



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 9

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

121^a seduta: giovedì 11 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. Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni. Parere alla 5^a Commissione per il disegno di legge n. 1819. Disgiunzione, seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole con osservazioni)

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 9 e <i>passim</i>
BAIO (<i>Ulivo</i>)	4, 13
* BODINI (<i>Ulivo</i>), relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria	5, 8, 9
* CURSI (<i>AN</i>)	3, 4, 11
GHIGO (<i>FI</i>)	10
GRAMAZIO (<i>AN</i>)	4
IOVENE (<i>SDSE</i>)	12
POLLEDRI (<i>LNP</i>)	3, 5, 16
* TOMASSINI (<i>FI</i>)	3, 5, 6 e <i>passim</i>
TOTARO (<i>AN</i>)	4
* VALPIANA (<i>RC-SE</i>)	8, 14
ZUCCHELLI, sottosegretario di Stato per la salute	6, 7, 8
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	19

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 Democraticicristiani 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 10,30.

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^o 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. Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni. Parere alla 5^a Commissione per il disegno di legge n. 1819. Disgiunzione, seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole con osservazioni)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1818 (tabella 15) e 1817, sospeso nella seduta pomeridiana di ieri.

Ricordo che si è conclusa la discussione generale congiunta sui disegni di legge nn. 1818, 1817 e 1819. Avverto altresì che l'esame dei documenti di bilancio e del disegno di legge n. 1819 proseguirà ora in forma disgiunta, per concludersi con esiti procedurali propri di ciascun disegno di legge.

Passiamo all'esame degli ordini del giorno.

TOMASSINI (FI). L'ordine del giorno G/1817/1 riguarda l'impegno ad attivare quanto prima gli *hospice*, mentre l'ordine del giorno G/1817/2 impegna il Governo a dare una migliore attuazione ai centri di terapia palliativa.

L'ordine del giorno G/1817/3 riguarda invece la necessità di disporre negli ospedali di rapidi sistemi di valutazione del rischio legato all'utilizzo di tecnologie sanitarie.

CURSI (AN). Presidente, convengo sulla rilevanza dell'argomento di cui all'ordine del giorno G/1817/3.

POLLEDRI (LNP). L'ordine del giorno G/1817/4 integra la formazione professionale per le cure palliative, già prevista dall'ordine del giorno G/1817/2, illustrato dal senatore Tomassini. Con esso si intende ribadire la volontà della Commissione di affrontare il tema delle cure palliative, agendo in particolar modo sui livelli essenziali di assistenza, sulla

realizzazione dell'ospedale senza dolore, sul programma pluriennale per il trattamento a domicilio dei pazienti in fase terminale, sui crediti formativi nelle terapie del dolore severo (per poter migliorare la formazione del personale medico e sanitario) e sull'attuazione, da parte dello Stato e delle Regioni negli ambiti di rispettiva competenza, di campagne di informazione rivolte ai cittadini, affinché non siano lasciati soli.

BAIO (*Ulivo*). L'ordine del giorno G/1817/5 affronta lo stesso argomento degli ordini del giorno già illustrati dai colleghi, ma rispetto a questi specifica meglio gli impegni rivolti al Governo riguardo alle situazioni di coma in cui si vengono a trovare alcuni nostri cittadini. Innanzitutto, esso prevede la presa in carico, da parte del Governo, dei pazienti in stato di coma; questa è la premessa. Si prevede inoltre il rispetto della dignità del malato, con un'attenzione rivolta sia al paziente che alla famiglia, affinché quest'ultima non si trovi sola. Entrando nel merito dei servizi di cui hanno bisogno queste persone, vengono diversificati i servizi residenziali (*hospice* e case del risveglio) rispetto ai servizi domiciliari (assistenza domiciliare e ospedalizzazione domiciliare).

Per quanto riguarda le strutture residenziali, accanto agli *hospice* (che sono strutture di accompagnamento allo stato di coma), si prevede la realizzazione all'interno degli ospedali di reparti specialistici per gli interventi di riabilitazione; tali interventi, se effettuati nel primo periodo di coma, in molti casi consentono al paziente di recuperare sia le capacità intellettive che le possibilità motorie (quindi sia l'aspetto fisico che l'aspetto psicologico della persona umana). Il tutto dovrà essere inserito nei livelli essenziali di assistenza. Chiediamo pertanto al Governo di iniziare a realizzare, con la manovra finanziaria in esame, questa pluralità di tipologie di interventi.

PRESIDENTE. Senatrice Baio, le chiedo di poter aggiungere la mia firma all'ordine del giorno G/1817/5, se lei è d'accordo.

BAIO (*Ulivo*). Sicuramente.

TOMASSINI (*FI*). Presidente, anch'io aggiungo la mia firma all'ordine del giorno in esame.

CURSI (*AN*). Presidente, sottoscrivo anch'io l'ordine del giorno G/1817/5, che affronta in maniera complessiva un argomento di particolare importanza ed interesse.

GRAMAZIO (*AN*). Presidente, anch'io aggiungo la mia firma a questo ordine del giorno.

TOTARO (*AN*). Presidente, sottoscrivo anch'io l'ordine del giorno in esame.

POLLEDRI (*LNP*). Presidente, anch'io aggiungo la mia firma all'ordine del giorno G/1817/5.

TOMASSINI (*FI*). Signor Presidente, mi permetto di illustrare brevemente l'ordine del giorno G/1817/6, che riguarda due problemi concernenti i farmaci equivalenti e i farmaci di automedicazione. Per i farmaci di automedicazione la normativa europea prevede che piccole correzioni del foglio di accompagnamento delle confezioni, soprattutto per il rilievo di effetti collaterali indesiderati, possano essere effettuate con una semplice notifica al Ministero delle variazioni stesse; in Italia, invece, si deve ottenere una nuova autorizzazione all'immissione in commercio, il che provoca molti danni. Se si vuole andare nella direzione della semplificazione, è pertanto auspicabile che venga applicata *tout court* la normativa europea.

Quanto ai farmaci equivalenti, il fatto che siano le ditte produttrici, con una semplice autocertificazione, a immetterli in commercio (asserendo la scadenza brevettuale) ha prestato in passato il fianco ad alcuni abusi ed illegittimità. Si propone pertanto che tali richieste di autorizzazione siano accompagnate da un nulla osta rilasciato dal Ministero dello sviluppo economico, che certifichi la scadenza brevettuale e il certificato brevettuale complementare. Questo è l'auspicio che formuliamo tramite l'ordine del giorno.

L'ordine del giorno G/1817/7, che sottoscrivo, si muove nell'ambito della distribuzione del vaccino contro il tumore del collo dell'utero ed è volto a consentire un calmier dei prezzi anche per un acquirente volontario che esca dai gruppi e dalle coorti di osservazione.

L'ordine del giorno G/1817/8 riguarda invece la medicina delle migrazioni e, quindi, le tutele vaccinali dalle malattie tropicali.

L'ordine del giorno G/1817/9 contiene un sollecito a predisporre norme urgenti in materia di rischio clinico e di responsabilità del personale sanitario. Sappiamo che il Governo sta lavorando su questa materia: alcuni profili sono contenuti in alcuni disegni di legge già in discussione, ed è anche prevista la presentazione di un disegno di legge complessivo. Con questo ordine del giorno non intendiamo privilegiare una delle strade, ma vogliamo solo sottolineare che è necessario ed urgente affrontare e risolvere rapidamente questo problema, che determina tra l'altro un grave aggravio della finanza sanitaria in generale, con un *deficit* in aggiunta che è valutato sul territorio nazionale in circa 2 miliardi di euro.

BODINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Invito i proponenti a ritirare l'ordine del giorno G/1817/1, chiedendo di convergere sull'ordine del giorno G/1817/5, che affronta lo stesso tema, ma in modo più completo.

Sull'ordine del giorno G/1817/2 il parere è negativo in quanto non riteniamo utile istituire nuove specialità.

Esprimo parere negativo anche sull'ordine del giorno G/1817/3 dal momento che l'organismo ivi previsto di fatto già esiste. Mi rimetto a

ogni modo alla valutazione del rappresentante del Governo e alle sue precisazioni su questo argomento.

Il parere è favorevole sugli ordini del giorno G/1817/4, G/1817/5 e G/1817/7.

L'ordine del giorno G/1817/6 incontra il mio parere negativo in quanto c'è già un atto del Governo che si muove nel senso indicato. Mi rimetto a ogni modo a quanto dirà il Sottosegretario. Per quanto ci risulta, si tratta però di un problema già risolto.

