

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 2004 E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 2004-2006
(n. 2513)

**Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2004
(Tabella 15)**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2004) (n. 2512)

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

MARTEDÌ 7 OTTOBRE 2003

(2513) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2004 e bilancio pluriennale per il triennio 2004-2006

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2004

(2512) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:

– TOMASSINI (FI) Pag. 3, 8

* SALINI (FI), relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria 3

MERCOLEDÌ 8 OTTOBRE 2003

(2513) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2004 e bilancio pluriennale per il triennio 2004-2006

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2004

(2512) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole, con osservazioni, alla 5^a Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE:

* – TOMASSINI (FI) Pag. 9, 22, 29 e passim

– DANZI (UDC) 28

BOLDI (LP) 14

CARRARA (Misto-MTL) 30

* CURSI, sottosegretario di Stato per la salute 24, 28, 29

DANZI (UDC) 28

DI GIROLAMO (DS-U) 14, 30

* FASOLINO (FI) 19, 22, 28

* LONGHI (DS-U) 21, 22

* MASCIONI (DS-U) 11

* SALINI (FI), relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria 23, 29

SALZANO (UDC) 30

SANZARELLO (FI) 30

TATÒ (AN) 10, 28, 29

* TREDESE (FI) 9

ULIVI (AN) 17, 28, 30

ALLEGATO (contiene i testi della seduta) 32

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

Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dagli oratori.

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

MARTEDÌ 7 OTTOBRE 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

(2513) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2004 e bilancio pluriennale per il triennio 2004-2006;

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2004

(2512) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 2513 (Tabella 15) e 2512.

Ricordo che, ai sensi dell'articolo 126, comma 1, del Regolamento, su bilancio e legge finanziaria, per la parte di competenza della Commissione, dovrà svolgersi un'unica discussione generale.

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

Per gli emendamenti al disegno di legge finanziaria, sede inderogabile di competenza è esclusivamente, ai sensi dell'articolo 128, comma 1, del Regolamento, la 5^a Commissione permanente.

Nella Commissione di merito possono essere presentati unicamente emendamenti concernenti la 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 in questa sede esclusivamente emendamenti compensativi concernenti lo stesso stato di previsione, emendamenti che propongono riduzioni nette ad un singolo stato di previsione, non correlate con variazioni di segno opposto in altri stati di previsione, e, infine, emendamenti privi di conseguenze finanziarie.

Prego il senatore Salini di riferire alla Commissione sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge in finanziaria.

SALINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.* Signor Presidente, la manovra di finanza

pubblica per l'anno 2004 è strutturata affiancando, allo strumento stesso, ricondotto ad una puntuale osservanza della legge n.468 del 1978, il decreto-legge del 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici.

È una legge finanziaria rigorosa che vuole perseguire due obiettivi: assicurare stabilità, crescita ed equità nell'azione amministrativa e rispettare il Patto di stabilità e crescita concordato con l'Unione europea.

La nota di presentazione del documento fa riferimento, per semplificazione, a quattro aree: buona amministrazione, organizzazione ed efficienza del sistema, equità e riforme strutturali.

Nel delicato settore dello stato sociale, qual è la sanità –in cui gli elementi di etica, gli interessi economici, di scienza, di tecnologia, dei diritti si intrecciano in una forma complessa ed inestricabile –, la quadratura del cerchio diventa impervia perché bisogna ottemperare alle regole fondamentali del nostro sistema sanitario, cioè l'universalità di accesso e l'eguaglianza nell'accessibilità ad un ventaglio di servizi uniformemente distribuiti nel territorio nazionale. I livelli essenziali di assistenza ne semplificano l'azione.

Bisogna poi tener conto delle recenti modifiche ordinamentali introdotte con la riforma del Titolo V della Costituzione e con gli operatori del settore sanitario alla riconquista di un prestigio e di una responsabilità professionale che oggi non ci sono. In questo contesto si inseriscono i provvedimenti in oggetto: la legge finanziaria, la legge di bilancio e il decreto-legge prima citato. Fatta questa premessa, bisogna procedere ad una chiara e condivisa riforma delle funzioni del Ministero della salute, che attengono alle direttive europee, al rispetto delle norme da parte delle Regioni, nonché alle norme di garanzia dei principi fondamentali del diritto alla salute, come poc'anzi rilevavo.

Il disegno di legge finanziaria si articola – come dicevo – per aree; ad essa sono allegare alcune tabelle. A questa Commissione interessa in modo particolare la Tabella D, perché viene riproposto – dopo essere stato recentemente accantonato, creando non pochi problemi tra noi – l'articolo 20 della legge finanziaria relativa al 1987. Successivamente discuteremo nel merito questa ripresa.

La Tabella D prevede un cospicuo finanziamento per il 2006, pari a 160 milioni di euro per la prosecuzione del programma di interventi in materia di edilizia sanitaria che attengono alla ristrutturazione, alla messa a norma delle strutture ospedaliere, alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere e al completamento delle residenze sanitarie assistite.

Il disegno di legge finanziaria contiene poche disposizioni in materia sanitaria, in quanto gran parte degli interventi previsti nel settore sono contenuti nella decreto-legge n.269 del 30 settembre scorso. Le norme contenute nel disegno di legge finanziaria che presentano particolare interesse per la Commissione possono essere individuate negli articoli 9, 10, commi 5 e 6, 11, comma 6, 13 e 17, comma 1.

L'articolo 9 riguarda gli oneri derivanti dagli articoli 3 e 4 della legge 14 dicembre 2000, n. 376. Essi concernono le spese per il funzionamento e per l'attività, rispettivamente: della Commissione per la vigilanza ed il controllo sul *doping* e per la tutela della salute nelle attività sportive; dei laboratori per il controllo sanitario sull'attività sportiva.

Nella disciplina attuale gli oneri valutati pari complessivamente a 3 miliardi di lire annue sono a carico del CONI, il quale versa le corrispondenti somme all'entrata del bilancio dello Stato ai fini della successiva assegnazione ad apposita unità previsionale di base dello stato di previsione del Ministero della salute.

L'articolo 9 in esame novella interamente il citato articolo 10 e prevede che la spesa sia a carico, anziché del CONI, di un'apposita unità previsionale di base dello stato di previsione del Ministero della salute e la ridetermina nella misura massima di 3.500.000 euro annui. Tali modifiche trovano naturalmente applicazione a decorrere dall'esercizio finanziario 2004.

I commi 5 e 6 dell'articolo 10 intervengono sul Patto di stabilità interno con le Autonomie territoriali – il comma 5 per i Comuni sopra i 5.000 abitanti e le Province, il comma 6 per le Regioni – per il 2003 (e per gli anni successivi: «a decorrere dal 2003»), eliminando i maggiori oneri contrattuali per il 2002-2003 dal calcolo del *deficit* valido ai fini del rispetto del Patto.

Il comma 6 aumenta il finanziamento statale alle Regioni per la sanità di 550 milioni di euro nel 2004, e di 275 milioni per gli anni 2005 e successivi in deroga e ad incremento dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dell'8 agosto 2001. L'elevamento è inteso a far fronte ai maggiori oneri relativi al personale e derivanti dal biennio contrattuale 2002-2003.

L'articolo 11 richiama il completamento del processo di riforma della pubblica amministrazione previsto con legge n. 137 del 2002 e conseguente razionalizzazione della struttura dei ruoli organici delle singole amministrazioni. I primi tre commi confermano per l'anno 2004 il blocco delle assunzioni del personale a tempo indeterminato seppure con alcune deroghe.

Analogamente a quanto già disposto dalla legge finanziaria per lo scorso anno 2003 (articolo 29, comma 15, della legge n. 289 del 2002) si prevede l'adozione di decreti del Presidente del Consiglio dei ministri previo accordo da concludere in sede di conferenza unificata. Fino all'emaneazione dei decreti – e quindi in caso di mancato accordo – vale il generalizzato divieto di assunzione stabilito dal comma 1 per tutte le pubbliche amministrazioni.

Si ricorda che l'arco temporale di riferimento è l'anno 2004 e le assunzioni disciplinate sono quelle a tempo indeterminato. Per tali assunzioni, dopo aver fatto salvo il ricorso alla mobilità, si stabilisce in via generale che i decreti summenzionati debbano contemplare un limite quantitativo massimo pari al 50 per cento delle cessazioni dal servizio verificatesi nel 2003, tenuto conto di una serie di fattori tra i quali il tipo di

enti, la popolazione, i profili professionali, l'essenzialità dei servizi, l'incidenza percentuale delle relative spese su quelle correnti.

Oltre a tale limite percentuale di carattere generale, il comma in esame fissa una serie di altri limiti validi per determinate categorie di enti. Viene innanzi tutto fatta eccezione al personale infermieristico del Servizio sanitario azionale – come si evince anche dal comma 2 dell'articolo 11 per quanto attiene alle figure di responsabili di strutture complesse – nei confronti del quale dunque non sembra valere alcun limite percentuale, vista la carenza di tale categoria di personale, soprattutto nelle Regioni del Nord.

Non sembra invece esplicitamente disposto se anche nei confronti di questo tipo di personale valga, fino all'emanazione dei previsti decreti regolatori, il totale divieto di assunzione di cui al comma 1.

Viene inoltre precisato che le assunzioni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale possono riguardare solo il personale del ruolo sanitario.

Si ricorda altresì che i successivi commi dal 7 al 15 dell'articolo 11 pongono transitori e speciali modi di impiego pubblico. Alcune disposizioni riguardano anche amministrazioni di istituti operanti nel settore sanitario.

Il comma 1, capoverso 1, dell'articolo 13 istituisce presso la Presidenza del Consiglio il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, avente compiti di prevenzione, monitoraggio e contrasto della diffusione delle dipendenze da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool.

