché del comma 3 dell'articolo in esame, e il valore della minor spesa prevedibilmente registrabile nel nuovo anno a seguito dell'eventuale decadenza di brevetti dell'azienda. Inoltre, nella determinazione dei *budget* aziendali si tiene conto solo nella misura del 60 per cento dell'eventuale incremento in valori assoluti del limite di spesa di cui al comma 1 rispetto all'anno precedente. Questo incremento viene valutato anche in base alle risorse rese disponibili a livello nazionale per effetto delle scadenze di brevetto che avvengono nell'anno per il quale sia attribuito il *budget*.

Le risorse residue, derivanti dalla menzionata limitazione al 60 per cento, sono attribuite per metà ad un fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi che saranno autorizzati nel corso dell'anno e per metà ad un fondo di garanzia per esigenze allocative che emergano nell'anno medesimo.

Ai fini in esame, il possesso, da parte di un medicinale, del requisito dell'innovatività è riconosciuto dall'AIFA, sentito il parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica istituita presso la stessa Agenzia, e ha validità per trentasei mesi, fatta salva la possibilità dell'AIFA di rivalutare l'innovatività sulla base di nuovi elementi tecnico-scientifici.

La lettera b) del comma 2 esplicita che la somma dei *budgets* delle aziende e dei due fondi corrisponde al limite di cui al comma 1 e deve essere eguale all'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale.

La lettera c) concerne la determinazione dei *budgets* aziendali in via di prima applicazione della disciplina e nelle more della completa attivazione dei flussi informativi summenzionati. Si prevede che in questa fase l'AIFA attribuisca, entro il 31 gennaio 2008, un *budget* provvisorio sulla base dei criteri ordinari di cui alla precedente lettera a) e dei prezzi in vigore al 1° gennaio 2007. Il *budget* definitivo viene stabilito entro il 30 settembre 2008, in base ai dati derivanti dai suddetti flussi informativi; in mancanza degli stessi, ad ogni azienda è attribuito un valore di spesa per la distribuzione diretta proporzionale all'incidenza dei farmaci di PHT (prontuario della distribuzione diretta), di cui alla determinazione dell'AIFA del 29 ottobre 2004.

Ai sensi della lettera d), l'AIFA svolge il monitoraggio mensile dei dati di spesa farmaceutica e comunica le risultanze al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze con la medesima cadenza. L'AIFA, inoltre, verifica l'eventuale superamento, con riguardo al 31 maggio, al 30 settembre e al 31 dicembre di ogni anno, del limite di spesa nazionale e regionale di cui al comma 1, sulla base dei dati del-

l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali e di quelli delle Regioni concernenti la distribuzione diretta summenzionata.

In base alla lettera *e*), qualora dalla verifica relativa al 31 maggio o da quella relativa al 30 settembre risulti che i valori di spesa superino la somma degli importi dei *budgets* aziendali e dei fondi di cui alla lettera *b*), si dà luogo al ripiano secondo la disciplina di cui al successivo comma 3. Peraltro, nel caso delle rilevazioni relative al 30 settembre, il ripiano non concerne l'eccedenza già verificatasi, ma quella stimata con riguardo al periodo 1° giugno - 31 dicembre, salvo conguaglio sulla base della verifica relativa al 31 dicembre.

Il comma 3 definisce la disciplina per il ripiano, in caso di superamento dei limiti di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui al comma 1. La lettera *a*) del comma 3 prevede che l'intera eccedenza sia ripartita tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali e tenendo conto dell'incidenza della distribuzione diretta sulla spesa complessiva. La misura del ripiano a carico della singola azienda è determinata in proporzione al superamento del *budget* che è stato attribuito dall'AIFA, ai sensi del comma 2. Sull'entità del ripiano così definita, si applica il riparto in base alle quote di spettanza. In ogni caso, «al fine di favorire lo sviluppo e la disponibilità dei farmaci innovativi», la quota di eccedenza imputabile al superamento, da parte dei medesimi, del fondo aggiuntivo di cui al precedente comma 2, lettera *b*), è ripartita, ai fini del ripiano, al lordo dell'IVA, fra tutte le aziende farmaceutiche, in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto.

Per la corresponsione della quota di ripiano a loro carico, le aziende farmaceutiche versano gli importi determinati in base alle tabelle di equivalenza degli effetti economico-finanziari per il Servizio sanitario nazionale approvate dall'AIFA. Le somme sono corrisposte dalle aziende direttamente in favore delle Regioni dove si sia verificato il superamento, in proporzione all'entità, in termini percentuali, del medesimo superamento in ciascuna Regione, rispetto al limite del 14,4 per cento. I termini per la comunicazione da parte dell'AIFA e per il relativo pagamento sono invece stabiliti dalla lettera *b*), la quale prevede altresì che l'azienda dia contestuale comunicazione dell'adempimento all'AIFA, al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute. Il mancato o parziale versamento delle somme entro i termini comporta la riduzione, nei successivi sei mesi, del prezzo dei farmaci dell'azienda ancora coperti da brevetto, in misura tale da coprire l'importo corrispondente, incrementato del 20 per cento. Ai fini dell'effettuazione del ripiano a carico dei grossisti e dei farmacisti, l'AIFA ridetermina, per i sei mesi successivi, le relative quote di spettanza sul prezzo di vendita dei medicinali.