Il parere è negativo anche sull'ordine del giorno G/1817/8, che riguarda la prevenzione delle malattie infettive. Come noto, questo aspetto è già previsto nell'azione del Governo sul monitoraggio delle malattie infettive.

Il parere è favorevole sull'ordine del giorno G/1817/9, che riguarda il tema della responsabilità civile delle strutture sanitarie e del personale sanitario. In realtà nella materia ci sono azioni già avviate, ma interpretiamo l'ordine del giorno come rafforzativo dell'azione del Governo.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere contrario sugli ordini del giorno G/1817/1 e G/1817/2.

L'ordine del giorno G/1817/3 riguarda il tema del *technology assessment*, che è già oggetto di attenzione da parte dell'Esecutivo con il disegno di legge di ammodernamento, il quale affida all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali il coordinamento in ordine a tale materia. Quindi è un aspetto di cui ci siamo già fatti carico.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, ritiro gli ordini del giorno G/1817/1 e G/1817/2, ma insisto per la votazione dell'ordine del giorno G/1817/3, in quanto non ritengo che i processi di valutazione siano al livello di avanzamento affermato dal senatore Bodini e dal Governo. Pertanto, pur in mancanza di un parere positivo, chiedo che tale ordine del giorno venga posto ai voti. A tal fine, mi rivolgo accuratamente alla maggioranza, in quanto ritengo che questo sia un problema delicatissimo. In questo momento la valutazione tecnologica è semplicemente affidata alla classificazione dei dispositivi, che peraltro non è ancora stata resa nota. Ovviamente per ora l'allineamento è solamente su un problema economico ed è insufficiente la valutazione dell'appropriatezza, della durata e della qualità produttiva. Non credo che in questo ordine del giorno vi siano altro che raccomandazioni di maggior sicurezza per tutti; non ci sono impegni di spesa, c'è solo la volontà di accelerare al meglio il meccanismo della valutazione del rischio tecnologico. Pertanto noi voteremo convintamente a favore di tale ordine del giorno, che penso debba essere appoggiato da tutti coloro che fanno parte della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, la quale è tante volte venuta a contatto con i problemi del rischio tecnologico.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Senatore Tomassini, la linea normalmente seguita dal Governo è quella di respingere gli

ordini del giorno che sollevano problemi che l'Esecutivo sta già cercando di risolvere con atti propri. Inteso, però, come una sollecitazione a continuare a fare ciò che già stiamo facendo, in un recuperato vicendevole rapporto di fiducia, è evidente che non c'è motivo di contrasto né di opposizione nei confronti dell'ordine del giorno G/1817/3, che accolgo pertanto come raccomandazione.

TOMASSINI (FI). In questo caso, non insistiamo più per la votazione.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Accolgo poi gli ordini del giorno G/1817/4 e G/1817/5.

Quanto richiesto invece nell'ordine del giorno G/1817/6 è stato già attuato dal Governo. Il Consiglio dei ministri, nella seduta del 16 luglio 2007, ha infatti approvato in via preliminare uno schema di decreto legislativo di modifica del decreto legislativo n. 219 del 2006, che, al comma 3 dell'articolo 2, introduce il meccanismo del silenzio - assenso per la modifica tipo IA e IB. Lo schema di decreto legislativo è stato approvato, con alcune modifiche, dalla Conferenza Stato - Regioni il 1° agosto ultimo scorso ed è ora sottoposto al parere delle competenti Commissioni parlamentari. Per questo motivo, invito i presentatori a ritirare l'ordine del giorno G/1817/6; altrimenti, il mio parere è contrario.

TOMASSINI (FI). L'ordine del giorno G/1817/6 concerne due diversi aspetti. Lei ha motivato il suo parere in merito al primo aspetto, sottosegretario Zucchelli, ma non in merito al secondo, che riguarda la scadenza brevettuale e che potrebbe rimanere in piedi. La motivazione mi è chiara e non ho difficoltà ad accettare il parere contrario espresso dal Governo e dal relatore sulla prima parte. Non ero a conoscenza della procedura del silenzio - assenso in atto, che comunque - sebbene non sia ancora stata sottoposta al parere della Commissione - è talmente logica da indurmi a non insistere sulla votazione della prima parte dell'ordine del giorno. Per quanto riguarda invece la seconda parte - concernente gli abusi verificatisi nell'immissione in commercio di farmaci equivalenti quando ancora non erano scadute le protezioni brevettuali, con conseguenti indagini della magistratura tuttora in corso - , credo sia urgente intervenire per rimediare. In tale ottica, con questa parte del nostro ordine del giorno non si determina alcuna spesa, ma si richiede solo un atto di maggior chiarezza e responsabilità da parte del Ministero interessato, che rilascia il nulla osta. Non è chiaro se il Governo abbia fatto qualcosa; a me risulta che nulla vi è stato in questo senso e che ancora vale la procedura dell'autocertificazione. A ogni modo, qualora l'ordine del giorno non venisse accolto dal Governo, chiedo che esso sia posto in votazione.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Con riferimento alla prima parte sono sicuro di quello che ho detto, mentre non sono certo con riguardo alla seconda. A questo punto, posto lo spirito di sollecita-

zione dell'ordine del giorno, questo può essere accolto come raccomandazione, limitatamente alle parti riguardanti l'immissione in commercio dei farmaci equivalenti allo scadere della copertura brevettuale.

Accolgo poi l'ordine del giorno G/1817/7, mentre esprimo parere contrario sull'ordine del giorno G/1817/8, non perché l'argomento non sia di estremo interesse, ma perché, sollecitati proprio dall'epidemia di Chikungunya (che è un elemento di particolare preoccupazione), abbiamo già svolto ripetute riunioni al Ministero ed abbiamo già dato vita ad un sistema di sorveglianza attraverso il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie.

TOMASSINI (FI). Presidente, ritiro l'ordine del giorno G71817/8, anche se tengo a fare un breve commento. Noi sappiamo che questa struttura esiste, ma abbiamo dei dubbi sulla sua capacità di rispondere in termini reali al problema che segnaliamo. È una struttura su cui la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, che ho l'onore di presiedere, sta indagando.

ZUCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Infine, accolgo come raccomandazione l'ordine del giorno G/1817/9; sapete infatti meglio di me che è già incardinato al Senato un disegno di legge in materia.

PRESIDENTE. Passiamo quindi alla trattazione degli ordini del giorno riferiti al disegno di legge n. 1818.

TOMASSINI (FI). Presidente, aggiungo la mia firma agli ordini del giorno G/1818/1 e G/1818/2, che illustro brevemente. L'ordine del giorno G/1818/1 è volto a prevedere una più ampia copertura degli *screening* che comprenda le donne dai 40 ai 49 anni e quelle dai 69 ai 75 anni. Con l'ordine del giorno G/1818/2, invece, si chiede invece di reintrodurre nei livelli di essenziali assistenza il linfodrenaggio post-operatorio per le donne che hanno subito un intervento chirurgico in seguito a un tumore al seno.

BODINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Per quanto riguarda gli ordini del giorno riferiti al disegno di legge di bilancio, esprimo parere favorevole su entrambi: l'ordine del giorno G/1818/1 concerne una più ampia copertura degli *screening* mammografici, mentre l'ordine del giorno G/1818/2 attiene alla reintroduzione di una prestazione nei livelli essenziali di assistenza.

ZUCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Presidente, accolgo gli ordini del giorno G/1818/1 e G/1818/2.

VALPIANA (RC-SE). Signor Presidente, desidero un chiarimento sulle modalità di lavoro della nostra Commissione, anche alla luce del richiamo che il Presidente della Repubblica ha fatto relativamente ai conte-

nuti della legge finanziaria, per evitare di arrivare a una manovra cui, come spesso è accaduto negli anni precedenti, si continuano ad attaccare vagoncini, che non riguardano il bilancio dello Stato, ma scelte di carattere diverso. Ritengo infatti che inserire una voce nei livelli essenziali di assistenza oppure raccomandare al Governo di fare il massimo possibile perché un farmaco abbia un costo inferiore, siano tutte azioni positive e raccomandabili, ma che forse hanno poco a che vedere con il contenuto della legge finanziaria.