Al Dipartimento sono trasferite le risorse (finanziarie, strumentali ed umane) relative alle competenze in materia già esercitate dal Dipartimento per le politiche sociali e previdenziali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

I compiti del nuovo Dipartimento sono meglio specificati dal successivo capoverso 2 del comma 1, mentre la novella di cui al comma 2 attiene sempre al trasferimento delle competenze dal Dipartimento per le politiche sociali e previdenziali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Il comma 3, in combinato disposto con l'ultima parte del comma 1, capoverso 1, sembra ricostituire il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, già confluito nel Fondo nazionale per le politiche sociali, ai sensi dell'articolo 59, comma 46, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

A tale scorporo pare corrispondere la reviviscenza della disciplina specifica della gestione del suddetto Fondo di intervento. Tutte le relative funzioni ministeriali vengono attribuite al Dipartimento in esame. Sembra opportuna una più chiara formulazione di tali profili.

Il comma 4 specifica che all'attuazione del presente articolo si provvede nei limiti delle suddette risorse trasferite dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e nell'ambito delle dotazioni organiche della Presidenza del Consiglio.

Il comma 1 dell'articolo 17 incrementa per gli anni 2003 e 2004, fissandolo in 3.615,20 euro (equivalenti a lire 7.000.000 circa), il limite di

deducibilità dal reddito di lavoro dipendente dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale.

Si ricorda che tale limite era pari a lire 7.000.000 fino all'anno 2002 e, nella disciplina attuale, viene ridotto a lire 6.000.000 per l'anno 2003, nonché diminuito ulteriormente negli anni successivi, in ragione di lire 500.000 annue, fino a lire 3.500.000 – articolo 48, comma 2, lettera a), del Testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni –.

Peraltro, la suddetta lettera a) prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2003, l'importo deducibile, fermi restando i limiti summenzionati, sia pari alla differenza tra un valore base di lire 6.500.000 e la misura dei contributi versati ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, contributi, questi ultimi, dedotti.

Nell'ipotesi positiva, peraltro, occorrerebbe adeguare il valore base di lire 6.500.000, in quanto esso è inferiore (e quindi in contrasto logico) con il medesimo limite di deducibilità di cui al comma 1, pari, come detto, a lire 7.000.000 circa.

Riguardo alle tabelle allegate al disegno di legge finanziaria, si osserva che la Tabella A, che provvede alla costituzione di un fondo speciale di parte corrente per la copertura degli oneri derivanti da provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento, presenta, per il Ministero della salute, un incremento della dotazione, rispetto a quella prevista a legislazione vigente, pari a 183,2 milioni di euro per il 2004, a 182 milioni per il 2005 ed a 183,3 milioni per il 2006.

Come emerge dalla relazione illustrativa, le risorse derivanti da tale aumento sono tese alla copertura finanziaria di interventi relativi alle borse di studio per i medici specializzandi, alla prevenzione dei tumori, al Centro emergenza salute pubblica di nuova istituzione e al relativo personale, a progetti di ricerca Italia-Usa, ad incentivi per la ricerca farmaceutica, all'Istituto nazionale di genetica molecolare, al Centro nazionale trasfusione sangue, al Centro regionale sangue, al Centro nazionale trapianti, al Centro di riferimento interregionale trapianti, alla campagna di vaccinazione contro la *blue tongue*.

La Tabella B – che rappresenta l'equivalente della tabella per le spese in conto capitale – presenta, per il Ministero della salute, un incremento in conto capitale rispetto a quello previsto a legislazione vigente pari a 15 milioni di euro per l'anno 2004, mentre per gli anni 2005 e 2006 viene confermata l'attuale dotazione.

Come emerge dalla relazione illustrativa, le risorse derivanti da tale aumento sono destinate ad interventi in favore del Policlinico Umberto I di Roma, per l'Istituto mediterraneo di ematologia e per l'Istituto nazionale di genetica molecolare.

Si ricorda che forme di intervento e sistemazione di regolazioni debitorie in favore del Policlinico Umberto I sono comprese anche nelle «fi-

nalizzazioni» dell'accantonamento relativo al Ministero dell'economia e delle finanze, iscritto in Tabella A.

Come già rilevato, la Tabella D rifinanzia l'edilizia sanitaria.

Riguardo, infine, al disegno di legge di bilancio si rileva che lo stato di previsione del Ministero della salute reca, per il 2004, in termini di competenza, un incremento di 22,8 milioni di euro rispetto alle previsioni assestate per il 2003. Tuttavia, i soli stanziamenti in conto capitale presentano una riduzione pari a 2,1 milioni di euro. In termini di autorizzazione di cassa si registra una diminuzione di 44,1 milioni di euro rispetto alle previsioni assestate per il 2003. I soli stanziamenti in conto capitale presentano invece un incremento pari a 12,8 milioni di euro.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore Salini per la sua esposizione.

Propongo di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti al disegno di legge di bilancio e degli ordini del giorno alle ore 10 di domani, mercoledì 8 ottobre 2003.

Non facendosi osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,10.

MERCOLEDÌ 8 OTTOBRE 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

indi del vice presidente DANZI

I lavori hanno inizio alle ore 9,25.

(2513) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2004 e bilancio pluriennale per il triennio 2004-2006

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2004

(2512) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni alla 5^a Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 2513 (tabella 15) e 2512, sospeso nella seduta di ieri.

Ricordo che il senatore Salini ha svolto la relazione sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

Dichiaro aperta la discussione.

TREDESE (FI). Signor Presidente, sappiamo che i maggiori problemi che si registrano oggi in Italia riguardano i settori della sanità e della previdenza. Proprio con riferimento a quest'ultima rilevo che l'attuale Governo ha avuto quanto meno il coraggio di avviare un certo percorso che sicuramente consentirà di realizzare dei risparmi. In merito alla spesa sanitaria, invece, notiamo che anche quest'anno il Governo non ha dimostrato alcun coraggio nell'intraprendere una qualunque strada, se non quella – come al solito – di ritoccare e generare confusione nel settore farmaceutico, come se il problema della spesa farmaceutica fosse l'unico della sanità italiana.

Mi preoccupa, inoltre, la decisione di stabilire tutta una serie di nuove regole. Ad esempio, con il decreto-legge n. 269 viene istituita l'Agenzia italiana del farmaco i cui profili mi sembrano alquanto nebulosi: non sono completamente stabilite le competenze, non sappiamo chi le an-

drà a governare, con quali titoli e con quali caratteristiche, quale incisività potrà essere data a questa Agenzia e quali saranno gli effetti definitivi.

Ritengo poi che la regionalizzazione delle competenze in materia di pubblicità farmaceutica presso i medici determinerà ulteriori diversità fra le realtà regionali in quanto verranno applicati differenti sistemi. Tale sistema non consentirà un risparmio ma renderà maggiormente confusa la situazione nazionale aggravandola ulteriormente.

Considero invece positiva la proposta di esternalizzazione di alcuni servizi da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere – procedura già attuata da molti ospedali – che comporterà un risparmio e consentirà un migliore utilizzo del servizio stesso.

Il risparmio della spesa farmaceutica, a mio avviso, può essere un risultato ottenibile attraverso un accordo stilato con i medici di base – come già sta accadendo – che favorisca coloro che permangono all'interno di determinati parametri, prevedendo una serie di incentivi. Ritengo che questa sia l'unica strada per ottenere una corresponsabilizzazione fra medici di base e struttura regionale.

Mi preoccupa, poi, l'ulteriore aggravio burocratico determinato dall'introduzione delle ricette a lettura ottica, sistema comunque già esistente nella Regione Veneto, come in altre. Di tale innovazione mi lascia ancora perplesso l'aspetto dell'indicazione del codice fiscale. Questo passaggio, che diventerà obbligatorio per tutti, provocherà ulteriori problemi, innanzi tutto per i pazienti anziani (che saranno magari costretti a ricercare tra mille difficoltà il proprio codice), ma anche per i medici stessi che saranno chiamati a modificare i programmi di *software* per inserire il codice fiscale al posto di quello regionale.

Questo aggravio di burocrazia non giova e non consentirà al sistema sanitario alcun guadagno; probabilmente aumenterà solo il peso burocratico che già grava sui medici di base preoccupati di una sanità sempre più burocratica che sottrae tempo alla diagnosi e alla cura.

TATÒ (AN). Signor Presidente, i documenti di bilancio presentati quest'anno sono stati sicuramente pensati e stilati all'insegna dell'economia e del risparmio. In realtà, molto poco si è parlato di sanità. Nel mio intervento intendo quindi porre l'attenzione sui livelli essenziali di assistenza, prerogativa fondamentale dello Stato che le Regioni devono rispettare.

Quando fu presentato all'esame della Commissione il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 siamo rimasti sbalorditi nel prendere atto che un decreto era stato formulato, o meglio «imposto» senza che fosse stata consultata la 12^a Commissione, organo parlamentare competente per il settore sanitario. Ricordo che il decreto del 2001 indicava numerose patologie per le quali non si sarebbe più richiesto il ricovero. Si stabilì, ad esempio, che il soggetto colpito da collasso o da sincope non sarebbe stato più ricoverato ma trattato solo ambulatorialmente, attraverso interventi che, cioè, sarebbero stati applicati non più in *day surgery* ma in ambulatorio.

Tralascio poi il vasto settore della fisiokinesiterapia per il quale, con quel decreto, furono eliminate *d'amblé* ben 17 voci di trattamenti convenzionabili.