Il comma 4 prevede che l'AIFA elabori, entro il 1° dicembre di ogni anno, la stima della spesa farmaceutica territoriale relativa all'anno successivo, distintamente per ciascuna Regione, e la comunichi alle medesime. Le Regioni che, secondo tali stime, superino il limite di cui al comma 1, sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa

per un ammontare pari almeno al 30 per cento dell'eccedenza stimata. L'adozione di tali misure costituisce una condizione per l'accesso alle quote di finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

Il comma 5 definisce, a decorrere dal 2008, i limiti della spesa farmaceutica ospedaliera, come rilevata dai modelli CE (Conto Economico) e al netto della distribuzione diretta. Il tetto stabilito dal comma 5 è pari al 2 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN. L'eventuale superamento dei limiti per la spesa farmaceutica ospedaliera è recuperato interamente a carico della Regione. Sono escluse dall'obbligo di ripiano le Regioni che presentino un «equilibrio economico complessivo». Mi sembra che questo sia uno sforzo per tener conto anche della virtuosità di alcune Regioni.

L'articolo 29 modifica la disciplina relativa ai criteri e alle procedure per la determinazione dei contributi obbligatori in favore della Fondazione Opera nazionale per l'assistenza agli orfani dei sanitari italiani (ONAOISI). In base alla disciplina previgente, sono assoggettati all'obbligo contributivo i sanitari dipendenti pubblici iscritti agli ordini professionali italiani dei medici chirurgici, degli odontoiatri, dei veterinari e dei farmacisti. La sentenza n. 190 del 2007 della Corte costituzionale ha però dichiarato l'illegittimità di questa normativa, soprattutto nella parte in cui si prevede che il versamento di tali contributi sia obbligatorio.

Il comma 1 dell'articolo dispone che i contributi obbligatori siano stabiliti dal Consiglio di amministrazione della fondazione in modo da assicurare l'equilibrio della gestione e la conformità alle finalità statutarie, rapportando la misura degli stessi, per ciascun soggetto, ad una percentuale della retribuzione di base e all'anzianità di servizio. Il comma 2 prevede che il Consiglio di amministrazione tenga conto dei suddetti criteri anche per la rideterminazione dei contributi obbligatori relativi al periodo compreso tra la pubblicazione della sentenza n. 190 e l'entrata in vigore del decreto-legge in esame. Al comma 1, inoltre, si specifica che la nuova disciplina è posta nelle more dell'adozione di una riforma di questo ente, la quale renda la relativa disciplina omogenea a quella degli enti assistenziali e previdenziali concernenti le libere professioni.

L'articolo 30 dispone il commissariamento e la liquidazione dei crediti e di parte dei beni della Fondazione Ordine Mauriziano, in previsione di un ritorno all'ordinaria gestione. La procedura non riguarda però l'Azienda Sanitaria Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, costituita nel febbraio 2006.

L'articolo 31 concede tre contributi straordinari per l'anno 2007: 40 milioni a favore dell'Istituto Gaslini di Genova; un milione a favore dell'Unione italiana ciechi; tre milioni a favore della Fondazione EBRI (European Brain Research Institute).

L'articolo 33, comma 1, autorizza una spesa di 94 milioni di euro per il 2007 per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, danneggiati da sangue o emoderivati infetti, che abbiano instaurato azioni di risarcimento dei danni tuttora pendenti. Il comma 2 demanda a un decreto del

Ministro della salute, da emanarsi di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, la definizione dei criteri per l'accesso alle risorse summenzionate. Si prevede un criterio di priorità – cioè a parità di gravità dell'infermità – in relazione alle condizioni economiche del soggetto, previste in base all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). Tale indennizzo è concesso in favore dei soggetti emofilici, danneggiati da trasfusione o somministrazione di derivati infetti, che abbiano presentato domanda di ammissione a procedura transattiva e per i quali la medesima procedura non risulti definita entro il 31 ottobre 2005. L'importo dell'ulteriore indennizzo è equivalente a quello derivante dall'applicazione dei criteri transattivi fissati nel decreto ministeriale 3 novembre 2003. Nel medesimo comma 3 è specificato che l'indennizzo può essere concesso anche agli emofilici, che, pur non rientrando nella classificazione delle lesioni e delle infermità di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, abbiano in ogni caso conseguito il riconoscimento, da parte della competente commissione medico-ospedaliera, del nesso tra la trasfusione o la somministrazione di derivati infetti e la patologia riscontrata.

Al comma 4 si modifica la disciplina sull'assegno *una tantum*, di cui all'articolo 4 della legge 29 ottobre 2005, n. 229, che costituisce una misura ulteriore per i soggetti menomati permanentemente a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per atto amministrativo di un'autorità sanitaria italiana. Ricordo che l'articolo 4 della legge n. 229 del 2005 prevede che l'assegno *una tantum* sia corrisposto per la metà al soggetto danneggiato e per l'altra metà ai congiunti che prestino o abbiano prestato al danneggiato un'assistenza in maniera prevalente e continuativa, mentre al comma 4 si dispone che l'assegno sia corrisposto interamente ai suddetti congiunti nel caso in cui il danneggiato sia un minore di età o incapace di intendere e di volere.