Nella valutazione dell'ammissibilità degli ordini del giorno, così come degli emendamenti, chiedo quindi al Presidente di attenersi al contenuto della legge finanziaria. Tutti gli altri temi possono essere trattati al di fuori della sessione di bilancio e possiamo anche concordare su alcuni di questi. Mi sembra – ripeto – che essi abbiano poco a che vedere con la sessione di bilancio.

PRESIDENTE. Senatrice Valpiana, le assicuro di aver attentamente valutato, sotto il profilo da lei richiamato, l'ammissibilità di tutti gli ordini del giorno, considerato, peraltro, che essi, a differenza degli emendamenti, non vanno a modificare il contenuto del disegno di legge.

Invito quindi il relatore senatore Bodini ad illustrare la proposta di rapporto in discussione.

BODINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Sottopongo all'esame della Commissione la seguente proposta di rapporto favorevole, con osservazioni, sui documenti di bilancio: «La 12^a Commissione permanente, esaminati, per le parti di competenza, il disegno di legge di bilancio dello Stato per il 2008 e il disegno di legge finanziaria, esprime parere favorevole con le seguenti osservazioni.

Si giudica in termini positivi che, con il disegno di legge finanziaria (in particolare, gli articoli 18 e 46) e con l'articolo 5 del decreto-legge n. 159 del 1^o ottobre 2007, attualmente in fase di conversione alle Camere, si dia completa attuazione agli accordi con le Regioni in materia di spesa farmaceutica e ai piani di rientro dal disavanzo sanitario concordati con le singole Regioni interessate. Si osserva, peraltro, che i commi 1 e 2 dell'articolo 46 del disegno di legge finanziaria recano limitazioni ragionevoli all'uso dei medicinali non ancora autorizzati in Italia ed all'uso dei farmaci in termini diversi rispetto alle autorizzazioni, in quanto si fa riferimento alle sperimentazioni cliniche almeno di fase seconda, il che appare costituire un criterio più congruo rispetto a quelli formulati dall'articolo 1, comma 796, lettera z), della legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (finanziaria 2007). Inoltre, si invita a valutare l'esigenza che le misure per il ripiano dell'eventuale superamento dei limiti per l'assistenza farmaceutica territoriale gravino in quantità minore sulle farmacie, anche in considerazione del tasso di sconto già a loro carico e dell'incidenza piuttosto limitata delle stesse nel processo di determinazione degli eccessi di spesa.

Si esprime apprezzamento per l'incremento, disposto dalla Tabella D del disegno di legge finanziaria, delle risorse per gli interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, incremento relativo all'anno 2010 e pari a 1.600 milioni di euro. In materia, si invita a valutare l'esigenza di definire una disciplina maggiormente vincolante circa l'effettivo utilizzo delle risorse da parte delle Regioni e di introdurre una quota di riserva - analogamente a quanto già previsto per le cure palliative - per gli investimenti relativi al settore dell'assistenza ai pazienti in stato vegetativo, all'istituzione di unità di terapia intensiva neonatale ed all'introduzione di *screening* neonatali per le malattie rare per le quali esistono possibilità terapeutiche; da ultimo, si ritiene opportuno aumentare la quota di riserva per le cure palliative.

Si giudica in termini favorevoli la previsione di cui all'articolo 48, comma 1, del disegno di legge finanziaria, che reca uno stanziamento pari a 30 milioni di euro per il 2008, inteso ad agevolare tra le dodicenni la vaccinazione HPV, mediante l'offerta attiva del vaccino.

Si rileva l'esigenza sia di aumentare la quota minima di riserva - nell'ambito del fondo per la ricerca sanitaria e la sperimentazione - in favore dei progetti di ricerca sanitaria presentati (ai sensi dell'articolo 1, comma 814, della legge n. 296 del 27 dicembre 2007) da soggetti di età inferiore ai 40 anni, portandola dal 5 al 10 per cento, sia di incrementare la dotazione complessiva del suddetto fondo.

Si ribadisce la necessità che agli attuali livelli di finanziamento della spesa sanitaria corrente (come incrementati dall'articolo 95, comma 7, del disegno di legge finanziaria) si faccia fronte senza alcuna forma di reintroduzione dei *ticket*.

GHIGO (FI). Signor Presidente, colleghe e colleghi, naturalmente ancora una volta possiamo apprezzare il garbo e i contenuti del parere espresso dal collega Bodini. Permettetemi tuttavia alcune considerazioni specifiche su tale parere, a proposito del quale noto l'assoluta volontà di formulare un giudizio che - non me ne voglia nessuno - ha in buona sostanza il principale obiettivo di non disturbare il manovratore. Posso comprendere che questo sia il desiderio dell'attuale maggioranza nei confronti dell'azione del Governo; ma è indubbio che non ci sono in questo parere degli elementi stringenti ed è altresì indubbio che noi avremmo preferito che, almeno su alcuni passaggi, l'atteggiamento della maggioranza nei confronti del Governo fosse stato più stringente e non si fosse limitato a semplici raccomandazioni.

Ne voglio citare una fra le tante, che credo essere, dal punto di vista concreto, la più eclatante. Nella parte terminale del parere si parla della reintroduzione dei *ticket*, o meglio della non necessità della reintroduzione dei *ticket*; ma poi, quando si suggerisce un adeguato finanziamento del fondo sanitario, sapete tutti - in quanto l'argomento è stato già affrontato in discussione generale - che l'onere finanziario del mancato finanziamento dei *ticket* oscilla, a seconda delle valutazioni, tra 800 milioni e 1 miliardo di euro, mentre le richieste avanzate dalle Regioni ammontano

a una cifra ancora più considerevole. Ritengo pertanto che sia stata un'occasione perduta non condizionare l'espressione del parere favorevole almeno al reperimento delle risorse finanziarie per coprire il mancato introito dei *ticket* e per dare un minimo di soddisfazione alle Regioni in merito alla richiesta di incremento del finanziamento del fondo sanitario. Si tratta ovviamente di una mia personale valutazione, che difficilmente troverà un buon accoglimento da parte dell'attuale maggioranza.

Pur essendovi alcuni aspetti positivi nelle considerazioni espresse dal collega Bodini, la nostra valutazione non può portare all'espressione di un rapporto positivo nei confronti dei disegni di legge finanziaria e di bilancio. Abbiamo pertanto predisposto uno schema di rapporto contrario, in cui è prevista una serie di interventi secondari a pioggia. In buona sostanza, credo che alla fine il nostro parere debba essere considerato contrario, in quanto riteniamo che i provvedimenti in esame non incidano minimamente sulle problematiche strutturali della sanità.

CURSI (AN). Apprezzo il modo con cui sono stati scritti gli schemi di parere da parte dei relatori, senatore Bodini e senatrice Bassoli. Mi sorprende il garbo con cui vengono trattate certe materie - quasi in «punta di piedi» - e sembra vi sia la volontà di rivolgersi al Governo con molta attenzione, quasi a volerlo raccomandare di non essere così cattivo.

Il mio parere non può però non essere contrario, anzitutto con riguardo al passaggio in cui si legge: «Relativamente all'articolo 33, recante disposizioni in favore dei soggetti danneggiati da trasfusioni infette, pur esprimendo favore per le finalità in esso recate, si chiede [...] di accrescere sensibilmente lo stanziamento ivi previsto». La cifra non viene infatti quantificata e con garbo ci si limita a dire: mi raccomando, accrescete sensibilmente. Sempre con riguardo all'articolo 33, nello schema di parere si legge che la Rubrica non appare esaustiva rispetto all'ambito oggettivo di applicazione delle norme. Non vengono però date indicazioni e andava quindi senz'altro scritto qualcosa in più. La senatrice Bassoli ha poi scritto che l'unico fatto gravissimo è che l'autorizzazione di spesa, di cui al comma 5, viene imputata interamente all'anno 2007 e non in parte al 2008. La stesura dello schema di parere in questo modo - ripeto - sembrerebbe quasi testimoniare la volontà di non disturbare il Governo per quello che ha fatto, onde evitare il rischio che poi qualcuno si possa adirare.

Analoghe considerazioni valgono per lo schema di parere del senatore Bodini, che so come ha scritto altri documenti in passato. Anche in questo caso c'è un atteggiamento di grande attenzione a scrivere bene in italiano perché qualcuno si potrebbe adirare se si scrive qualcosa di più concreto.