Ricordo che in quella occasione il sottosegretario per la salute Cursi, oggi qui presente, ci assicurò che, trascorsi alcuni mesi, tutta la problematica sarebbe stata riesaminata. Sono passati quasi due anni e non si è fatto nulla. Nel frattempo abbiamo assistito ad un incremento dei ricoveri, in particolare di soggetti anziani che non possono più usufruire in convenzione di determinate prestazioni e ricorrono, quindi, al ricovero ospedaliero.

La spesa dello Stato, pertanto, è passata dalle 30.000 lire circa giornaliere per una prestazione ambulatoriale a circa 2.000.000 di lire per un ricovero in ospedale.

L'incremento della spesa sanitaria e farmaceutica è così diventata ormai incontrollabile. Il famoso tetto di spesa del 13 per cento per l'assistenza farmaceutica, imposto dal Patto di stabilità interno fra Stato e Regioni, è stato più volte superato. Sono state perse molte giornate lavorative perché il paziente, non potendo recarsi negli ambulatori pubblici o in quelli privati, si è dovuto ricoverare. Ebbene, di questa idea non si è fatto più menzione, eppure – ripeto – si tratta di prestazioni di pertinenza dello Stato. Mi voglio augurare che tale problematica torni al più presto in discussione per garantire un'assistenza completa a tanti pazienti.

Concordo inoltre con il collega Tredese per quanto riguarda la lettura ottica delle ricette farmaceutiche. Già oggi molte Regioni liquidano le prestazioni con estremo ritardo, al di là dei famosi 90 giorni stabiliti dalla normativa europea, trascorsi i quali scattano automaticamente gli interessi passivi e la svalutazione. Adesso nel meccanismo di controllo e di valutazione delle prestazioni si inserisce anche lo Stato. Le ricette devono essere trasmesse per via telematica all'Istituto superiore di sanità, per finalità di controllo, ma anche la Regione deve effettuare a sua volta un controllo; si prevedono controlli su controlli e tutto ciò si risolve in un danno economico per lo Stato. Infatti, le strutture accreditate vorranno far valere i loro diritti e allora vi saranno ricorsi ai tribunali e ai TAR, con conseguente spreco di tempo e di danaro e qualche imbarazzo.

Sappiamo benissimo che la manovra finanziaria di quest'anno è volta al contenimento delle spese, ma nella sanità bisogna tener presente l'ammalato e non il denaro, seppure con i dovuti controlli e con le necessarie economie. Quindi, complessivamente il parere è favorevole ma, nello suo tempo, da parte nostra auspichiamo che vengano riviste alcune situazioni patologiche.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente, neppure i senatori di maggioranza finora intervenuti apprezzano alcune parti del disegno di legge del Governo, anche se poi ritualmente dicono di essere favorevoli al provvedimento.

L'ultima questione sollevata dal senatore Tatò e prima richiamata dal senatore Tredese, concernente le disposizioni che il Ministro dell'econo-

mia pensa di dare in materia di controllo della spesa farmaceutica, mi sembra anacronistica rispetto a tutto l'impianto culturale, istituzionale ed amministrativo che la coalizione della Casa delle libertà dice di volere, ad esempio con la cosiddetta *devolution*. Adesso sono all'opposizione, ma ho vissuto anche l'esperienza di senatore di maggioranza e – badate, non è un paradosso – personalmente ritengo che in occasione della sessione finanziaria sia più facile il secondo ruolo anche perché, considerata la consistenza numerica, la capacità di influire sulle decisioni da parte dell'opposizione è limitata. La stessa relazione del collega amico Salini conferma questa mia sensazione: egli ha semplicemente illustrato la proposta del Governo evitando, in modo acritico, di andare al nocciolo del problema; in tal modo si è facilitato il compito, ma ha lasciato senza risposta le grandi questioni che prefigurano l'anno terribile per la sanità, il 2004. L'anno prossimo, dal punto di vista dell'impatto sociale, la questione sanitaria potrebbe far passare in secondo piano il tema della riforma previdenziale, oggi in primo piano nell'agenda politica ed anche nei nostri lavori parlamentari, perché i problemi esplosivi della sanità avranno un fortissimo impatto sul piano sociale.

Cari colleghi, non basta affermare che bisogna privilegiare la cura e la salute rispetto alle questioni finanziarie, non ci si salva l'anima con certe affermazioni generiche, che certo tutti condividiamo. Se le mie previsioni si riveleranno esatte, se le difficoltà della sanità produrranno un impatto maggiore rispetto alla riforma previdenziale, i cui effetti saranno invece dilazionati nel tempo, non sarà un grande risultato politico per il Governo e per la maggioranza. Le scelte utili e ragionevoli sono rinviate al 2006: penso al rifinanziamento dell'articolo 20 della legge finanziaria per il 1988 (n. 67 del 1988), relativo al programma pluriennale di investimenti in conto capitale per la ristrutturazione edilizia e all'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. A quel tempo, con ogni probabilità, non sarete più alla guida del Paese, ma rinviare al 2006 questo rifinanziamento significa penalizzare le Regioni che hanno fatto il loro dovere e che quindi oggi sono in grado amministrativamente e operativamente di realizzare il programma, ma si vedono sottrarre le risorse.

Certo, un disegno di legge finanziaria di per sé affronta le questioni di ordine finanziario e noi oggi, anche dall'opposizione, non siamo in grado di rivendicare previsioni che sappiamo irrealistiche; però possiamo pretendere – lo dico al Governo, in particolare, che è inadempiente – il rispetto dei patti assunti precedentemente dal Governo e accettati dalle Regioni. Mi riferisco al tanto sbandierato patto dell'8 agosto 2001, che è stato disatteso. In occasione della discussione sulla irreversibilità della scelta dei dirigenti sanitari, dissi che ci saremmo rivisti a Filippi; ora siamo a Filippi e abbiamo problemi grandi come macigni. Quando parliamo di Servizio sanitario nazionale, dobbiamo tener conto delle esigenze delle Regioni e questo coinvolge ogni singolo senatore, si occupi o meno di sanità. Di che cosa hanno bisogno le Regioni, *ergo* il Servizio sanitario nazionale?

Innanzitutto, le Regioni hanno bisogno di un aiuto in termini finanziari per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro, che riguarda oltre 600.000 addetti e che è stato ulteriormente rinviato dal 2003 al 2004. Ma l'anno che viene, l'anno terribile, non potrà essere un altro anno di passaggio, perché bisognerà concludere il contratto; e si tratta di migliaia di miliardi.

Le Regioni hanno poi bisogno di un intervento per la regolarizzazione di circa 800.000 immigrati extracomunitari e forse qualcosa in più. Allora, facciamo un rapido conto: moltiplicando 800.000 per 1.600 euro fa 1 miliardo e 280 milioni di euro, cioè circa 2.480 miliardi delle vecchie lire. Questa legge di sanatoria per gli immigrati l'avete fatta voi della maggioranza; sul piano politico e culturale è stato apprezzato all'unanimità – o quasi – il proposito del vice presidente del Consiglio Fini di consentire il voto amministrativo ai nostri ospiti. Però attualmente il carico finanziario della spesa sanitaria è ancora accollato ai bilanci delle Regioni. Credo che la salute sia il primo diritto da tutelare; il suo riconoscimento da parte del Governo implica l'impegno di farvi fronte dal punto di vista finanziario.

Ho fatto riferimento alle questioni del rinnovo del contratto collettivo nazionale, che ha riflessi finanziari, e dell'assistenza ai cittadini extracomunitari. Intendo ora porre l'attenzione sul compito del Governo di procedere alla normalizzazione dei trasferimenti di cassa. Tra il 2002 e il 2003 – ripeto – le Regioni hanno accumulato crediti nei confronti dello Stato per 25.000 miliardi di vecchie lire (12.000 miliardi per il 2002 e 13.000 miliardi per il 2003). Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono costrette a ricorrere ad anticipazioni di cassa. Cercate di riflettere sul costo di tale situazione a carico del sistema, anche in termini di interessi. Il disavanzo 2003 delle Regioni sarà di circa 5.000 miliardi di vecchie lire; il disavanzo 2004 – anno terribile – sarà di 10.000 miliardi di vecchie lire, tenuto conto della scadenza contrattuale. Il fabbisogno – o il buco come alcuni amano definirlo – a fine 2003 sarà di 30.000 miliardi e le Regioni – come sapete – non possono contrarre mutui, non possono cioè attivare manovre diverse che consentirebbero loro di alleggerire il peso scaricandolo sui contribuenti.

Mi rivolgo ai colleghi della maggioranza e al Governo: queste mie affermazioni sono vere o sono frutto di fantasia? Se si tratta di dati reali, di questo dobbiamo discutere. Ad ogni modo, questa è la situazione drammatica.

Alcune misure previste nel disegno di legge finanziaria e nel decreto sono ovvie e necessarie ma di *routine* rispetto al nodo politico e si tratta comunque di quisquiglie rispetto alla centralità dei problemi.

Molti sono gli aspetti su cui è possibile argomentare; potrei discettare sull'istituzione dell'Agenzia nazionale del farmaco, che non sminuisco né enfatizzo, come potrei parlare dello sfondamento del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica o delle deroghe al blocco delle assunzioni degli infermieri, giusta previsione. E non voglio nemmeno trascurare le scelte disastrose circa i finanziamenti previsti per il settore della ricerca e le re-

strizioni finanziarie stabilite per l'ISPESL, gli IRCCS, l'Istituto superiore di sanità e quant'altro. Si tratta, a mio avviso, di aspetti molto importanti perché quando si taglia a pioggia, senza una *ratio*, i risultati sono devastanti.

Capite ora, colleghi, il senso della nostra opposizione, della nostra contrarietà, del nostro netto dissenso al provvedimento in esame?

BOLDI (*LP*). Signor Presidente, a volte ho l'impressione che si perda di vista la centralità del problema ma credo che questo atteggiamento sia del tutto in buona fede e non strumentale.