Il comma 5 tratta dei casi in cui i soggetti danneggiati siano già deceduti alla data del 20 novembre 2005, data dall'entrata in vigore della legge n. 229 del 2005. Tale disposizione destina un assegno ulteriore agli aventi diritto, i quali sono nell'ordine: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro. L'importo dell'assegno è definito con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

All'articolo 39, comma 3, si conferma che dal 1° gennaio 2008 non è più valido, ai fini delle deduzioni e delle detrazioni dalle imposte sui redditi, allegare allo scontrino fiscale la documentazione contestualmente rilasciata dal farmacista, la quale specifichi la natura, la qualità e la quantità dei medicinali venduti. Dalla medesima data occorre, ai fini della deduzione, che la fattura o lo scontrino fiscale contenga anche la specificazione della natura, qualità e quantità dei farmaci e l'indicazione del codice fiscale del destinatario, come già richiesto dall'articolo 1, comma 28 della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

PRESIDENTE. Do ora la parola al senatore Bodini per riferire sulle parti di competenza della tabella 15 del disegno di legge n. 1818 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

BODINI, *relatore sulla tabella 15, limitatamente alle parti di competenza, e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. La Commissione è chiamata ad esaminare, per gli aspetti di propria competenza, il disegno di legge finanziaria per il 2008 e il disegno di legge di bilancio, che compongono, assieme al decreto-legge numero 159 del 2007, la manovra finanziaria per il prossimo anno. Quest'ultima, peraltro, è destinata ad arricchirsi con ulteriori provvedimenti collegati alla manovra, fra cui ricordo il disegno di legge per l'ammodernamento, la qualità e la sicurezza delle cure del Servizio sanitario nazionale, così come annunciato dal Ministro.

Preliminarmente, credo vada ricordato con soddisfazione l'ammontare complessivo di risorse destinate al Fondo sanitario nazionale per il 2008, già quantificato dall'articolo 1, comma 796, lettera *a*), della legge finanziaria per il 2007, che è pari a 100,5 miliardi di euro, con un incremento sensibile rispetto al 2007 (più 3,5 miliardi di euro) e, soprattutto, al 2006 (più 9,6 miliardi di euro), a conferma di una sempre maggiore attenzione dell'Esecutivo alle esigenze del settore sanitario.

Si tratta peraltro di una tendenza ampiamente confermata anche dal disegno di legge finanziaria in esame, che coniuga, nel rispetto delle prerogative costituzionali delle Regioni, da un lato, misure di razionalizzazione e di riduzione degli sprechi e, dall'altro, interventi, anche di carattere finanziario, volti a rafforzare la capacità di intervento del settore pubblico. Questi ultimi risultano particolarmente apprezzabili anche a fronte della generalizzata esigenza di comprimere le spese pubbliche, e dei conseguenti tagli che colpiscono molti altri settori, al fine di rispettare gli obiettivi europei di contenimento del rapporto tra debito e PIL.

In quest'ottica è da accogliere con favore anzitutto il rilancio degli investimenti infrastrutturali (così come nell'articolo 36, commi 6 e 7), attraverso l'aumento da 20 a 23 miliardi di euro della spesa complessiva pluriennale per gli interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Considerando quanto già disposto con la legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (finanziaria per il 2007), l'incremento complessivo rispetto all'anno 2006 è di 6 miliardi di euro, a conferma di un serio impegno a realizzare e rinnovare le strutture ospedaliere, anche mediante investimenti nelle tecnologie mediche e la messa in sicurezza delle strutture. Sotto questo profilo, alla Commissione spetta il compito di assicurare un importante contributo, attraverso un sollecito avvio dell'esame del disegno di legge n. 1598-*bis*, in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico, che - come evidenziato anche nell'ambito dell'attività della Commissione di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale - rappresenta una delle principali criticità del settore.

Va peraltro precisato, sulla scorta di quanto previsto nella stessa relazione tecnica, che la citata disposizione di cui all'articolo 36 riveste un carattere «esclusivamente programmatorio», in quanto gli interventi possono essere adottati, mediante la sottoscrizione di accordi di programma con le Regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, solo in base alle effettive disponibilità di bilancio (come specifica l'articolo 1, comma 796, lettera *n*), della legge finanziaria per il 2007).

In base alle tabelle D ed F del disegno di legge finanziaria, le risorse per gli interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica risultano pari a 784 milioni di euro per il 2008, a 1.520 milioni per il 2009 e a 2.800 milioni per il 2010. Il comma 7 specifica poi che la quota di riserva (nell'ambito della programmazione delle risorse), pari a 100 milioni di euro, può concernere, oltre che - come già previsto - la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative, anche l'acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali nel medesimo settore delle cure palliative.

Vengono poi introdotte disposizioni intese a dare attuazione a quanto previsto nei piani regionali di rientro dai disavanzi sanitari che interessano le regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia. In particolare, l'articolo 18, commi da 1 a 3, prevede un'anticipazione finanziaria, entro un limite complessivo di 9.100 milioni di euro, da parte dello Stato in favore delle richiamate Regioni, ai fini dell'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005, in quanto si ritiene che, nelle attuali situazioni di stipula dei contratti, non sia possibile il rientro.

Le Regioni devono restituire l'anticipazione entro un periodo non superiore a trenta anni; l'erogazione dell'anticipazione è subordinata al riaccertamento definitivo e completo del debito (per la ciascuna Regione), da effettuarsi con il supporto di un *advisor* contabile e secondo le previsioni del piano di rientro, nonché alla sottoscrizione, tra il Ministero dell'economia e la singola Regione, di un contratto che specifichi gli obblighi di restituzione (che comprenderanno anche i relativi interessi).

Le Regioni sono tenute a provvedere all'immediata estinzione dei debiti in oggetto per l'importo corrispondente alle anticipazioni percepite e a trasmettere tempestivamente la relativa documentazione ai Ministeri dell'economia e della salute.

Il comma 4 riconosce alle Regioni che, non avendo rispettato il patto di stabilità interno sanitario in uno degli anni precedenti il 2007, non abbiano avuto diritto alle quote di finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato, la possibilità di accedere comunque a tali stanziamenti, nei termini stabiliti nei richiamati piani di rientro.

Di particolare interesse sono poi le disposizioni in materia di promozione e sicurezza della rete trapiantologica (articolo 42), che destinano 700.000 euro annui, a decorrere dal 2008, in favore del Centro nazionale per i trapianti, onde favorire lo svolgimento di controlli ed interventi intesi alla promozione e alla verifica della sicurezza della rete trapiantologica.