Con riguardo alla materia dell'edilizia, si invita a valutare l'esigenza di definire una disciplina maggiormente vincolante. Ci sono Regioni che hanno speso il 24 per cento di questi fondi. Si parla di una disciplina maggiormente vincolante; io non ho però capito qual è, se non quella richiamata ieri in questa sede, secondo cui le Regioni che spendono vanno pre-

miate, mentre le Regioni che non spendono vanno penalizzate. Ricordo che si fa riferimento a un fondo le cui risorse, se non vengono spese, non vanno ad altre Regioni, ma restano nel cassetto perché c'è un contratto di programma alla base che ha bloccato i soldi. L'invito a una disciplina «maggiormente vincolante» è quindi un richiamo garbato: invece del cartellino giallo si è deciso di raccomandare al Governo di non farlo più e di stare attento a quello che fa.

Nello schema di parere si giudica poi «in termini favorevoli» la previsione recante uno stanziamento, pari a 30 milioni di euro per il 2008, inteso ad agevolare la diffusione tra le dodicenni della vaccinazione HPV. Ricordo però che di questo tema parliamo da un anno e mezzo e che già nel febbraio scorso si faceva riferimento a questi soldi.

Nello schema di parere nulla si dice rispetto a un tema di fondo: il *ticket* sanitario. Avete votato insieme a noi una norma che aboliva il *ticket*, ma non ci siamo accorti che la sua validità era limitata al 31 dicembre 2007. Adesso dovremmo spiegare all'opinione pubblica che dal 1° gennaio 2008 il *ticket* sarà reinserito.

Allo stesso modo, nulla si dice sul tentativo di risolvere il problema dei precari. L'articolo 92 del disegno di legge finanziaria fa riferimento a 350.000 precari che andranno a casa, non solo nel settore sanitario, ma in tutto il settore dello Stato, dopo che quest'anno vi siete battuti con la finanziaria dove si diceva: basta con i precari, facciamo le stabilizzazioni.

Su questi fatti assai gravi abbiamo chiesto delle risposte che non ci sono però mai state date. Penso anche al Fondo sanitario nazionale e spero che oggi stesso il Presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, esprima la propria insoddisfazione per il modo con cui è stato trattato tale Fondo, visto che aveva richiesto lo stanziamento di maggiori risorse (anche con riferimento all'edilizia sanitaria).

Preannuncio quindi il voto contrario sulla proposta del relatore Bodini e favorevole su quella illustrata dal senatore Ghigo.

IOVENE (*SDSE*). Il voto del Gruppo Sinistra democratica per il socialismo europeo è favorevole allo schema di rapporto presentato dal relatore Bodini. Dai lavori svolti in Commissione, e in particolare dai chiarimenti portati dal ministro Turco e dal sottosegretario Zucchelli, è emerso un dato molto netto ed evidente: la manovra finanziaria destina risorse significative e crescenti, nei limiti delle compatibilità di bilancio, al comparto della sanità. Già con la legge finanziaria dello scorso anno era stato fatto un grandissimo sforzo; penso, in particolare, alla definizione del Patto per la salute e al rapporto con le Regioni. L'aver costruito e consolidato questo rapporto ci ha consentito di affrontare la manovra finanziaria di questo anno in termini positivi, senza nessuno scontro e nessun braccio di ferro istituzionale, come invece accaduto in passato a più riprese.

Con la manovra finanziaria in esame, il Governo si fa carico delle difficoltà delle Regioni che hanno sforato, assumendosi una responsabilità collettiva e generale, in uno spirito di solidarietà. Sappiamo che queste

Regioni sono diverse anche per maggioranze politiche che le governano o che le hanno governate.

La finanziaria si è fatta carico, con spirito di solidarietà, della difficoltà delle Regioni che sono uscite fuori dal patto di stabilità per quanto riguarda la spesa sanitaria. Contemporaneamente, sono state individuate non solo le risorse per farvi fronte, ma anche gli strumenti per monitorare, per affiancare un tutoraggio ed eventualmente per intervenire, qualora si dovesse determinare una situazione non più tollerabile o che si ritiene fuori controllo.

Sono tutti passaggi importanti e significativi, così come il fatto che vengano aumentate le risorse per l'edilizia sanitaria e per il miglioramento della strumentazione. Tutto ciò è stato ribadito e ricordato nello schema di rapporto predisposto dal relatore.

Su alcuni punti, sui quali vi è stata convergenza nel lavoro di questo primo anno di legislatura, abbiamo valutato l'opportunità di presentare degli ordini del giorno o degli emendamenti unitari. Penso alla questione degli emotrasfusi, per i quali è già previsto un intervento importante; credo tuttavia che si possa proporre unitariamente di aumentare gli stanziamenti previsti, allargando la platea dei beneficiari. Penso inoltre alle misure che stabilizzano le scelte che abbiamo assunto, come l'abolizione dei *ticket* dello scorso anno e così via.

Rispetto alla situazione che si è determinata nel Paese e alle difficoltà incontrate a causa della situazione di bilancio ereditata dalla passata legislatura, credo che siano stati fatti importanti passi in avanti. In modo particolare, per quanto riguarda il settore della sanità, credo che si sia riusciti a coniugare efficacia e solidarietà. È questo un fatto molto importante e significativo, che in qualche modo dà il segno e l'idea della politica che la maggioranza di centro-sinistra vuole portare avanti, in un confronto e in un dialogo aperto sui temi, sui contenuti e sulle scelte, come si è visto nel momento in cui si è voluta costruire una convergenza più ampia su alcuni ordini del giorno e su alcuni emendamenti, a testimonianza di come siano l'interesse del nostro Paese, l'interesse della salute dei cittadini e l'interesse di un sistema sanitario che ci è invidiato da molti nel mondo e che è sintomo di civiltà (nonostante le lacune, le difficoltà e i problemi che dobbiamo combattere) che ci consentono oggi di votare positivamente per lo schema di rapporto presentato dal relatore.

BAIO (*Ulivo*). Signor Presidente, credo che per alcuni aspetti sia importante l'espressione del rapporto alla 5^a Commissione permanente sui documenti di bilancio, di cui stiamo discutendo. Le scelte effettuate nei disegni di legge finanziaria e di bilancio per il 2008 infatti raccolgono, confermano e convalidano alcune scelte difficili che sono state assunte con la finanziaria del 2007. Tali scelte possono essere riassunte in questo modo. Si tratta di qualificare la spesa sanitaria al fine di raggiungere un obiettivo importante per tutti i cittadini e le cittadine: il miglioramento dei servizi e la realizzazione degli obiettivi del patto per la salute. Questi

sono i due grandi obiettivi contenuti nei disegni di legge finanziaria e di bilancio e nel decreto-legge collegato.

Per poter qualificare la spesa del Servizio sanitario nazionale (sostenuta dalla fiscalità generale), i fondi stanziati per il 2008 sono pari a 100,5 miliardi di euro; pur essendo aumentati rispetto al 2007, è stato tuttavia conseguito l'obiettivo di contenerne la crescita. Allo stesso tempo, le Regioni che non hanno rispettato il patto di stabilità, ma che hanno dimostrato di voler rientrare e che in parte hanno raggiunto tale obiettivo grazie alla finanziaria dello scorso anno, vi riusciranno meglio e in misura maggiore con la finanziaria e con la legge di bilancio di quest'anno.

Se l'obiettivo dell'approvazione dei documenti di bilancio è quello di far quadrare gli aspetti finanziari, l'obiettivo vero è tuttavia quello di migliorare i servizi e soprattutto di garantire un principio di giustizia sociale, così da assicurare a tutti i cittadini che vivono in uno stato di bisogno un'equa distribuzione sul territorio nazionale.

Esprimeremo pertanto un convinto voto favorevole sullo schema di rapporto presentato dal senatore Bodini. Siamo certi che, durante l'assestamento del bilancio per il 2008, potremo sicuramente essere orgogliosi di aver raggiunto gli obiettivi che ci siamo prefissi, in modo da garantire un servizio sanitario migliore e di qualità per tutti i nostri cittadini.

VALPIANA (RC-SE). Signor Presidente, annuncio il voto favorevole di Rifondazione Comunista sullo schema di parere del relatore.

Credo che l'aspetto dell'equità sociale sia particolarmente importante e visibile nelle norme relative alle materie sanitarie, di nostra competenza. Questo è estremamente importante perché ci rendiamo conto - credo che da questo punto di vista la manovra finanziaria di quest'anno rappresenti veramente un momento di svolta - che per la prima volta vengono previsti degli interventi di miglioramento della qualità del servizio senza influire sulla spesa diretta che il cittadino sostiene (attraverso i *ticket* o altre imposizioni di spesa).