Mi chiedo se, a fronte di una carenza ormai cronica di stanziamenti per la sanità attribuibile ad innumerevoli motivi che ogni volta ci troviamo ad elencare (invecchiamento della popolazione, maggiore richiesta di tutela della salute, e altro ancora), cambierebbe qualcosa sotto il profilo finanziario se il sistema fosse centralizzato o regionale. I contratti andrebbero comunque rinnovati, gli extracomunitari dovrebbero sempre usufruire di un'assistenza e ci troveremmo sempre di fronte agli arretrati. Alla fine, le esigenze di cassa sarebbero sempre le stesse e il problema rimarrebbe insoluto.

Non credo – ripeto – che perdere di vista il nodo centrale della questione sia un atto strumentale. Nel parlare di crisi della sanità dobbiamo però fare riferimento alla crisi del sistema di finanziamento del comparto. Si rende quindi necessario uno strumento idoneo ad aumentare gli stanziamenti.

Innanzitutto, bisogna distinguere tra il controllo delle spese esercitato da un ente piccolo come la Regione e quello esercitato da un ente grande come lo Stato. Personalmente ritengo che un ente più concentrato sappia meglio controllare la destinazione dei fondi in quanto la sussidiarietà dovrebbe essere in grado di stimolare le capacità del piccolo nel controllo delle gestioni. Ma questo non sempre accade.

In generale, non posso condividere nella maniera più assoluta l'ottica dell'opposizione. Il problema da affrontare è infinitamente grande ed è necessario individuare le modalità per incrementare i fondi da destinare alla sanità, posto che la richiesta di finanziamenti in questo settore è aumentata e il bilancio del comparto rappresenta circa il 75-80 per cento del bilancio totale delle Regioni per quanto attiene le loro competenze specifiche.

Questo è diventato un problema di tenuta di uno Stato moderno e democratico che vuole fare anche dell'assistenza sociosanitaria uno dei suoi punti di forza.

Se trasferiamo l'analisi su quest'ottica possiamo anche individuare insieme delle soluzioni ma non posso condividere l'impostazione che intende spostare il centro della discussione sulle responsabilità.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Signor Presidente, il mio intervento si muoverà sulle linee generali di politica economica e sanitaria già tracciate nell'intervento del senatore Mascioni.

La prima questione che voglio rimarcare è di natura procedurale e riguarda i rapporti tra le istituzioni e la società civile. Ricordo che nel Documento di programmazione economico-finanziaria, che era stato trasmesso a giugno e che abbiamo poi votato, era previsto l'impegno del Governo di attivare ben 11 tavoli di confronto con le forze sociali, con cui elaborare i provvedimenti da inserire nel disegno di legge finanziaria. Pur con un giudizio critico su tutto il DPEF, che ci sembrò estremamente povero di spunti e di prospettive, noi allora salutammo positivamente questa presa di coscienza da parte del Governo che, con un ripensamento sul meccanismo decisionale adottato nei primi due anni, riprendeva il metodo del confronto e della concertazione per costruire misure il più possibile vicine alle necessità reali del Paese. Ecco, quel tipo di impegno è stato tradito: degli 11 tavoli di confronto con le parti sociali non ne è stato attivato neanche uno e non si è nemmeno data una parvenza di formalizzazione agli stessi! Anzi, le parti sociali sono state convocate ad un confronto quando la manovra era stata già decisa e dopo che il Presidente del Consiglio aveva parlato al Paese utilizzando un messaggio televisivo a reti unificate per delineare la misura principale contenuta nel disegno di legge finanziaria e nel decreto-legge n. 269 del 2003. Da questo punto di vista rilevo non solo un'incoerenza politica, ma il permanere di un atteggiamento scorretto che non giova né al Paese né al rapporto tra i vari soggetti istituzionali e sociali.

La seconda questione procedurale è che, per quanto è dato di capire, il disegno di legge finanziaria e il cosiddetto decretone sono stati licenziati dal Consiglio dei Ministri pur non essendo stati ancora pienamente formalizzati. Sembra che talune misure e norme siano rimaste sconosciute agli stessi Ministri di competenza fino al quando non le hanno lette sui documenti scritti e già questo metodo suscita francamente qualche perplessità: è un po' strano che si approvino misure in maniera generica senza conoscerne dettagliatamente i contenuti. Ma c'è di più: nell'ultimo Consiglio dei Ministri il Governo ha autorizzato il Ministro dell'economia ad apportare preventivamente modifiche ai testi in discussione, proprio perché sono stati formulati rilievi negativi da parte dei Ministri interessati. E' veramente problematico che tutto venga messo nelle mani di un unico Dicastero, che svolge le funzioni dell'intero Governo.

Anche per quanto riguarda la discussione parlamentare, la procedura presenta un'anomalia: è stato presentato al Parlamento un disegno di legge finanziaria insieme ad un maxidecreto, che contiene la grandissima parte (oscillante tra l'80 e il 90 per cento, secondo i calcoli dei tecnici) delle vere misure di impatto finanziario per finalità di copertura. Abbiamo un'inversione della regola stabilita dalla legge n. 468 del 1978, concernente appunto le procedure per la legge finanziaria, che prevede che nel disegno di legge finanziaria vengano inserite le misure ad impatto economico diretto sull'economia, mentre nei provvedimenti di accompagnamento vengano previste le misure di carattere ordinamentale. Qui abbiamo invece un'inversione della procedura consueta e corretta, perché le misure di ordine finanziario sono contenute nel decreto-legge n. 269 del 2003,

mentre le misure di carattere ordinamentale stanno nel disegno di legge finanziaria. Cito ad esempio la normativa sul Dipartimento nazionale per le politiche antidroga che, essendo una misura di tipo ordinamentale, a mio parere non dovrebbe essere inserita nel disegno di legge finanziaria, ma per correttezza andrebbe stralciata e discussa in un apposito disegno di legge.

Un'altra questione di carattere generale riguarda il fatto che, pur essendo ormai il nostro sistema sanitario a forte valenza federale, con questi due provvedimenti vengono creati ulteriori organismi centralizzati. Su questo aspetto potrei esprimere valutazioni articolate, ma mi preme segnalare soprattutto la neocentralizzazione delle politiche sanitarie attuata non tanto da parte del Ministero della salute, quanto da parte di quello dell'economia. Assistiamo infatti all'istituzione di ulteriori organismi – l'Agenzia nazionale per il farmaco e il Centro nazionale per le politiche antidroga – in totale conflitto a mio avviso con la tendenza impressa con la riforma del Titolo V della Costituzione, ma anche con la stessa politica generale della Casa delle libertà, che in taluni disegni di legge prevede addirittura l'attribuzione alle Regioni della potestà assoluta sulla sanità.

L'impostazione accentratrice del Ministero dell'economia, peraltro al posto di quello della salute, emerge per esempio anche dalla normativa sulle ricette farmaceutiche a lettura ottica. Questa procedura – complicatissima da realizzare – prevede che a fine giornata tutte le farmacie spediscono le ricette a lettura ottica non al Ministero della salute, bensì appunto a quello dell'economia, che diventa il reale controllore della spesa farmaceutica; questo si traduce in un'abdicazione da parte delle Regioni e del Ministero della salute rispetto alla politica farmaceutica.

Per quanto riguarda il quadro delle risorse, già il collega Mascioni ha detto che le Regioni sono in credito verso lo Stato di quote importanti delle stesse e che le modalità della loro erogazione violano quanto disposto da precedenti leggi finanziarie; le erogazioni non hanno cadenza mensile e questo costringe le Regioni ad assumere anticipazioni di cassa con gli istituti di credito, con un ricarico molto forte dal punto di vista degli interessi da pagare. Tant'è vero che la quota per interessi inizia a crescere notevolmente mettendo in grande difficoltà gli equilibri finanziari delle Regioni.

Questo è un problema che il Governo deve affrontare perché riteniamo che nel corso del 2004 tali equilibri possano arrivare ad un punto di non ritorno, specialmente per alcune Regioni sulle quali il debito sanitario incide in maniera rilevante circa la possibilità di attivare dinamiche quotidiane di cassa.

Con questa manovra si tenta di vendere fumo. Infatti, per gli anni 2004 e 2005 sono previsti finanziamenti risibili e lo stanziamento per la sanità di fondi aggiuntivi, con particolare riferimento al rinnovo dei contratti – per il quale, peraltro, la quota prevista è insufficiente – e all'edilizia sanitaria, viene di fatto rinviato al 2006. Ad esempio, l'articolo 51 del decreto-legge n. 269 istituisce una misura di carattere premiale per le Regioni nei cui territori insistono aree sottoutilizzate; le Regioni che

conseguono riequilibri del *deficit* sanitario sono però destinatarie di una quota del fondo per le aree sottoutilizzate equivalente a 10 milioni di euro per gli anni 2004 e 2005 e a 330 milioni di euro per il 2006. Con queste misure si prende in giro il Parlamento.

Vorrei poi intervenire sulla questione specifica delle ricette farmaceutiche a lettura ottica che il Ministero credo stia riesaminando. Il meccanismo è complesso: si stanziavano circa 100 miliardi di lire annui a decorrere dal 2003 per finanziare un intervento di carattere amministrativo a fronte di una decisa carenza di fondi nel settore sanitario in generale.

Ritengo che il problema della spesa sanitaria sia stato leggermente mitigato da meccanismi virtuosi attivati dalle Regioni. Ad esempio, in base ai dati forniti da Federfarma relativi ai primi sette mesi del 2003, l'Umbria è nelle posizioni di testa fra le Regioni che, senza imporre alcun *ticket* aggiuntivo, hanno realizzato una riduzione netta della spesa farmaceutica; solo la Toscana supera dello 0,1 in percentuale tale riduzione.