Al relativo onere si fa fronte riducendo lo stanziamento in favore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, istituito presso il Ministero della salute.

Per completezza di informazione, si rammenta che l'attuale misura del finanziamento annuo in favore del Centro ammonta a 2.502.178 euro.

Si rileva che, dal punto di vista formale, il comma 1, primo periodo, del presente articolo 42 omette di citare una delle norme di autorizzazione di spesa in favore del Centro nazionale per i trapianti già vigenti, la norma posta dall'articolo 2-ter del decreto-legge n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 138 del 26 maggio 2004, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica.

Le norme in esame consentono poi al medesimo Centro nazionale per i trapianti di stipulare accordi di collaborazione e convenzioni, nonché concludere contratti di lavoro secondo le modalità previste per le pubbliche amministrazioni.

Fra le disposizioni che maggiormente investono le competenze della Commissione igiene e sanità, si segnala l'articolo 46, comma 1, volto a limitare la possibilità dei medici di prescrivere medicinali non ancora autorizzati in Italia per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata ai soli casi in cui per il relativo impiego siano disponibili risultati di sperimentazione clinica almeno di seconda fase.

Al riguardo, si rileva che ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge n. 536 del 21 ottobre 1996, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 648 del 23 dicembre 1996, qualora non esista valida alternativa terapeutica, sono erogabili, a totale carico del Servizio sanitario nazionale, i medicinali innovativi la cui commercializzazione sia autorizzata in altri Stati (ma non sul territorio nazionale), i farmaci non ancora autorizzati, ma sottoposti a sperimentazione clinica, e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata. Tale possibilità è subordinata alla condizione che il farmaco (per il quale devono essere disponibili risultati di studi clinici di fase seconda) sia tra quelli inseriti in un apposito elenco, predisposto e periodicamente aggiornato dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge n. 23 del 1998, il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso informato dello stesso, impiegare un medicinale per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata, qualora il medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che non esista una valida alternativa terapeutica e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale. In tali ipotesi, il medicinale non è rimborsabile da parte del Servizio sanitario nazionale, tranne il caso in cui esso rientri nell'elenco summenzionato.

Il comma 2 prevede analogamente che, nella redazione del richiamato elenco di medicinali, la Commissione consultiva tecnico-scientifica del-

l'Agenzia italiana del farmaco valuti (oltre ai profili di sicurezza) la presumibile efficacia del medicinale sulla base dei dati disponibili delle sperimentazioni cliniche (già concluse) almeno di fase seconda.

La circostanza che la norma imponga la sussistenza di sperimentazioni cliniche almeno di fase seconda con riferimento ad un impiego specifico dello stesso farmaco e non - come sino a oggi previsto - con riguardo genericamente al farmaco, rischia di limitare in maniera significativa la facoltà dei medici di prescrivere, ancorché sotto la propria responsabilità e nei casi in cui non vi sono altre alternative terapeutiche valide, farmaci *off-label*. Poiché le case farmaceutiche - a fronte di costi di sperimentazione talvolta elevati - potrebbero in taluni casi non ritenere remunerativo investire per dimostrare l'efficacia del farmaco nei confronti di specifici impieghi che interessano fasce di popolazione esigue, si prefigura un rischio in termini soprattutto in alcuni settori, come ad esempio per i farmaci ad uso pediatrico.

Su tale tematica, nel corso dell'esame in sede referente del disegno di legge n. 1249, recante disposizioni per la semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute, recentemente concluso in Commissione, si rammenta che è stato accolto un emendamento volto a sopprimere la disposizione, introdotta nella legge finanziaria per il 2007, che ha circoscritto l'applicabilità della disciplina in materia di prescrizione di farmaci *off-label* recata dal richiamato articolo 3, comma 2, del decreto-legge n. 23 del 1998, sancendo la non applicabilità al ricorso a terapie farmacologiche a carico del SSN in presenza di patologie per le quali risultano autorizzati farmaci recanti specifica indicazione al trattamento.

Di particolare interesse, nell'ottica di evitare sprechi e di razionalizzare l'uso dei farmaci, sono i commi dal 3 al 5 in materia di reimpiego di confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate.

Al di fuori dei richiamati casi e di quelli in cui sia richiesta la conservazione in frigorifero a temperature controllate, il comma 4 consente che le confezioni di medicinali siano consegnate dal detentore ad organizzazioni senza scopo di lucro, riconosciute dalle Regioni e Province autonome, aventi finalità umanitarie o di assistenza sanitaria.

In ogni caso, le confezioni di farmaci (che possono anche contenere sostanze stupefacenti o psicotrope), ai fini del loro reimpiego, sono prese in carico da un medico della struttura interessata, che provvede alla verifica, alla registrazione e alla custodia delle stesse.

Il comma 7 concerne l'applicazione dei limiti di spesa farmaceutica per il 2007, in analogia a quanto disposto dalla legge finanziaria. Quanto agli anni a partire dal 2008, i limiti di spesa farmaceutica sono disciplinati dall'articolo 5 del decreto legge 1° ottobre 2007, numero 159, per la cui esposizione si rinvia alla relazione della senatrice Bassoli.

Ai sensi dell'articolo 47, viene poi consentito alla Croce rossa italiana di confermare i contratti, stipulati sulla base delle convenzioni rela-

tive al settore dei servizi sociali e socio-sanitari, fino alla durata delle medesime convenzioni.