Rilevo quindi l'aspetto dell'equità, che poggia anzitutto su un'attenzione che avevamo già posto in termini di ripiano dei debiti pregressi delle Regioni attraverso la previsione, non già di finanziamenti a pioggia (come fatto in altre circostanze), ma di piani di rientro con la nomina, addirittura, di un commissario *ad acta* nel caso in cui si prefigurino il mancato rispetto degli obiettivi di risanamento sanitario. Con il disegno di legge in esame si è elaborata una norma ancora più stringente, quale quella della diffida alla Regione ad adottare entro 15 giorni tutti gli atti idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel piano. Il disegno di legge si caratterizza quindi per un rigore e una serietà che non ricordo di aver visto in altre manovre precedenti.

È poi assai rilevante l'attenzione che la nostra Commissione ha posto sulla materia della spesa farmaceutica. L'obiettivo dell'equità viene garantito, così come sottolineato nei pareri stesi dai relatori della maggioranza, attraverso un'equa distribuzione del tetto di sfioramento (con particolare attenzione alla spesa farmaceutica) e con un'attenzione alle farmacie

(che non possono essere penalizzate con percentuali), mediante un equilibrio rispetto agli altri attori coinvolti, quali industrie farmaceutiche e distributori. Sappiamo infatti che la farmacia è un terminale: essa, quindi, non ha particolare rilevanza nell'aumento della spesa e, di conseguenza, nel suo ripianamento.

Un tema che ha costituito oggetto di particolare approfondimento nel corso dell'ultimo anno all'interno della nostra Commissione è quello degli indennizzi per coloro che sono stati danneggiati da sangue o emoderivati infetti. Dobbiamo dare atto che la ricerca di una soluzione a questo dramma che ha colpito molti nostri concittadini è partita nella scorsa legislatura da provvedimento dell'attuale opposizione, ma è quest'anno che per la prima volta si prevede un sostegno a favore di un numero più alto di persone. Speriamo si arrivi alla soluzione - credo che la dizione contenuta nel provvedimento sia finalmente quella giusta - con riguardo alle persone che erano state escluse dall'ulteriore indennizzo.

Un altro aspetto importante è la previsione, analogamente a quanto si è fatto per le cure palliative, di una quota riservata all'assistenza ai pazienti in stato vegetativo. Questa è una delle urgenze e delle novità del nostro panorama sanitario, resa possibile dalle innovazioni offerte dalla medicina, ma che devono andare di pari passo con un'attenzione alla soggettività del paziente. Occorre infatti garantire l'assenza di dolore e un prolungamento di vita quando ci sia una possibilità di assistenza che abbia un senso e che non rappresenti - tutti sappiamo bene quanto questo sia presente a tutti gli operatori della sanità - un inutile accanimento, ma una prestazione di cura quando - ripeto - ci sono possibilità di recupero, di vita e di benessere e non già di malessere.

È importantissima la previsione dell'istituzione delle unità di terapia intensiva neonatale perché sappiamo tutti quante poche siano nel nostro Paese le strutture di qualità in questo campo e quanto ancora - ritengo che da questo punto di vista l'Italia sia uno dei Paesi più arretrati - non sia applicata la terapia del dolore nei nati prematuri. Solo in situazioni troppo particolari e troppo rare nel nostro Paese.

Un altro aspetto importante è poi l'introduzione di *screening* neonatali per le malattie rare. Essa fa parte di un argomento di cui stiamo trattando più complessivamente - quello delle malattie rare -, ma ha senso che venga prevista nel provvedimento in esame in ragione dell'incidenza che le cure palliative e gli *screening* per le malattie rare possono avere sul bilancio dello Stato.

Per quanto riguarda i 30 milioni di euro previsti per il 2008 a favore della vaccinazione contro l'HPV, non mi dilungo su questo aspetto perché esso è stato già esaminato dalla nostra Commissione. Chiedo al Governo di dedicare particolare attenzione (e quindi anche una consistente quota economica) al *follow up* di questa vaccinazione, con la valutazione dei suoi effetti reali. Analoga attenzione deve essere posta sulle campagne di informazioni per quanto riguarda gli *screening* e gli stili di vita utili ai fini della prevenzione dell'HPV.

Ritengo, infine, che l'incremento dal 5 al 10 per cento della quota dei finanziamenti relativi alla ricerca sanitaria in favore di progetti gestiti da giovani ricercatori sia un'innovazione e do atto al Presidente di aver sottolineato con particolare enfasi quest'aspetto l'anno scorso e di averlo ribadito anche oggi. Attraverso tale misura viene infatti incentivata nei nostri giovani, non tanto la capacità di ricerca (che sicuramente c'è), ma la capacità di farla nelle nostre strutture in Italia, di farla sul territorio italiano, senza essere costretti ad andare all'estero, così sottraendo al Paese una ricchezza.

Concludo sottolineando la positività della manovra finanziaria sul versante sanitario e anche per quanto riguarda altri aspetti che, pur non rientrando nell'ambito delle competenze della nostra Commissione, accentuano gli obiettivi dell'equità sociale e della redistribuzione. Ritengo sia questo un merito che il Governo ha, ma soprattutto ciò che il nostro Paese si attendeva.

POLLEDRI (*LNP*). La collega Valpiana ha ragione nel dire che la manovra finanziaria in esame è importante: essa sarà l'ultima del Governo Prodi. Da quanto si è letto oggi, ci sarà infatti quanto meno un rimpasto del Governo.

Gli elementi di contrarietà della Lega Nord al provvedimento in esame si concentrano in particolare sull'anticipazione di fondi da parte dello Stato in favore delle Regioni che presentano elevati disavanzi sanitari, con la previsione finanche di un loro commissariamento. In linea di massima il commissariamento va bene, ma ci attendiamo che ad esso si proceda, ad esempio nei confronti della Regione Lazio, visto che il Ministero dell'economia sembra aver bocciato il suo piano di rientro, non essendo stati realizzati gli adempimenti previsti e non raggiunto l'obiettivo di risparmio di 788 milioni di euro.

La nostra contrarietà è sicuramente massima sull'articolo 18 del disegno di legge finanziaria, che dispone la copertura dei disavanzi sanitari delle solite Regioni del Centro-Sud. Siamo contrari, in sintesi, perché c'è una palese violazione del principio di autonomia e responsabilità, sancito non solo dal Titolo V della Costituzione, ma anche a livello di legislazione ordinaria (decreto legislativo n. 56 del 2000 e decreto-legge n. 347 del 2001); tale articolo viola inoltre il patto per la salute. Esso è stato disposto soprattutto a vantaggio della Regione Lazio, alla quale sono stati assegnati ben 2 dei 3 miliardi di euro stanziati. Il Ministero dell'economia ha registrato il primo disavanzo; ci attendiamo pertanto qualche cenno. Mi sembra di capire - ed è stato sempre detto - che questi disavanzi non sono legati a problemi di carenza o di inadeguatezza delle risorse disponibili (in ogni finanziaria si continuano infatti a stanziare risorse a vantaggio della Regione Lazio), ma al perpetuarsi di errori gestionali e organizzativi. Interventi di tal genere risultano quindi anticostituzionali e inutili. La stessa previsione di un mutuo trentennale per le Regioni in difficoltà è anticostituzionale, in quanto si tratta di un mutuo mascherato, contrario all'articolo 119, comma 6, della Costituzione.

Il Governo, che aveva prefigurato il commissariamento di tali Regioni, attua una sorta di strategia del bastone e della carota; prima minaccia il commissariamento, poi paga a piè di lista. L'articolo 18 non interviene e, soprattutto, non individua nessun criterio per lo stanziamento dei 9.100 milioni di euro. Ci si chiede come si possano approvare i piani di rientro, che di fatto subordinano le coperture di una parte consistente del *deficit* a un'anticipazione statale. In sostanza, si pensa di approvare i piani dopo aver concesso i soldi alle Regioni. Non si parla inoltre degli interessi dovuti dalle Regioni per le anticipazioni statali. In riferimento al comma 3, si riterrebbe opportuno prevedere come tassativa l'erogazione di anticipazioni statali non in un'unica soluzione, bensì in *tranche* successive; anche questo non è stato fatto.