Questo significa che è possibile fare una buona politica senza gravare sui cittadini ma intervenendo sugli ordinatori della spesa, cioè su medici e strutture sanitarie.

Il sistema della ricetta farmaceutica a lettura ottica, inoltre, complica l'organizzazione della medicina di gruppo, ormai particolarmente estesa in Italia. La medicina di gruppo rappresenta un elemento di qualità nell'assistenza sanitaria territoriale perché ogni aderente al gruppo può assistere i pazienti iscritti presso i propri colleghi. Il sistema non investe la spesa personale ordinamentale ma quella complessiva del gruppo. L'introduzione della ricetta farmaceutica a lettura ottica rende difficoltoso e limita il lavoro del medico maggiormente presente all'interno dell'associazione il quale, quindi, rischia di essere penalizzato.

Rilevo poi il problema dei rimborsi per i pazienti non residenti nella Regione in cui viene emanata la ricetta; il codice fiscale in sé non garantisce l'elemento della residenza e, quindi, il pagamento della quota eventualmente da corrispondere alla Regione nella quale si effettua il prelievo della ricetta che può essere diversa dalla Regione di residenza.

Questi che ho citato sono elementi funzionali e l'intera manovra con riferimento alla sanità sembra impostata in maniera negativa. Il disegno di legge finanziaria per il 2004 rappresenta pertanto per il Governo un'occasione persa per attuare realmente politiche sanitarie che possano giovare al Paese.

ULIVI (AN). Signor Presidente, in questo mio breve intervento mi limiterò a soffermarmi sull'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dell'8 agosto 2001 in materia sanitaria, riferendomi quindi principalmente al Capo IV del decreto-legge n. 269.

L'articolo 48 del decreto fissa al 16 per cento il limite di onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica complessiva. Questo è un dato sicuramente positivo ma è opportuno precisare le modalità di distribuzione delle quote; infatti, viene fatto salvo il tetto del 13 per cento previsto per l'onere derivante dall'assistenza farmaceutica

territoriale. È stato proprio l'aggettivo «territoriale» ad avere contribuito già nel passato a determinare numerosi contenziosi, in quanto l'assistenza diretta effettuata dalle Regioni tramite le ASL può, a seconda dei casi, essere considerata assistenza ospedaliera o assistenza territoriale in generale. Il termine andrebbe quindi precisato per fare chiarezza sugli ambiti di applicazione dell'assistenza convenzionata.

Considero poi estremamente positiva la previsione di istituire l'Agenzia italiana del farmaco nella quale si concentra l'intero processo gestionale relativo ai farmaci. All'Agenzia saranno attribuiti i compiti già previsti per la CUF, tra i quali anche quello della fissazione dei prezzi dei farmaci su basi diverse da quelle attuali; il riferimento al prezzo medio europeo – criterio attualmente applicato – ha infatti creato alcune esagerazioni in eccesso o in difetto.

L'Agenzia avrà anche il compito di stabilire le modalità di ripianamento di un eventuale sfondamento del tetto della spesa farmaceutica: per il 60 per cento è chiamato ad intervenire il produttore, cioè Farindustria; la restante quota verrà ripianata dalle singole Regioni. Considero tale previsione positivamente perché l'attore principale della spesa farmaceutica (e, quindi, il primo responsabile di un eventuale sfondamento) è Farindustria che, attraverso gli informatori medico-scientifici, agisce sui medici, i veri ordinatori di spesa. È giusto, quindi, che il ripianamento venga effettuato per una quota maggiore dal produttore. In realtà al ripianamento dovrebbero contribuire anche le farmacie le quali, però, intervengono già a monte attraverso l'applicazione graduale di uno sconto dovuto al Servizio sanitario nazionale.

Le farmacie hanno contribuito alla riduzione della spesa anche attraverso l'incentivazione, ossia spiegando ai cittadini l'importanza del farmaco generico. Sono però perplesso su questo meccanismo, perché non è chiaramente specificato cosa avverrà. Si ipotizza che le industrie fissino per un certo periodo di tempo uno sconto maggiorato alle farmacie, che dovrebbero riversarlo alle ASL, quando presentano la distinta delle ricette nel mese di competenza. Mi sembra un meccanismo molto complesso. Ricordo che quando esisteva l'INAM e doveva essere fatto uno sconto al Servizio farmaceutico del 25 per cento, ci sono state molte difficoltà di riscossione: mentre il 6 per cento di competenza delle farmacie veniva regolarmente pagato, il 19 per cento di competenza della Farindustria spesso non lo era.

È importante, a mio avviso, anche la disposizione secondo cui per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche si attinge ad una graduatoria regionale valida quattro anni; questo permetterà chiaramente di snellire enormemente la relative procedure di concorso.

Viceversa, sono anch'io molto perplesso sulla lettura ottica delle ricette farmaceutiche. Esprimo qualche dubbio sul fatto che i tecnici del Ministero dell'economia vadano ad installare gli strumenti per la lettura ottica nelle 16.000 farmacie italiane presenti sul territorio, pubbliche e private. Come i senatori Di Girolamo, Tredese ed altri hanno osservato, questo meccanismo ha valore solo dal punto di vista del controllo economico,

perché viene realizzato non dal Ministero della salute, bensì da quello dell'economia, e quindi non tende ad accertare le esigenze e le problematiche del settore farmaceutico rispetto al cittadino, ma è solo un controllo di spesa. Peraltro, tali controlli oggi sono previsti; infatti, questi stessi dati vengono forniti mensilmente dalla Federfarma, a costo zero per il Servizio sanitario nazionale, e attraverso tale meccanismo sarebbe già esperibile una modalità di controllo da parte dell'Agenzia istituita.

Un'altra osservazione potrebbe riguardare la rilevante funzione dell'Agenzia italiana per il farmaco nella definizione delle linee di farmaci sui quali le Regioni e quindi le ASL possano poi effettuare la distribuzione diretta, ma non intendo dilungarmi ulteriormente. Nel complesso, infatti, riteniamo che questo provvedimento presenti numerosi aspetti positivi, che vorrei invece brevemente sintetizzare.

L'Agenzia per il farmaco costituisce un importante strumento per rendere omogenee sul territorio le modalità di erogazione dei medicinali, anche per quanto riguarda appunto la distribuzione diretta, e per tenere sotto controllo la spesa. L'attivazione di un flusso di dati sui farmaci distribuiti direttamente è un significativo elemento di trasparenza e chiarezza e potrà contribuire a stimolare le Regioni a stipulare accordi con le farmacie per la distribuzione di farmaci acquistati alle medesime condizioni previste per le ASL. Il ripiano dell'eventuale sfondamento è posto a carico delle Regioni e dell'industria farmaceutica, di fatto i veri responsabili dell'andamento della spesa, insieme ai medici. Le norme in materia di informazione scientifica potranno contribuire alla moralizzazione di quest'attività. Le trattative per il rinnovo della convenzione farmaceutica potranno finalmente ripartire; attualmente la convenzione era bloccata proprio per un contenzioso tra lo Stato e le Regioni concernente l'attribuzione della competenza – allo Stato oppure alla Conferenza Stato-Regioni – ma nel provvedimento si chiarisce che la competenza è della Conferenza, ovviamente nel confronto con i vari sindacati di categoria. Infine, saranno snellite le procedure per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche.

Per tali motivazioni, sono favorevole al contenuto del provvedimento e pertanto condivido la proposta di parere formulata dal relatore.

FASOLINO (*FI*). Signor Presidente, mi preme sottolineare alcuni aspetti dell'articolo 48 del decreto-legge n. 269 al nostro esame.

Innanzitutto, esprimo compiacimento per l'aumento, deciso dal Governo, della quota degli oneri del Servizio sanitario nazionale assegnata complessivamente all'assistenza farmaceutica, passata dal 13 per cento al 16 per cento. Accanto a questo dato positivo, però, da un'analisi sul provvedimento di carattere generale emerge che ancora una volta si preferisce far leva sulla spesa farmaceutica, mentre ritengo che il massimo del risparmio si potrebbe e si dovrebbe ottenere con una riformulazione dell'erogazione dei servizi, così come oggi viene attuata dal Sistema sanitario nazionale. Pertanto, nel momento stesso in cui esprimo il compiacimento per l'aumento della quota messa a disposizione dell'assistenza farmaceutica, esprimo anche il mio dissenso rispetto ad una visione monote-

matica, secondo cui il solo strumento per conseguire risparmio è rappresentato da una manovra sull'assistenza farmaceutica.

Credo invece che per risparmiare occorrerebbe agire su altri versanti. Certo, ci vorrebbe più tempo e forse un solo provvedimento non basterebbe a ridefinire la spesa sanitaria: bisogna intervenire sulle liste d'attesa, sull'utilizzazione delle strutture sanitarie e del personale sanitario, sull'approvvigionamento di beni e servizi. Sono questi i campi in cui bisognerebbe intervenire, secondo il mio parere, e su questo aspetto del provvedimento voglio fare un accenno – non lo voglio chiamare richiamo – al Governo affinché ci si possa al più presto incamminare su un percorso diverso dal passato.