Di particolare interesse è altresì l'individuazione di un finanziamento, pari a 30 milioni di euro per il 2008, in favore di Regioni e Province autonome al fine di agevolare la diffusione tra le dodicenni della vaccinazione contro il *virus* del papilloma umano.

Va poi menzionato l'articolo 67, che modifica la copertura finanziaria ai fini dell'esercizio di una parte della disciplina di delega in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di cui all'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123.

In materia di personale, si rileva anzitutto l'articolo 92, comma 3, che, nel limitare il ricorso a forme contrattuali flessibili nella pubblica amministrazione, detta disposizioni specifiche che consentono un'attenuazione di tale principio in taluni casi.

Si segnala poi il comma 18 dell'articolo 93, che modifica l'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, con cui è stata ridefinita la disciplina sui vincoli alla spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Va inoltre menzionato che all'articolo 79, recante disposizioni di carattere generale di contenimento e razionalizzazione della spesa, il comma 9 esclude dalla platea delle pubbliche amministrazioni e dei soggetti tenuti al rispetto di quelle norme, tra gli altri, le aziende sanitarie ed ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Riguardo al complesso dello stato di previsione del Ministero della salute, si rileva che, mentre il disegno di legge di bilancio a legislazione vigente appare rispecchiare il livello tendenziale della spesa del Dicastero, l'articolo 74, comma 9, del disegno di legge finanziaria, prevede un taglio lineare della spesa per consumi intermedi, non aventi natura obbligatoria, di tutti gli stati di previsione, in misura tale da realizzare complessivamente una riduzione pari a 500 milioni di euro per il 2008, 700 milioni per il 2009 e 900 milioni annui a decorrere dal 2010.

La tabella A del disegno di legge finanziaria - che costituisce un fondo per le spese di natura corrente derivanti dai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento - prevede, per l'accantonamento relativo al Ministero della salute, una dotazione pari a 51.638.000 euro per il 2008, a 48 milioni per il 2009 e a 71 milioni di euro annui a decorrere da 2010. Tali valori costituiscono, rispetto al corrispondente accantonamento previsto nel bilancio a legislazione vigente, un incremento pari a 24 milioni di euro per il 2008, a 47 milioni per il 2009 e a 70 milioni di euro annui a decorrere dal 2010.

Secondo la relazione illustrativa del disegno di legge finanziaria, l'accantonamento in esame è preordinato, tra l'altro, alle seguenti finalità: alleanza degli ospedali nel mondo, contrasto all'utilizzo del *doping*, interventi urgenti in materia sanitaria, nonché introduzione di nuove norme in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici.

La tabella B - che costituisce un fondo per le spese di conto capitale derivanti dai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere ap-

provati nel triennio di riferimento - non reca (così come lo stato a legislazione vigente) alcun accantonamento per il Ministero della salute.

Le tabelle C, D, E, ed F non recano variazioni per lo stato di previsione del Dicastero in esame rispetto alla legislazione vigente.

Si rileva che, in base alle tabelle D ed F del disegno di legge finanziaria, le risorse per gli interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica risultano pari a 784 milioni di euro per il 2008, a 1.520 milioni per il 2009 e a 2.800 milioni per il 2010. Tali valori costituiscono un incremento, relativamente all'anno 2010, pari a 1.600 milioni di euro rispetto allo stato a legislazione vigente.

Per completezza di informazione, si richiamano brevemente disposizioni riguardanti l'ambito sanitario che sono state oggetto di stralcio da parte del Presidente del Senato e che pertanto andranno a costituire disegni di legge autonomi: mi riferisco, in particolare, all'articolo 46, comma 6, e all'articolo 48, comma 2.

Consegno infine agli atti la relazione scritta.

PRESIDENTE. Ringrazio i relatori per i loro interventi.

Do ora la parola al Ministro della salute, che esporrà alcune comunicazioni relative al disegno di legge finanziaria.

TURCO, *ministro della salute*. Ritengo utile focalizzare l'attenzione su alcuni articoli del disegno di legge finanziaria, inquadrandoli all'interno del programma che stiamo portando avanti come Ministero della salute.

Prima di entrare nel merito delle scelte della manovra finanziaria, desidererei fare due premesse, che costituiscono la base delle scelte contenute nella manovra e, più in generale, del nostro programma.

La prima premessa riguarda gli obiettivi di salute che riteniamo prioritari da realizzare. L'ultima indagine ISTAT sulla condizione di salute dei cittadini e il ricorso al Servizio sanitario del marzo 2007, che ha riguardato ben 60.000 famiglie italiane, afferma che il 60,2 per cento dei cittadini italiani giudica positivamente il sistema sanitario e che sei su dieci dichiarano di sentirsi in buona salute. L'indagine evidenzia inoltre che sono in crescita le malattie croniche, le disabilità, i peculiari bisogni di salute e tutela della salute da parte delle donne; sottolinea l'emergenza di problemi connessi a stili di vita, come l'obesità e l'abuso di alcolici, soprattutto tra i giovani.

Gli studi connessi a questa indagine mettono in risalto un aspetto molto importante: i principali determinanti del bisogno di salute, oltre all'età biologica, sono quelli legati allo svantaggio sociale, sia quello che nasce e si accumula nel corso di vita della persona (per esempio lo svantaggio legato al titolo di studio), sia quello attuale, vale a dire l'indice di soddisfazione delle risorse economiche.

Identificare le cause di queste disuguaglianze sociali nella salute e contrastarne l'azione attraverso idonei interventi e politiche sembra essere il tema prioritario sia per promuovere il benessere della popolazione, sia

per rispondere in modo appropriato al fabbisogno di salute, che influenza il fabbisogno di assistenza, e quindi la sostenibilità del Servizio sanitario.