Per quanto riguarda l'edilizia sanitaria (articolo 36 del disegno di legge finanziaria), noi pensiamo che i problemi non derivino dalla capienza complessiva, ma dai concreti utilizzi di tali risorse. L'unica Regione che ha approntato un meccanismo di attuazione è la Regione Lombardia. Dei 20 miliardi di euro attribuiti dalla legislazione vigente ai programmi di edilizia sanitaria, signor Sottosegretario, ne è stato assegnato alle Regioni solo un terzo; c'è un'inerzia evidente da parte delle Regioni di Centro-Sud nell'elaborazione dei programmi di edilizia sanitaria. Anche le procedure ministeriali non scherzano: le approvazioni degli accordi di programma sono farraginose e complesse, proprio perché non ci sono disponibilità di cassa. Si tratta quindi di finanziamenti che rimangono sulla carta e che non vengono utilizzati. Mi sembra che questi ritardi di attuazione, soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud, rappresentino un invito all'inerzia anche per le Regioni che funzionano.

Per quanto riguarda l'articolo 42, siamo fondamentalmente favorevoli ad un finanziamento per la promozione e la sicurezza della rete trapiantologica. Ricordiamo però che tale questione non riguarda soltanto il Centro nazionale trapianti, che è l'ultima pedina nel sistema dei controlli e della sicurezza della rete; crediamo che andrebbero attuate anche le diramazioni regionali, che oggi invece si presentano estremamente carenti.

Le disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci (articolo 46) affrontano una materia complessa e delicata. La questione - che è stata ormai soprannominata «norma anti Di Bella» - non dovrebbe a nostro giudizio essere disciplinata per legge; le problematiche attinenti l'erogazione gratuita di tali farmaci dovrebbero essere distinte dalle diverse problematiche concernenti la prescrivibilità di farmaci innovativi. Anche in questo caso, ci sembra che la deroga concessa ad alcune Regioni che violano il tetto programmato di spesa sia stata stabilita contro quelle Regioni, soprattutto del Nord, che hanno invece mantenuto un principio di rispetto virtuoso.

Concludo annunciando il voto contrario della Lega Nord sulla proposta del relatore Bodini.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

Metto ai voti lo schema di rapporto favorevole con osservazioni, illustrato dal relatore Bodini.

È approvato.

Risulta pertanto precluso il rapporto contrario di minoranza.

L'esame congiunto dei documenti di bilancio, per quanto di nostra competenza, è così concluso.

I lavori terminano alle ore 12.

ALLEGATO

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE N° 1817

G/1817/1/12

BIANCONI, TOMASSINI, CARRARA, COLLI, GHIGO, GRAMAZIO, LORUSSO,
MASSIDA, MONACELLI, POLLEDRI, CURSI, TOTARO

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 36,

premesso che:

la Commissione tecnico-scientifica istituita con decreto ministeriale del 12 settembre 2005 aveva predisposto un documento accurato sullo stato vegetativo e di minima conoscenza in cui si precisava come l'approccio assistenziale e riabilitativo alle persone di bassa responsività dovuta ad un danno delle strutture cerebrali rappresenta un serio problema in ambito sociale e numerico;

le linee guida del Ministero della salute non risultano attuate pur stimando, lo stesso dicastero, in 10.000 le persone in stato vegetativo in Italia, bambini esclusi;

tale numero tende a crescere di 1500 unità all'anno in considerazione dell'accresciuta precocità ed estensione sul territorio della medicina di emergenza-urgenza e della prolungata sopravvivenza a patologie degenerative cerebrali;

impegna il Governo alla luce di queste linee guida del Ministero della salute a predisporre entro tre mesi, un piano di fattibilità relativo a questa problematica che preveda i seguenti punti:

rispetto della dignità del malato in quanto persona umana; garantire la continuità di cura anche dopo le dimissioni;

creazione dei reparti ospedalieri specializzati nell'accoglienza di casi cronici SUAP;

predisposizione dei criteri di cura ispirati all'equità sociale e alla piena solidarietà nei confronti del paziente e della famiglia;

uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale a carico del SSN così da fornire un concreto aiuto alle famiglie.

G/1817/2/12

BIANCONI, TOMASSINI, CARRARA, COLLI, GHIGO, LORUSSO, MASSIDA, MONACELLI, POLLEDRI, CURSI, GRAMAZIO, TOTARO

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 36,

premesso che:

la scorsa primavera il ministro della Salute partecipando alla presentazione della VI Giornata nazionale del sollievo, promossa dalla Fondazione Gigi Ghirotti, ha confermato la sua volontà di sottoporre al ministro dell'Università e della Ricerca, Fabio Mussi, il problema della specializzazione post-laurea in Medicina sulle cure palliative;

in questo settore di specializzazione il nostro Paese è fortemente indietro rispetto al resto d'Europa, sia per quanto riguarda la formazione dei medici chiamati a fornire tali cure, sia per quanto riguarda i centri di eccellenza che sono solo 3,6 per milione di abitanti per i malati cronici, severi e oncologici;

questo dato colloca l'Italia tra gli ultimi posti a livello europeo: nel Regno Unito, ad esempio, la media dei centri è di 16 per milione di abitanti, nel Belgio è di 11,6 per milione di abitanti e in Irlanda è di 8,9 per milione di abitanti;

impegna il Governo a:

porre in essere azioni volte a istituire centri e figure specializzate sulla terapia del dolore, individuando il modo di riconoscere la professionalità di quanti si dedicano al lavoro di lenire il dolore dei malati, anche quando non ci sono più speranze di cura riconoscendo la professionalità dei medici e quindi a garantire a pazienti e a cittadini un'adeguata competenza per l'assistenza dei propri familiari e loro;

al fine di raggiungere un tale risultato si chiede che il medico esperto in cure palliative venga adeguatamente formato tramite un *master* omogeneo su tutto il territorio nazionale e successivamente inserito in un elenco apposito di professionisti del settore.

G/1817/3/12

MASSIDA, MONACELLI, POLLEDRI, GRAMAZIO, GHIGO, CURSI, LORUSSO, TOMASSINI, TOTARO, BIANCONI, CARRARA, COLLI

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 36, commi 6 e 7,

premessi che:

dall'esame del disegno di legge non emerge alcun riferimento alla creazione di modelli di valutazione delle tecnologie in ambito sanitario, laddove per tecnologie si intendono le attrezzature sanitarie, i dispositivi medici, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria;

in altri paesi europei già da decenni le innovazioni o soluzioni tecnologiche in ambito sanitario, vengono valutate attraverso l'analisi dei rispettivi vantaggi e svantaggi, sia in termini di minori o maggiori benefici per la salute (evidenze cliniche), che in termini di minori o maggiori costi (evidenze economiche), nonché di valorizzazione economica dell'impatto sociale ed etico;

rilevato che:

il processo di valutazione delle tecnologie sanitarie deve:

coinvolgere tutte le parti interessate all'erogazione dell'assistenza sanitaria;

riguardare tutti gli elementi che concorrono al percorso di assistenza del paziente;

riguardare tutti i livelli gestionali dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte;

essere un'attività continuativa prevista ed effettuata durante l'intero ciclo di vita della tecnologia;

essere un processo multidisciplinare che deve svolgersi in modo coerente con gli altri processi assistenziali e tecnico-amministrativi dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte,

considerato inoltre che:

il processo di valutazione di cui l'organismo nazionale di cui sopra sarebbe responsabile dovrebbe prevedere le seguenti fasi:

la definizione delle patologie e dei vari trattamenti terapeutici per ciascuna patologia la scelta delle tecnologie oggetto di valutazione, attraverso una selezione ragionata ed oggettiva delle tecnologie da analizzare;

la valutazione clinica ed economica delle evidenze disponibili riguardo alle suddette tecnologie secondo criteri e parametri ben precisi confrontandosi anche con le esperienze internazionali, come il NICE

(per valutazione clinica ed economica si dovrebbe intendere anche la valutazione dell'efficacia clinica, ma anche la valutazione dell'impatto del beneficio economico e sociale delle tecnologie in termini sia di qualità della vita che di costi diretti ed indiretti);

l'utilizzo e l'implementazione dei risultati della valutazione attraverso delle raccomandazioni all'interno del sistema sanitario affinché non emergano solo i costi e i benefici delle rispettive alternative analizzate, ma anche tutte le indicazioni di possibile utilità per un decisore che intenda migliorare l'utilizzo delle risorse disponibili implementando quella soluzione organizzativa, procedurale, tecnologica che risultasse vincente dalla valutazione,

impegna il Governo ad introdurre un organismo nazionale o agenzia nazionale di riconosciuta autorevolezza e competenza, con il preciso compito di garantire la massima qualità e rigosità sul piano metodologico del processo di valutazione delle tecnologie in ambito sanitario.