Un'altra questione che vorrei sottolineare riguarda l'Agenzia italiana del farmaco, della quale si indicano criteri di composizione e funzioni; nello stesso tempo, onorevole Sottosegretario, si dispone che la Commissione unica del farmaco cessa di operare a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di regolamentazione dell'attività dell'Agenzia, previsto dal comma 13 dell'articolo 48. Il punto è che bisognerebbe sapere in cosa quest'Agenzia si differenzia dalla CUF, non solo per quanto riguarda la composizione dell'organo o le funzioni. Eliminare la CUF senza specificare per quale motivo decidiamo di eliminare tale organismo, dopo che lo stesso ha caratterizzato il sistema dell'assistenza farmaceutica in Italia, certo in positivo molte volte, ma moltissime volte anche in senso negativo, e quindi passare da un regime all'altro senza indicare quali difetti della CUF si intenda eliminare con l'Agenzia italiana del farmaco, mi sembra un modo molto riduttivo per affrontare il cambiamento. Sono convinto che la CUF si sia resa responsabile dell'immissione in commercio di una serie di farmaci inutili, spesso sovradimensionati nel prezzo, confezionati in maniera non utile per il sistema di spesa della sanità italiana. Il Governo, a mio avviso, avrebbe fatto bene a sottolineare la volontà di rinnovamento evidenziando ciò che in passato nella CUF non ha funzionato.

Vorrei poi che il sottosegretario Cursi chiarisse un dubbio relativo alla lettera e) del comma 5 dell'articolo 48 del decreto-legge n. 269 con il quale si stabilisce che all'Agenzia è affidato, tra gli altri, il compito di «provvedere alla immissione di nuovi farmaci non comportanti, a parere della predetta struttura tecnico-scientifica individuata dai decreti di cui al comma 13, vantaggio terapeutico, in sede di revisione ordinaria del prontuario, solo se il prezzo del medesimo medicinale è inferiore o uguale al prezzo più basso dei medicinali per la relativa categoria terapeutica omogenea». Sarebbe opportuno specificare se debba trattarsi di vantaggio terapeutico relativo ai precedenti farmaci o di vantaggio terapeutico in generale. Le ripercussioni, infatti, potrebbero essere diverse.

Considero positiva la possibilità di consentire ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta la partecipazione a convegni e congressi con accreditamento ECM di tipo educativo su temi pertinenti, così come stabilito dal comma 22 dell'articolo 48 del decreto-legge. A mio avviso, infatti, i medici generici e alcuni specialisti vivono una condizione di discriminazione rispetto a medici appartenenti ad altre categorie

sanitarie anche a seguito della normativa introdotta con il decreto legislativo n. 541 del 1992 che il comma in questione sopprime.

Il comma 17 dell'articolo 48 stabilisce inoltre: «le aziende farmaceutiche, entro il 30 aprile di ogni anno, producono all'Agenzia autocertificazione dell'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione e della sua ripartizione nelle singole voci di costo, sulla base di uno schema approvato con decreto del Ministro della salute».

Ricordo a tal proposito che in questa Commissione ed in quella di inchiesta sul sistema sanitario si è dibattuto in merito alle condizioni cui devono sottostare le aziende farmaceutiche circa la promozione di attività di insegnamento, di educazione, di convegnistica in genere.

A mio avviso, fra qualche anno torneremo comunque a parlare di nuovi scandali come quello che ha coinvolto la Pfizer, già oggetto di discussione anche in Commissione d'inchiesta. Infatti, se non si prevede il divieto di finanziare promozioni e convegni al di fuori di un programma debitamente autorizzato dal Ministero, pena la decadenza dalla convenzione, il problema del comparaggio non verrà mai risolto. Se lo si vuole affrontare seriamente, è necessario intervenire non solo a livello di singoli medici, con il risultato di colpire indiscriminatamente e penalizzare ingiustamente anche i comportamenti corretti, ma sanzionando con la perdita della convenzione le aziende farmaceutiche che sbagliano e che quindi andrebbero obbligate a sottoporre ad approvazione ministeriale i programmi di formazione, *marketing* e promozione. In tal modo è possibile evitare l'utilizzo di fondi neri o particolari per finanziare il comparaggio.

In conclusione, ritengo che con la presentazione di questa manovra finanziaria il Governo abbia compiuto un altro passo avanti, anche se sarebbe stato opportuno e sarà opportuno compierne altri.

LONGHI (*DS-U*). Ho ascoltato con attenzione gli interventi dei colleghi di maggioranza e di minoranza. In generale credo si possa concludere che i provvedimenti presentati sono in linea con la politica del Governo, quella del dire e quella del non fare.

Il Governo è orientato verso la *devolution* ma di fatto non applica nemmeno la modifica del Titolo V della Costituzione in quanto la manovra finanziaria ha natura centralistica.

L'articolo 48 del decreto-legge aumenta al 16 per cento il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica; dobbiamo però considerare che ora in quella quota è compresa l'assistenza farmaceutica ospedaliera. Pertanto, nulla viene modificato.

Viene poi istituita l'Agenzia italiana del farmaco e questo potrebbe significare che si cambia tutto per non cambiare niente. I suoi organi sono nominati con decreto del Ministro della salute; il presidente del consiglio d'amministrazione è designato dal Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni; dei quattro componenti del consiglio d'amministrazione, due sono nominati dal Ministro della salute e due dalla Conferenza permanente. Si prevede addirittura che il pre-

sidente del collegio dei revisori sia designato dal Ministro dell'economia e delle finanze. In tal modo si consente a quest'ultimo di intervenire pesantemente sulle competenze del Ministero della salute.

Si presta a critiche anche la decisione di finanziare nuovamente il Policlinico Umberto I di Roma al di fuori degli accordi. Non si è ben capito, inoltre, se l'innovazione della ricetta a lettura ottica centralizzata possa comportare danni o vantaggi. Ricordo poi che il ministro Sirchia ha dichiarato in Commissione che sarebbe stato stanziato un fondo per gli anziani non autosufficienti. Non ne vediamo traccia. Si è ventilata l'ipotesi di un prelievo attraverso la tassazione generale. Non è stato fatto. Si parla di una maggiore autonomia delle Regioni ma non si stanziavano i fondi che spettano loro. Si prevedono finanziamenti ancora più elevati per le realtà regionali ma per le quote 2002 e 2003 le Regioni devono ricevere ancora 25.000 miliardi.

Nonostante autorevoli impegni del Governo, il contratto della sanità non è stato ancora concluso e nessuno ha preso un lira. Dall'altro lato, c'è la questione del mercato: il Governo si definisce liberista, ma sembra di vedere una concezione sovietica del mercato.

FASOLINO (*FI*). Allora dovrete essere contenti.

LONGHI (*DS-U*). Manca il piano quinquennale, ma ci stiamo avvicinando.

Quando si registra uno sfioramento, questo non dipende dal mercato e di conseguenza il 60 per cento lo pagano i produttori e il 40 per cento le Regioni. Bisogna chiarire: o si ammette che sono i produttori che fanno ingoiare le pillole agli italiani, o che il mercato è viziato, oppure che i brevetti in Italia hanno una scadenza troppo lunga nel tempo.

Inoltre, l'articolo 48 del decreto-legge, al comma 5, lettera *i*), fa riferimento al compito dell'Agenzia italiana del farmaco di «predispone periodici rapporti informativi da inviare alle competenti Commissioni parlamentari». Questa norma non vuol dire niente: quanto periodici? Ogni tre mesi, tre anni o tre secoli? Ancora, con il comma 18 dello stesso articolo 48 in qualche modo lo Stato addirittura chiede il pizzo: si dispone che le aziende farmaceutiche versano, su apposito fondo istituito presso l'Agenzia italiana del farmaco, un contributo del 5 per cento delle spese autocertificate, al netto delle spese per il personale addetto. Ma come si può prevedere una simile norma! Mi rendo conto delle difficoltà finanziarie, ma lo Stato non può imporre una cosa del genere; oltre tutto, questa norma sarà subito modificata perché è persino inapplicabile.

Se il Governo e la maggioranza andranno avanti così, io penso che l'opposizione non avrà che da rallegrarsi per i consensi che perderete, ma di tutto questo subiranno le conseguenze i cittadini.

PRESIDENTE. Prima di chiudere la discussione, onorevoli colleghi, consentitemi alcune brevi riflessioni. L'obiettivo principale di questo disegno di legge finanziaria credo sia quello del controllo della spesa. In re-

lazione a questo, il senatore Di Girolamo mi permetta di esprimere una valutazione positiva sul controllo a livello nazionale della politica del farmaco e della politica antidroga, come peraltro accade nei principali Paesi europei, anche a struttura federale. Ciò premesso, a me sembra un miracolo, rispetto alle politiche sanitarie adottate in altre realtà europee, il fatto che non si effettuino tagli nelle prestazioni, laddove per altri sistemi sanitari pubblici, che sono sempre stati additati ad esempio, come la Germania, è stato necessario apportare tagli sostanziali mentre in Gran Bretagna si è cercato di svendere ai privati il servizio sanitario inglese, senza peraltro riuscirci.

Per il settore della sanità indubbiamente le nubi esistono, ma da quando sono in politica le ho sempre viste; quanto meno, rispetto agli anni precedenti il Governo è riuscito a far rientrare alcune spese in un limite prestabilito di controllo. Il problema vero – l'hanno rilevato in molti e io mi associo – è quello delle nuove fragilità che non trovano risposta; ma per tale questione è necessario reperire nuove risorse. Quindi, credo sia indispensabile un impegno comune di tutte le forze politiche per la sensibilizzazione e la responsabilizzazione verso le fasce più deboli della popolazione, per le cui esigenze è auspicabile la previsione di un apposito fondo aggiuntivo. Certo, la realizzazione di questo obiettivo può produrre impopolarità; ma guai se a chi governa ed a chi rappresenta sostanzialmente la politica del Paese manca il coraggio di dire la verità e di realizzare anche manovre impopolari.

Dichiaro chiusa la discussione.

SALINI, relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria. Vorrei preliminarmente ringraziare tutti i senatori intervenuti per l'onestà intellettuale con la quale hanno cercato di portare elementi positivi alla discussione.