Identificare le cause delle disuguaglianze sociali nella salute obbliga a dotarsi di quei programmi interministeriali che intervengono sui cosiddetti determinanti della salute. È per questo - voglio annunciarlo fin da adesso alla Commissione, anche perché credo costituirà oggetto di incontri e discussioni - che abbiamo previsto per il 18 dicembre prossimo un incontro con Ministri di Paesi dell'Unione europea per discutere sul tema della salute in tutte le politiche, così da avviare anche nel nostro Paese, a partire da un confronto europeo, un programma interministeriale che agisca sui cosiddetti determinanti della salute.

In questo studio dell'Istat (non soltanto nei dati, ma anche negli studi allegati), è molto interessante l'indicazione della distribuzione del fabbisogno di assistenza sanitaria da parte del nostro sistema sanitario. La distribuzione del fabbisogno di assistenza è determinata, in ordine d'importanza, dalla morbosità cronica, dall'età e dalla bassa posizione sociale; consumano più assistenza sanitaria le persone meno istruite, con risorse economiche insoddisfacenti e, tra queste, le donne. Un'assistenza sanitaria che si distribuisce dove più alto è il bisogno in termini di morbosità e che si presta ad una maggiore accessibilità per le persone più anziane e più povere è un sistema equo, non soltanto da un punto di vista normativo; è questo il giudizio che si può dare del nostro sistema sanitario.

Certo, questo quadro è contraddetto da alcune eccezioni rilevanti, come nel caso dell'assistenza specialistica, dove, oltre all'influenza del bisogno di salute, si contrappongono discriminazioni all'accesso per i gruppi di bassa posizione sociale e per le donne anziane, con differenze geografiche sensibili a svantaggio del Mezzogiorno.

Questi dati di fondo, relativi allo stato di salute del nostro Paese, ci hanno orientato nell'azione di Governo. Per questo la nostra scelta fondamentale è stata di promuovere la qualità e la sicurezza del sistema sanitario; innanzitutto attraverso la stabilità delle regole e delle risorse, la cooperazione istituzionale e l'avvio di un'attività di monitoraggio sui risultati. Qualità e sicurezza del sistema sanitario significano anche un sistema unitario di reale federalismo solidale, ovunque basato su criteri di efficienza ed equità.

Abbiamo inoltre posto al centro della nostra agenda il conseguimento di alcuni fondamentali obiettivi di salute: la promozione della continuità assistenziale attraverso il rilancio dell'integrazione socio-sanitaria e la costruzione del sistema delle cure primarie; la promozione della dignità del «fine vita»; la promozione di stili di vite salutari attraverso il programma «guadagnare in salute»; la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro; la promozione della salute delle donne e della salute materno-infantile.

Vogliamo proseguire su questi obiettivi, al di là e oltre la legge finanziaria, con l'aiuto del Parlamento, oltre che con la cooperazione Stato-Regioni. È per questo che abbiamo scelto di accompagnare il disegno di legge finanziaria con la presentazione di un disegno di legge collegato,

che contiamo di approvare in Consiglio dei ministri entro il tempo previsto (come sapete, un collegato deve essere approvato e presentato entro il 15 novembre, noi contiamo di farlo entro la fine di questo mese) e che ha per titolo: «Promozione della qualità e della sicurezza del sistema sanitario». Riteniamo che questo sia uno degli atti più significativi e una delle scelte più qualificanti della legge finanziaria stessa.

Ci sentiamo impegnati a insistere nell'attenzione alle persone fragili e nella promozione della salute delle donne. Sappiamo inoltre che un problema del nostro sistema sanitario molto avvertito dai cittadini è quello delle liste d'attesa; sebbene si tratti di una competenza forte delle Regioni, noi vorremmo svolgere in proposito una funzione di monitoraggio e di valutazione. Intendiamo infine proseguire intorno a quegli obiettivi di salute prioritari che ho prima richiamato.

Il secondo punto che vorrei richiamare alla vostra attenzione, che ha orientato il nostro lavoro e che è anche alla base del disegno di legge finanziaria, è il Patto per la salute. Come sapete, il Patto per la salute è un programma che abbiamo elaborato con le Regioni e che siamo impegnati a realizzare; si tratta infatti di un programma di impegni. Credo sia ora doveroso, ad un anno dall'avvio del Patto per la salute, svolgere in questa sede un primo bilancio ed analizzare le modalità con cui questo Patto prosegue nella legge finanziaria.

Il Patto per la salute ha adeguato le risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale (6 miliardi di euro in più), ha rafforzato - lo sottolineo, perché credo sia l'aspetto più importante che abbiamo conseguito - la responsabilità di bilancio delle Regioni, ha disposto il risanamento delle Regioni in disavanzo, con i piani di rientro e l'azione di affiancamento tecnico. Anche in quest'ultimo caso, si tratta di un'azione innovativa e molto impegnativa; saremmo molto contenti di poterla illustrare e di poter fare il punto sull'andamento dei piani di rientro, magari in un'apposita seduta della Commissione.

Sulla base delle cifre, possiamo dire che questo processo di risanamento è in atto. La spesa sanitaria pubblica nella prima parte del decennio era andata fuori controllo; tra il 2000 e il 2006 essa è aumentata del 7 per cento l'anno, salendo dal 5,7 al 6,9 per cento del prodotto interno lordo. Nel 2007 è stata riportata sotto controllo, con un aumento di poco superiore al 2 per cento; nei prossimi anni si stabilizzerà intorno al 6,8 per cento del PIL.