G/1817/4/12

POLLEDRI, BIANCONI, MONACELLI, GHIGO, TOMASSINI, MASSIDA, CURSI, GRAMAZIO, TOTARO

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 36, comma 7,

al fine di consentire la prosecuzione degli interventi per strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti la cui patologia non risponda a trattamenti disponibili e che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario nazionale;

premesso che:

è necessario proseguire ed attuare il progetto «Ospedale senza dolore» di cui all'accordo sancito dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

è doveroso assicurare livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a favore dei malati terminali, al fine di agevolare l'accesso dei pazienti affetti da dolore severo conseguente a patologie oncologiche o degenerative progressive a cure domiciliari palliative integrate;

è indispensabile definire uno specifico programma pluriennale che definisca l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi per il trattamento a domicilio dei pazienti in fase terminale colpiti da neoplasie o altre patologie degenerative progressive nel caso di dimissioni dal presidio

ospedaliero pubblico o privato e della prosecuzione in sede domiciliare delle terapie necessarie;

è indispensabile che il personale medico e sanitario impegnato nei programmi di cure palliative domiciliari o impegnato nell'assistenza ai malati terminali consegua crediti formativi in terapia del dolore severo;

è auspicabile che lo Stato e le Regioni negli ambiti di rispettiva competenza promuovano la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazioni destinate ad informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza in materia di trattamento del dolore severo nelle patologie neoplastiche o degenerative progressive affinché sia conosciuta l'importanza di un corretto utilizzo dei farmaci impiegati nelle terapie del dolore;

impegna il Governo a reperire le adeguate risorse finanziarie per il completamento e la messa in opera delle finalità sopra elencate.

G/1817/5/12

SERAFINI, CAFORIO, EMPRIN GILARDINI, VALPIANA, SILVESTRI, IOVENE, BAIO, BASSOLI, BINETTI, BODINI, BOSONE, ROSSA

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 36, comma 7,

premesso che:

la Commissione tecnico-scientifica istituita con decreto ministeriale del 12 settembre 2005 aveva predisposto un documento accurato sullo stato vegetativo e di minima conoscenza in cui si precisava come l'approccio assistenziale e riabilitativo alle persone di bassa responsività dovuta ad un danno delle strutture cerebrali rappresenta un serio problema in ambito sociosanitario;

il Ministero della salute ha nominato una commissione di altro profilo scientifico e culturale che sta predisponendo delle linee guida sulle unità di cura rivolte in modo particolare ai pazienti in stato di coma;

gli studi scientifici attestano che un intervento precoce condotto in unità terapeutiche altamente qualificate permette un recupero elevato di questi pazienti, con una riduzione altamente significativa del danno subito, sia a livello centrale, sia periferico;

la rilevanza sociale di questo problema chiede alle istituzioni di riservare una particolare attenzione alle famiglie che accolgono, curano e accompagnano questi pazienti, al fine di non farli sentire soli e abbandonati;

in Italia si stimano in 10 mila le persone in stato vegetativo e tale numero tende a crescere di 1.150 unità all'anno;

impegna il Governo:

ad attuare scelte politiche finalizzate alla presa in carico dei pazienti in stato di coma volte:

al rispetto della dignità del malato in quanto persona umana;

a garantire la presa in carico del malato sia attraverso strutture residenziali, «Casa del risveglio», *hospice*, sia attraverso l'assistenza domiciliare, sia attraverso l'ospedalizzazione domiciliare;

a destinare nelle strutture ospedaliere alcuni reparti specializzati al fine di garantire la riabilitazione dei pazienti in stato di coma;

a predisporre criteri di cura ispirati all'equità sociale e alla piena solidarietà nei confronti del paziente e della famiglia;

all'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale a carico del SSN, così da garantire un accompagnamento della persona in coma e fornire un concreto aiuto alle famiglie.

G/1817/6/12

TOMASSINI, MONACELLI, GHIGO, POLLEDRI, GRAMAZIO, TOTARO, CURSI, BIANCONI, COLLI, CARRARA, LORUSSO, MASSIDDA

La 12 Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 46,

premesso che:

la normativa europea sui farmaci (reg. EC 1084/2003) prevede che le variazioni più semplici di natura amministrativa e chimico-farmaceutica vengano adottate dai titolari delle autorizzazioni alle immissioni in commercio dopo la semplice notifica all'autorità sanitaria delle variazioni stesse;

che in Italia i titolari delle autorizzazioni alle immissioni in commercio devono invece attendere di ricevere una nota di regolarità dell'Agenzia Italiana del Farmaco e che tale nota viene rilasciata mediamente dopo sei mesi;

che la normativa attuale consente la semplice autocertificazione per l'autorizzazione dell'immissione in commercio di farmaci equivalenti allo scadere della copertura brevettuale;

impegna il Governo ad abolire la necessità della suddetta nota di regolarità, uniformandosi alla normativa europea (reg. EC 1084/2003), e a sostituire l'autocertificazione semplice vigente per l'immissione dei farmaci equivalente con un nulla osta rilasciato dal Ministero dello sviluppo

economico attraverso l'ufficio brevetti e marchi che certifichi l'avvenuta scadenza brevettuale o brevettuale complementare.

G/1817/7/12

BIANCONI, TOMASSINI, CARRARA, COLLI, GHIGO, LORUSSO, MASSIDA, MONACELLI, POLLEDRI, CURSI, GRAMAZIO, TOTARO

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 48,

premessi che:

dal 28 marzo 2007 è disponibile per tutte le donne il vaccino contro il tumore del collo dell'utero: questa importante azione positiva per la salute della donna contribuirà a ridurre notevolmente una malattia che ogni giorno colpisce in Italia circa dieci donne, prevedendo circa 1700 decessi all'anno;

con l'impegno della Commissione Igiene e Sanità del Senato il Ministro della salute ha potuto compiere un importante passo nel campo della prevenzione e nel campo dell'oncologia garantendo l'offerta gratuita dell'attuale vaccino in commercio a tutte le adolescenti dell'età di dodici anni;

attualmente, però, le donne/adolescenti (fuori dalla coorte delle dodicenni) che volessero decidere di vaccinarsi devono acquistare il farmaco, il cui costo finale al pubblico è di 188,15 euro a dose: un costo così elevato del vaccino, che consta di tre dosi da somministrare entro un anno, rischia di ridurre notevolmente l'acquisto;

il costo al quale la casa produttrice vende il vaccino è di 114 euro, a causa di quanto previsto attualmente dalla legge del 23 dicembre 1996 n. 662, poi modificata con la legge del 27 dicembre 2002, n. 289 a tale costo viene aggiunto un rincaro del 6,65 per cento dovuto al grossista, e quello, più elevato, del 26,7 per cento dovuto al farmacista;

impegna il Governo ad intraprendere azioni al fine di promuovere al meglio la divulgazione e quindi l'acquisto del vaccino, così che venga abbattuto il costo del prodotto (anche a tutte le adolescenti/donne, esclusa la coorte delle dodicenni, che come previsto verrà vaccinata attraverso il SSN), predisponendo un tavolo negoziale con le Regioni e la filiera dei farmacisti, al fine di ridurre il costo finale del prodotto proponendo alle Regioni di attuare una delle seguenti misure:

acquisto e distribuzione diretta: le Regioni acquistano dal produttore al prezzo *ex-factory* (o a quello ulteriormente scontato per accordo, pari a euro 106) e provvedono a renderlo disponibile, nelle sedi opportune designate (ASL, ospedali, farmacie comunali) ad un prezzo lievemente su-

periore per la copertura degli oneri addizionali di somministrazione del vaccino; il costo finale in questo caso sarebbe di 134 euro + IVA;

acquisto e distribuzione diretta con procedure di partecipazione alla spesa: le Regioni acquistano da produttore al prezzo *ex-factory* (o a quello ulteriormente scontato per accordo, pari a euro 106) e provvedono a renderlo disponibile, nelle sedi opportunamente designate (ASL, ospedali, farmacie comunali), ad un prezzo inferiore di una percentuale variabile tra il 40 e il 50 per cento (oneri di somministrazione inclusi); in questo caso il costo finale del vaccino sarebbe di 67,80 euro + IVA, quindi solo il 50 o 60 per cento del valore definito dalle Regioni;

procedimento di distribuzioni per conto (DPC): le Regioni acquistano dal produttore al prezzo *ex-factory* (o a quello ulteriormente scontato per accordo, pari a Euro 106), riconoscendo ai farmacisti territoriali, previo negoziato, un appropriato margine di ricavo fisso (pari al 10 per cento); il costo finale del vaccino sarebbe di 126 euro + IVA;

acquisto diretto e rivendita: le Regioni acquistano dal produttore al prezzo ulteriormente scontato per accordo (pari a 106 euro) e successivamente vendono alle farmacie che applicano un margine di ricavo variabile con valore massimo predefinito (pari circa al 15 per cento); il ricavo netto della Regione può essere destinato a finanziare la rimborsabilità per una seconda coorte. In quest'ultimo caso il costo finale del vaccino al pubblico sarebbe di 131 euro + IVA.