Sin dall'inizio, nell'illustrare i disegni di legge finanziaria e di bilancio e il cosiddetto decretone, ho invitato ad inquadrare l'intera materia nel contesto sociale ed economico mondiale. Le economie oggi non sono più libere, cioè non sono prive di vincoli concernenti il contesto mondiale, e in sostanza, per quanto riguarda l'economia, noi dipendiamo da quello che succede nel mondo. Vorrei però aggiungere che per il settore sanitario ci troviamo a ragionare di un ambito e di un modo di essere che attengono alla persona e vanno visti in funzione di questa. Mi spiego: quando cinquant'anni fa ad un cittadino veniva richiesto un accertamento medico, la sua reazione immediata era la convinzione di stare male; oggi un'iniziativa del genere viene fatta spesso a scopo preventivo e questo significa che la domanda di assistenza sanitaria è cresciuta.

Vorrei far rilevare, a chi ha detto che il 2004 sarà un anno terribile per la sanità e a chi ha criticato il sistema sanitario, che l'Italia è il Paese in cui le aspettative di vita sono aumentate e aumentano di un mese ogni anno e dove si vive di più; il che significa che questo sistema sanitario, unitamente allo stile di vita, produce un simile risultato. Io credo che le attuali condizioni del Sistema sanitario nazionale debbano essere mante-

nute e conservate, tenendo tuttavia conto che una prestazione non è decisa soltanto in funzione di una legge o di una maggioranza di governo, ma prevede la partecipazione di una serie di attori, che dalle Regioni e dal direttore generale del Ministero passa attraverso l'organizzazione di un'azienda sanitaria locale e soprattutto attraverso gli operatori, ai quali dobbiamo restituire tranquillità e serenità perché possano svolgere il lavoro in una maniera corretta.

In questo quadro generale, io credo che siano state approvate alcune significative iniziative, come la cartolarizzazione che, collegata naturalmente alle cessioni di proprietà immobiliari e di portafogli di credito, consentirà di ottenere qualche risultato positivo. Qualcuno ha criticato il controllo delle ricette farmaceutiche attraverso il meccanismo della loro lettura ottica; io credo, invece, che questo sia un elemento positivo. La riflessione da fare – concordo con il collega Ulivi – riguarda semmai il fatto che le farmacie già operano in tal senso; tuttavia, dal momento che la spesa deve essere tenuta sotto controllo non dal Ministero della salute, bensì da quello dell'economia, gli uffici di tale Dicastero devono poter verificare in tempo reale l'andamento della spesa per intervenire. Altrimenti, tutti ci lamentiamo perché vorremmo garantire maggiori prestazioni, pur sapendo che la situazione economica è quella che è, ma quando vogliamo introdurre elementi nella direzione del controllo, delle verifiche e anche della prevenzione per ulteriori capitoli di spesa, non siamo d'accordo.

Nell'esprimere il giudizio finale sulla manovra finanziaria ritengo che in attesa dell'attivazione del nuovo meccanismo, certamente complesso, è necessario utilizzare ciò che già esiste. Sarebbe comunque opportuna una tavola rotonda sulla spesa farmaceutica che non escluda alcun attore, Ministero della salute, Regioni e organizzazioni dei farmacisti che operano sul territorio. Questo potrebbe consentire il varo di un provvedimento atto a porre parte della spesa sanitaria sotto un certo controllo.

I colleghi dell'opposizione hanno poi accusato il Ministero della salute di neocentralismo. Ricordo i tentativi dei Governi di centro-sinistra di attuare una politica neocentralista (mi riferisco proprio alla riforma del ministro Bindi) ma la vittoria della Casa delle libertà alle elezioni politiche ha portato in tutt'altra direzione.

Ritengo che questa sia stata l'unica stonatura registrata nel dibattito che invece, nel suo complesso, è stato molto utile.

Presidenza del vice presidente DANZI

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Vorrei rilevare un dato politico incontrovertibile che emerge dai documenti di bilancio di quest'anno: lo scenario è completamente diverso rispetto al passato.

Apprezzo le considerazioni del presidente Tomassini e quelle, in replica, del relatore Salini (che ringrazio per il lavoro svolto) il quale ha contestato l'accusa mossa al Ministero della salute – quindi al Governo – relativa a presunte tentazioni neocentraliste. Confermo quanto già espresso dal relatore Salini, aggiungendo che la critica dell'opposizione non ha fondamento dal momento che il Ministero della salute è costantemente in contatto con la Conferenza Stato-Regioni, la quale nei prossimi giorni interverrà anche in merito ai servizi generali del Ministero.

In linea generale il principio del federalismo è stato sottovalutato. Condividiamo tutti il federalismo solidale ma ricordo che i documenti contabili sono stati redatti considerando il fatto che, sulla base dell'Accordo dell'8 agosto 2001, esistono Regioni virtuose e Regioni non virtuose. È certamente vero che le Regioni che hanno rispettato gli impegni vantano un credito nei confronti dello Stato e che, essendo lo Stato ancora debitore, sono costrette ad operare anticipazioni di cassa molto pesanti; è anche vero, però, che molte Regioni non hanno rispettato gli impegni assunti, impegni che non sono di carattere generico ma presupposti fondamentali per realizzare il contenimento della spesa sanitaria. Sotto questo aspetto, quindi, molte Regioni non possono definirsi «virtuose».

Prendendo spunto dalle sollecitazioni dell'opposizione, riconosco certamente il diritto della Conferenza Stato-Regioni a formulare allo Stato richieste di ulteriori finanziamenti. Faccio però presente che anche a livello nazionale si avverte l'esigenza di impiegare gli stanziamenti in maniera diversa. Infatti, in questo senso l'istituzione dell'Agenzia italiana del farmaco, prevista dall'articolo 48 del decreto-legge n. 269, è stata considerata positivamente così come la fissazione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica al 16 per cento; a tal proposito, ricordo che il debito complessivo medio nazionale della spesa farmaceutica è ora del 16,06 per cento, risultato raggiunto dopo un lavoro oneroso che ha cercato di porre rimedio a tutto quello che si è verificato nel passato, in particolare negli anni 1999 e 2000. L'Agenzia di nuova istituzione ha il compito di individuare, nel caso di superamento del tetto di spesa, un meccanismo di compensazione attraverso la revisione delle quote di spettanza al produttore (nella misura del 60 per cento del superamento) e alle Regioni (40 per cento).

In questi ultimi anni si è cercato di operare affinché le Regioni potessero mettersi in linea. Vi invito però a verificare la reale efficienza delle singole Regioni sotto il profilo degli impegni assunti nel 2001: non è stata istituita una centrale unica di acquisto, non sono state attivate serie procedure di monitoraggio informatico per verificare l'effettivo utilizzo dei finanziamenti, non è possibile controllare in maniera seria il numero dei posti letto e la loro distribuzione a livello regionale.

Il presidente Tomassini ha ricordato che la Germania ha ridotto di due punti sul PIL la spesa sanitaria mentre noi quest'anno riportiamo la stessa cifra all'interno delle risorse finanziarie, addirittura aumentandole. Quindi, stiamo compiendo qualcosa di positivo rispetto all'Europa.

In deroga all'Accordo con la Conferenza Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 sono state previste nell'articolo 10 del disegno di legge finanziaria risorse aggiuntive per i rinnovi contrattuali anche per il personale del Servizio sanitario nazionale; l'articolo 11, inoltre, conferma le limitazioni delle assunzioni anche per il 2004 ma prevede deroghe per il personale infermieristico e per quello appartenente al ruolo sanitario entro il 50 per cento delle cessazioni, a dimostrazione dell'attenzione che il Governo riserva alla necessità di aumentare determinati organici all'interno delle ASL. È stato previsto, ad esempio, che l'Istituto superiore della sanità, l'ISPESL e gli IRCCS possano continuare ad avvalersi di assunzioni di personale a tempo determinato, a vantaggio sia del personale stesso, sia dell'attuazione dei progetti di ricerca.

La tabella A del disegno di legge finanziaria si riferisce agli interventi di parte corrente e prevede accantonamenti per il settore della procreazione assistita, per la nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati e per borse di studio per i medici specializzandi.

Ci siamo fatti carico delle esigenze che provenivano dal basso e abbiamo voluto dare un segnale forte attraverso la manovra di quest'anno; l'inserimento di 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2004, 2005 e 2006 è un segnale di una certa importanza. Mi auguro che l'Accordo stipulato con la Conferenza Stato-Regioni, che prevedeva un deciso impegno anche da parte del Governo, venga rispettato. Non è stato possibile fare di più ma ritengo che le previsioni di spesa contenute nella manovra per il settore sanitario siano alquanto consistenti.

La Tabella A prevede poi stanziamenti per la prevenzione dei tumori o per il Centro emergenze salute pubblica e il relativo personale. Proprio ieri ho partecipato ad un importante convegno sull'urgenza e l'emergenza e ho potuto rilevare la forte richiesta in tal senso che proviene dalla Conferenza Stato-Regioni.

Nella Tabella A sono inoltre previsti gli incentivi per i progetti di ricerca Italia-USA (con un accordo stipulato dal Ministero della salute), quelli per la ricerca farmaceutica e quelli per far tornare gli studenti in Italia a svolgere tale ricerca. Ci sono stanziamenti per l'Istituto nazionale di genetica molecolare, per il Centro nazionale trasfusione sangue e per il Centro regionale del sangue, per il Centro nazionale per i trapianti e per il Centro di riferimento interregionale trapianti, per il progetto IPOCM e per la campagna di vaccinazione contro la *blue tongue*, oggi fondamentale in alcune zone d'Italia per consentire al settore della zootecnia di poter stare sul mercato.