Le Regioni interessate ai piani di rientro, senza differenza di colore politico (è evidente che stiamo parlando in un'ottica istituzionale), facevano registrare un disavanzo complessivo di 3,5 miliardi di euro nel 2006. I piani sono stati firmati dalle Regioni tra febbraio e luglio di quest'anno. Il risultato che vi posso fornire è che, a fine 2007, avranno quasi tutte conseguito gli obiettivi concordati, con un disavanzo complessivo di poco superiore a 1 miliardo di euro, coperto per la quasi totalità dal fondo transitorio di sostegno; il disavanzo e il fondo transitorio diminuiranno nei prossimi anni, fino ad azzerarsi nel 2010. Stiamo effettuando una verifica Regione per Regione. Come sapete, ci sono Regioni che si presentano più

problematiche; abbiamo pertanto previsto in finanziaria misure ulteriori di controllo e di verifica dell'andamento della spesa e dei piani di rientro stesso.

Insieme all'efficienza, abbiamo ovviamente messo l'accento anche sull'efficacia e sull'appropriatezza. In particolare, il Patto per la salute chiedeva al Governo e alle Regioni l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Ministero e Regioni hanno condotto insieme la verifica delle prestazioni sul territorio nazionale, avviando azioni di recupero delle situazioni di criticità. La revisione dei LEA (attraverso il cosiddetto DPCM sui livelli essenziali di assistenza), prevista dal Patto per la salute, è in corso di definizione concordata con le Regioni e verrà presentata alle Commissioni competenti. Posso anticipare che verranno potenziate prestazioni di elevata rilevanza sociale e superate prestazioni ormai obsolete.

Sempre per quanto riguarda l'applicazione del Patto per la salute - quindi rendendo conto di ciò che è stato fatto - abbiamo ritenuto fin dallo scorso anno di insistere molto sugli investimenti in sanità; questi, insieme ai livelli essenziali di assistenza, devono poter avere sempre risorse disponibili, per consentire un'attività adeguata di programmazione. La finanziaria 2007 ha aumentato di 2,5 miliardi la dotazione finanziaria per i programmi di edilizia sanitaria e di innovazione tecnologica; è stata accelerata la definizione degli accordi di programma con le Regioni per utilizzare appieno questa disponibilità. Infine, la sanità è stata inserita tra gli obiettivi del programma di utilizzo dei fondi strutturali dell'Unione Europea 2007-2013, rendendo così disponibili ulteriori 3 miliardi di euro.

Queste sono le due premesse che intendevo svolgere per motivare la finanziaria 2008, una finanziaria che consolida questi indirizzi, in particolare il Patto per la salute, adeguando le risorse per i livelli essenziali di assistenza (come era già stato fatto nello scorso anno) e prevedendo un potenziamento del piano pluriennale di edilizia sanitaria. Tale piano, negli accordi di programma che stiamo definendo, riguarda sia la riorganizzazione della rete ospedaliera che i servizi di medicina territoriale e il rinnovo del parco tecnologico. L'adeguamento delle risorse per i livelli essenziali di assistenza e il piano pluriennale di edilizia sanitaria sono le due scelte di fondo contenute nel disegno di legge finanziaria.

Se mi consentite, anche se è già stato fatto, vorrei soffermarmi su alcuni punti specifici. Anzitutto, il finanziamento del Servizio sanitario cui concorre lo Stato viene aumentato nel 2008 di 3,5 miliardi, così portandolo a 100.600 milioni (compreso il fondo transitorio per le Regioni in fase di rientro e le risorse per il rinnovo contrattuale). Vengono stanziati nuove risorse in tabella A, che consentono di finanziare le misure di ammodernamento del Sistema sanitario previste dal disegno di legge che il Governo presenterà come collegato per l'ammodernamento del sistema. Vengono inoltre stanziati 30 milioni di euro - mi riferisco all'articolo 48 - come contributo aggiuntivo alle risorse già previste nell'ambito dei fondi per l'assistenza farmaceutica per favorire la campagna di vaccinazione pubblica contro il carcinoma della cervice uterina. Questa somma va infatti ad aggiungersi a quanto contemplato da apposita delibera

AIFA del 28 febbraio 2007, che ha previsto una spesa fino a 85,5 milioni di euro all'interno dei finanziamenti per l'assistenza farmaceutica del Servizio sanitario nazionale. La vaccinazione contro l'HPV in forma facoltativa e gratuita per tutte le 250.000 ragazze di dodici anni è infatti una prestazione già inserita nei livelli essenziali di assistenza farmaceutica fin da quest'anno e verrà inserita nell'aggiornamento dei LEA insieme all'analgesia epidurale.

Viene inoltre confermato l'incremento di 60 milioni di euro per la ricerca sanitaria, varato con la finanziaria del 2007, e viene deliberato un primo stanziamento per risolvere il problema dei danneggiati da emotrasiusione.

Quanto al piano straordinario per gli investimenti, la dotazione finanziaria per i programmi di edilizia sanitaria e innovazione tecnologica è stata incrementata di 3 miliardi (articolo 36, comma 6) e vengono confermati i vincoli di destinazione per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa in sicurezza delle strutture, la realizzazione di strutture residenziali e l'acquisizione di tecnologie per interventi territoriali nel settore delle cure palliative. La massa di risorse utilizzabili per nuovi programmi di investimento è quindi pari a 7 miliardi di euro (1,5 che residuavano dagli stanziamenti passati e che siamo riusciti a impegnare in nuovi accordi di programma siglati quest'anno; 2,5 miliardi messi a disposizione dalla finanziaria 2007 e 3 miliardi ulteriori dalla finanziaria 2008). Su questa nuova base è possibile ora impostare un ulteriore piano pluriennale di investimenti in accordo con le Regioni, che seguirà agli accordi di programma già stipulati nel corso del 2007, a valere sulle risorse già stanziare, con le regioni Puglia, Lombardia, Abruzzo e Veneto e a quelli in via di definizione con le altre Regioni. Una prima *tranche* della nuova dotazione finanziaria è stata già resa disponibile per 1,6 miliardi in tabella D, impegnabili da subito per nuovi accordi di programma.