G/1817/8/12

BIANCONI, TOMASSINI, CURSI, CARRARA, COLLI, GHIGO, LORUSSO, GRAMAZIO, POLLEDRI, MASSIDA, MONACELLI, TOTARO

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento allo stanziamento all'accantonamento relativo al Ministero della salute della Tabella A del disegno di legge finanziaria,

premesso che:

lo scorso mese di agosto si sono verificati in Italia casi di febbre da virus Chikungunya il cui vettore inizialmente si era supposto fosse il pappatacio, mentre in seguito è stato identificato nella zanzara tigre;

che l'epidemia di Chikungunya sul territorio italiano poteva considerarsi attesa, questo in seguito all'aumento ormai fuori controllo della zanzara tigre di cui si conosceva la pericolosità per la salute pubblica in quanto vettore di infezioni tropicali come la suddetta Chikungunya, dengue e febbre gialla;

l'incremento della mobilità internazionale in riferimento a Paesi endemici, sia per turismo sia per immigrazione di massa, tanto che in re-

lazione a un'epidemia di vaste proporzioni segnalata recentemente nelle isole Reunion, Mauritius, Seychelles e Maldive, numerosi viaggiatori europei, tra i quali anche italiani, erano stati infettati nel corso della vacanza;

la presenza di una così estesa popolazione della zanzara tigre impone alle autorità sanitarie di vigilare attentamente per quanto riguarda il manifestarsi di altre malattie virali quali la dengue e la febbre gialla, anch'esse potenzialmente trasmissibili attraverso il vettore della zanzara tigre;

per contrastare la diffusione di possibili focolai di malattie virali occorre tempestivamente mettere in atto tutte le misure volte ad eliminare la zanzara tigre per evitare che questi insetti, pungendo soggetti malati, alimentino così il ciclo del contagio facendo di conseguenza espandere il focolaio epidemico;

impegna il Governo:

ad attivare un sistema di monitoraggio e informazione così come la predisposizione di procedure di emergenza rivolte ai Medici di Medicina Generale e Reparti di Infettologia presso il presidi sanitari al fine di mettere a disposizione delle autorità competenti e dei cittadini adeguate misure atte a debellare la zanzara tigre e le relative infezioni tropicali con possibili ricadute sanitarie causate dal fenomeno della globalizzazione, in osservanza alle indicazioni dell'OMS e della CDC di Atlanta;

a richiedere alle persone che provengono, per motivi di turismo o di immigrazione, da Paesi in cui le infezioni virali sono endemiche, certificati attestanti le relative vaccinazioni, per far fronte alle difficoltà di eliminare la zanzara tigre sul territorio nazionale.

G/1817/9/12

TOMASSINI, CURSI, TOTARO, CARRARA, COLLI, LORUSSO, MASSIDA, MONACELLI, GHIGO, POLLEDRI, GRAMAZIO, BIANCONI

La 12^a Commissione permanente del Senato,

in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2008, con particolare riferimento all'accantonamento relativo al Ministero della salute della Tabella A del disegno di legge finanziaria,

premessi che:

da diversi anni vengono proposti provvedimenti per regolare il fenomeno della responsabilità degli operatori sanitari, della copertura assicurativa delle strutture sanitarie e di nuovi metodi per ottenere i risarcimenti dei danni;

già in sede di esame del disegno di legge n. 1598 – «Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico, nonché di attività libero-professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale» – è stato stralciato l'articolo 3 sulla definizione delle controversie;

considerato che:

è un'esigenza oramai improcrastinabile garantire la sicurezza dei pazienti riducendo il margine degli errori e degli eventi avversi che possono manifestarsi nel corso di procedure cliniche;

correlata alla gestione del rischio risulta indilazionabile una più dettagliata previsione relativa alla responsabilità civile delle strutture ed i casi in cui la responsabilità ricade sul personale sanitario;

riguardo il delicato problema della *malpractice* nel settore sanitario va collegata la previsione di misure per garantire una rapida soluzione delle vertenze con eventuale definizione stragiudiziale eventualmente con procedure di arbitrato e/o di conciliazione;

impegna il Governo a predisporre norme urgenti riguardo il sistema della responsabilità civile delle strutture sanitarie e del personale sanitario e misure di definizione stragiudiziale delle vertenze per ridurre i contenziosi e le relative conseguenze economiche.

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE N° 1818

G/1818/1/12

BIANCONI, CURSI, CARRARA, COLLI, GHIGO, LORUSSO, MASSIDDA, MONACELLI, POLLEDRI, GRAMAZIO, TOTARO

La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge di bilancio per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 2, comma 16,

premessi che:

da un'indagine conoscitiva, svolta dalla Commissione avente come tema «Iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia» e conclusasi il 27 luglio 2005 emerge che il livello di diagnosi e cura dei tumori al seno in Italia, peraltro già superiore alla media europea, può essere ulteriormente migliorato;

è dimostrato che nelle popolazioni sottoposte ad un buon livello di *screening* del tumore della mammella la mortalità per questa diminuisce in maniera significativa e che i trattamenti chirurgici sono meno invasivi;

in Italia lo *screening* mammografico gratuito a carico del SSN è rivolto alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni con la raccomandazione di effettuarlo ogni due anni;

per tutta la fascia di donne di età inferiore lo *screening* mammografico casi come l'ecografia o la visita senologica sono a totale carico della paziente;

i dati dei ricoveri per tumore al seno del 2004 segnalano che: il 45 per cento riguarda donne tra i 50 e i 69 anni, che il 35 per cento supera i 69 anni e che il 20 per cento è al di sotto dei 50 anni, di questo 20 per cento la metà è di donne sotto i 40 anni di età;

impegna il Governo a:

ripensare alla luce di questi dati e alle evidenze scientifiche una più ampia copertura degli *screening* che comprenda le donne dai 40 ai 49 anni e quelle dai 69 ai 75 anni;

implementare le campagne informative volte a incentivare le donne a sottoporsi a visite senologiche ed ecografie già a partire dai 25-30 anni.

G/1818/2/12

BIANCONI, CURSI, CARRARA, COLLI, GHIGO, LORUSSO, MASSIDA, MONACELLI, POLLEDRI, GRAMAZIO, TOTARO

La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge di bilancio per l'anno 2008, con particolare riferimento all'articolo 2, comma 16,

premesso che:

durante la conferenza stampa organizzata dalla Commissione Igiene e Sanità lo scorso mese di maggio, in cui è stato presentato un documento frutto di ben due anni di lavoro da parte di tutta la Commissione, il Ministro della salute ha accettato di condividere le nostre nove azioni positive per contrastare gravi patologie che colpiscono le donne tra cui il tumore al seno;

solo in Italia, come emerge da questo documento scaturito dall'indagine conoscitiva avviata dalla Commissione sulle «Iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia», è emerso che sono ben 33 mila le donne che si ammalano di tumore al seno;

in un'ottica volta a migliorare concretamente le condizioni di vita delle donne, dal punto di vista della conoscenza scientifica e medica, è necessario fornire loro una sempre più concreta assistenza post-operatoria;

impegna il Governo a:

reintrodurre nei LEA (Livelli essenziali di Assistenza), come emerso nel dibattito svolto in Commissione e poi condiviso dal Ministro della salute, il linfodrenaggio post-operatorio alla luce delle indicazioni del medico curante per le donne che hanno subito un intervento chirurgico in seguito ad un tumore al seno. Questo anche alla luce della revisione dei LEA, come previsto nella legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2008, n. 1818, articolo 2, comma 16, ed enunciato anche nel disegno di legge finanziaria per l'anno 2008.