Quanto alle Regioni destinatarie dei piani di rientro, in applicazione del Patto per la salute, i piani di rientro hanno previsto la ristrutturazione dei debiti contratti da queste Regioni fino al 31 dicembre 2005; coerentemente, il disegno di legge finanziaria (articolo 18) stanziava 9,1 miliardi per la trasformazione dei debiti contratti dalle Regioni a tassi molto elevati in debiti trentennali verso lo Stato. Le Regioni sono tenute a riservare parte corrispondente delle entrate proprie al servizio del debito. A garanzia della piena attuazione dei piani di rientro, il decreto-legge collegato, n. 159 del 2007, dispone la possibilità per il Governo, in caso di scostamento dagli obiettivi concordati con la Regione, di procedere alla nomina di un commissario *ad acta* (articolo 4, comma 2).

In tale stato di cose, va evidenziato che l'anticipazione delle risorse statali alle Regioni interessate non incide sull'indebitamento e che le somme anticipate sono integralmente restituite dalle Regioni allo Stato, comprensive degli interessi. La nuova previsione normativa, inoltre, non solo è coerente con il Patto per la salute e la legge finanziaria per il 2007, ma è anche assolutamente necessaria per la concreta realizzabilità

dei Piani di rientro ed è attuativa degli accordi già sottoscritti. Rilevo poi che il Patto per la salute ha una portata generale; pertanto, qualora per altre Regioni dovessero realizzarsi fattispecie analoghe a quelle riscontrate nelle Regioni attualmente interessate dai piani di rientro, non potrebbe, con successivi interventi legislativi, che procedersi analogamente a quanto si sta facendo per tali Regioni. Non si tratta quindi di una misura *ad hoc* per quelle Regioni, ma di una misura che rientra nell'ambito dell'attuazione dei piani di rientro.

Una parte molto importante della manovra finanziaria è la riforma della farmaceutica. Senza entrare nel merito, tengo a sottolineare che le norme previste hanno il carattere di una vera e propria riforma e che danno stabilità ad un capitolo della spesa sanitaria che è stato difficile tenere sotto controllo. Esse hanno l'obiettivo, non soltanto di contenere la spesa, ma anche di incentivare le aziende farmaceutiche che investono in ricerca e innovazione, di promuovere il ricorso a farmaci generici e di investire nei farmaci più innovativi. Voglio anche sottolineare l'impatto rilevante per l'industria farmaceutica del rafforzamento del credito di imposta sulle spese in ricerca e sviluppo, disposto nell'ambito delle misure fiscali e del disegno di legge finanziaria. La parte relativa alla farmaceutica ricalca un pezzo del Patto per la salute, che è stato condiviso dalle Regioni e da tutti gli attori del settore farmaceutico.

Il Ministero della salute attribuisce portata estremamente rilevante agli interventi sulla non autosufficienza. Il disegno di legge finanziaria stanziava ulteriori 200 milioni, che si aggiungono agli altri 200: il fondo per la non autosufficienza può quindi partire concretamente con 400 milioni di euro. È importante la presenza, tra i collegati alla manovra finanziaria, del provvedimento che istituisce il fondo per la non autosufficienza. Come Ministro della salute esprimo un grande apprezzamento per questo lavoro che abbiamo fatto congiuntamente con il Ministro della solidarietà sociale, dal momento che l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale sono un aspetto fondamentale della politica sanitaria e mi sembra importante che questi siano affrontati organicamente in un disegno di legge e contestualmente all'ammodernamento del sistema sanitario, che ha come punto fondamentale la costruzione di un sistema di cure primarie.

Allo stesso modo, sono significative le iniziative relative alla salute e alla sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici. Sottolineo, in particolare, l'articolo 67, con cui vengono stanziati 50 milioni di euro per il potenziamento delle attività di prevenzione e contrasto degli incidenti e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro. Questo stanziamento serve ad applicare il decreto legislativo sulla salute e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. Con il Ministero del lavoro e della previdenza sociale siamo impegnati a realizzare queste iniziative e ritengo sia importante che su questo tema ci siano una presenza e un'iniziativa del Ministero della salute.

Con il Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro realizzato con le Regioni vengono aumentate le attività ispettive nei luoghi di lavoro e, proprio in questi giorni, sono stati realizzati alcuni importanti interventi in aree produttive particolarmente a rischio, come il porto di Genova, il

porto di Napoli, l'impianto petrolchimico di Gela, l'ILVA di Taranto, l'Associazione tessile e salute. Si tratta di interventi che abbiamo realizzato per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, volti a rafforzare questo intervento legislativo.

Tralasciando le altre norme, vorrei infine sottolineare l'importanza dell'articolo 93, dove è previsto che i dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale con contratti o incarichi di lavoro precari possano far valere gli anni di servizio prestati come titolo nella valutazione ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato a mezzo concorso. Fino ad oggi, anche un periodo di servizio di diversi anni a carattere precario non aveva alcun riconoscimento fra i titoli valutabili ai fini dell'assunzione. Si tratta di un articolo che rientra nell'ambito di quella stabilizzazione delle professioni sanitarie all'interno del sistema sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Ringrazio il signor Ministro per i chiarimenti dati su un testo ovviamente molto articolato e complesso.

Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge nn. 1818, 1817 e 1819 ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,35.