Con riferimento al decreto-legge n. 269 del 2003, bisogna sottolineare l'importanza dell'istituzione dell'Agenzia italiana del farmaco. Bisogna leggere le norme con attenzione e non distrattamente, altrimenti poi si ha una deformazione della realtà. A parte che il testo è stato visionato in sede di Conferenza Stato-Regioni, è stato discusso e ridiscusso, in esso sono contenuti due principi fondamentali. Il primo è la considerazione che il farmaco deve essere considerato come un bene per la salute e

non come merce di scambio e in quanto tale sottoposto esclusivamente al potere di indirizzo e vigilanza del Ministero del tesoro. Questo principio è scritto in maniera chiara all'articolo 48, comma 2: «Fermo restando che il farmaco rappresenta uno strumento di tutela della salute e che i medicinali sono erogati dal Servizio sanitario nazionale in quanto inclusi nei livelli essenziali di assistenza», eccetera. Ma abbiamo rivendicato con forza soprattutto il secondo principio, secondo cui è il Ministero della salute a dare gli indirizzi e a fare la programmazione dell'Agenzia del farmaco, mentre la funzione di vigilanza è svolta da tale Dicastero insieme a quello dell'economia. Qualcuno può aver letto in maniera distratta l'articolato, ma la disciplina contenuta nelle lettere *a)* e *b)* del comma 4 dell'articolo 48, sulla nomina del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori dell'Agenzia italiana del farmaco, non è stata improvvisata. Infatti, è scritto in maniera molto chiara che il Ministero dell'economia svolge le funzioni di controllo per la parte strettamente contabile ma che gli indirizzi sono formulati dal Ministero della salute.

Per concludere, indubbiamente il provvedimento potrebbe contenere tante innovazioni, poiché tante ce n'è da fare. Ad esempio, in questa Commissione dovremo prima o poi discutere in maniera approfondita sull'attuale sistema sanitario basato sulle Regioni e sui risultati operativi dello stesso. Ho visto stamattina che la Corte costituzionale ha bocciato un altro provvedimento per il settore della sanità, perché ormai ogni Regione sta andando per conto suo. Tanto per sdrammatizzare vorrei citare un caso: siamo arrivati al punto del federalismo canino! La Campania ha emanato una legge nel 2001 e ha indicato alcune razze, il Lazio ne ha varata un'altra nei giorni scorsi e ne ha indicate altre: ciascuna Regione inserisce delle razze diverse. Ma il mastino napoletano non può che essere uguale al mastino milanese. Faccio questa battuta per sottolineare quanto sia forte, purtroppo, l'esigenza del federalismo, fino ad arrivare qualche volta a strabordare.

Signor Presidente, io penso che i principi di carattere generale bisogna sempre difenderli a livello nazionale e poi le Regioni regolamentano le specificità sul territorio. Una riflessione – e mi rivolgo a lei, Presidente – andrà svolta attorno a questo tema, anche con apposite audizioni, perché dobbiamo capire fin in fondo quale ruolo devono svolgere il Governo, la Commissione parlamentare competente e il Senato nel suo complesso rispetto a temi fondamentali come quello della salute.

L'ultima osservazione riguarda le categorie deboli. Vorrei ricordare che presso la XII Commissione della Camera dei deputati è attualmente in discussione un disegno di legge, presentato da tutti i Gruppi, di maggioranza e di minoranza, che il Governo, nella persona del sottosegretario Sestini, ha già preannunciato di appoggiare. Il testo – che è stato inviato a tutti i Ministeri interessati – prevede l'istituzione di un Fondo nazionale per i non autosufficienti, con un sistema di finanziamento e di erogazione di servizi in loro favore. Quindi, non si può dire che non vi sia stata attenzione da parte del Governo su questo delicato problema.

Sostanzialmente, con tutte le integrazioni e modificazioni che si possono apportare, questi disegni di legge meritano un po' di attenzione non solo da parte della maggioranza ma anche dell'opposizione.

PRESIDENTE. Poiché non sono stati presentati emendamenti al disegno di legge di bilancio, passiamo all'esame degli ordini del giorno riferiti al disegno di legge finanziaria.

TATÒ (AN). Signor Presidente, ho presentato l'ordine del giorno n. 0/2512/1/12 perché considero indispensabile reintrodurre tra i livelli essenziali di assistenza le prestazioni indicate. Tale reintroduzione non determinerà un aumento della spesa perché le Regioni hanno imposto alle strutture pubbliche e private un tetto che non può essere superato. In tal modo risulta quindi inevitabile somministrare al paziente la terapia più appropriata; si propongono applicazioni di ionoforesi, di elettroterapia o di laserterapia perché il paziente necessita effettivamente di quei determinati interventi che, peraltro, risultano essenziali per il trattamento di alcune patologie.

Inoltre, anche i produttori di questo tipo di apparecchi medicali – che sono già al collasso – subiscono un danno economico: molte strutture non utilizzano più queste apparecchiature che hanno già acquistato perché le terapie che richiedevano il loro utilizzo non sono più prescrivibili dal Servizio sanitario nazionale.

Presidenza del presidente TOMASSINI

FASOLINO (FI). Signor Presidente, aggiungo la mia firma all'ordine del giorno del senatore Tatò.

DANZI (UDC). Anch'io, signor Presidente.

ULIVI (AN). Signor Presidente, intendo aggiungere anch'io la mia firma all'ordine del giorno in esame.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Vorrei ribadire che, poiché le prestazioni indicate nell'ordine del giorno sono a carico del Servizio sanitario nazionale, la loro reintroduzione determinerà un aumento di spesa che al momento non sono in grado di quantificare. Prego pertanto i presentatori di riproporre l'ordine del giorno alla Commissione bilancio perché è in quella sede che può essere verificato l'aumento effettivo della spesa.

TATÒ (AN). Signor Sottosegretario, è ovvio che il limite di spesa stabilito dalle Regioni rimane invalicabile. La Regione impone alle strut-

ture convenzionate di non superare il tetto previsto. Questo è quanto stabilisce l'accordo.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Suggestisco allora di integrare il testo dell'ordine del giorno aggiungendo in fine le parole: «fermo restando il tetto fissato dalle singole Regioni». In questo modo potrebbe essere possibile reintrodurre le prestazioni indicate senza che si corra il rischio di superare il limite di spesa. Con tale modifica il Governo può accoglierlo.

PRESIDENTE. Senatore Tatò, è disponibile a modificare l'ordine del giorno nel senso indicato dal Governo?

TATÒ (AN). Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno, come modificato, non verrà posto in votazione.

Resta ora da conferire il mandato a redigere il rapporto alla 5^a Commissione sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria n. 2512.

Propongo che tale incarico sia affidato al senatore Salini.

SALINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, sottopongo all'esame della Commissione la seguente proposta di rapporto favorevole con osservazioni sui documenti di bilancio:

«La 12^a Commissione, esaminati, per le parti di competenza, i disegni di legge in titolo, esprime parere favorevole, con le seguenti osservazioni, relative al disegno di legge finanziaria 2004:

occorre valutare l'esigenza di prevedere nella Tabella D un incremento delle risorse finanziarie per l'edilizia sanitaria anche per gli anni 2004 e 2005, al fine di garantire l'attuazione completa dei progetti *in itinere* e, in ogni caso, di tutti quelli compresi negli accordi di programma in materia stipulati o da stipulare;

riguardo all'articolo 11, comma 6, appare opportuno chiarire se, fino all'emanazione dei decreti del Presidente del Consiglio, il totale divieto di assunzione valga anche per il personale infermieristico;

sempre con riferimento all'articolo 11, occorrerebbe meglio specificare la nozione, ricorrente in vari commi, di contratto di lavoro a progetto, dal momento che tale istituto non trova al momento applicazione per il pubblico impiego;

in merito all'articolo 13, si dovrebbe specificare la procedura per l'attuazione del trasferimento di risorse ivi previsto; appare opportuno inoltre che le norme di carattere finanziario – le quali sembrano intese alla reviviscenza di un apposito Fondo nazionale di intervento per la lotta

alla droga e della disciplina della relativa gestione – siano definite in maniera più esplicita;

all'articolo 17, comma 1, occorrerebbe chiarire se l'elevamento del limite per gli anni 2003 e 2004 faccia salva o meno (per gli stessi anni) l'applicazione del meccanismo di calcolo di cui all'ultimo periodo dell'articolo 48, comma 2, lettera *a*), del Testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni. Nell'ipotesi positiva, peraltro, bisognerebbe adeguare il valore di base di lire 6.500.000, in quanto esso è inferiore (e quindi in contrasto logico) con il medesimo limite di deducibilità di cui al comma 1 in oggetto, pari a lire 7.000.000 circa».

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Apprezziamo le osservazioni del relatore in merito al disegno di legge finanziaria che ci sembrano pertinenti. Le valutazioni generali espresse in discussione sulle misure adottate e sui criteri riguardanti la politica sanitaria del Governo induce però il Gruppo dei Democratici di sinistra-l'Ulivo a votare contro lo schema di rapporto.

Dopo avere consultato le forze politiche che per diverse ragioni non hanno potuto essere presenti a questa discussione, ci riserviamo come opposizione di proporre in Commissione bilancio un parere di minoranza rispetto agli articolati.

SANZARELLO (*FI*). Signor Presidente, esprimo il voto favorevole del Gruppo Forza Italia sui provvedimenti di bilancio in generale che finalmente mettono ordine in tutto il settore sanitario che sta vivendo un particolare momento storico. La fase di transizione della modifica del Titolo V della Costituzione trova, infatti, finalmente piena attuazione. Il settore sanitario viene rifinanziato e viene compiuta una serie di aggiustamenti perfezionati nel parere del relatore.

CARRARA (*Misto-MTL*). Signor Presidente, esprimo anch'io voto favorevole.

SALZANO (*UDC*). Condivido appieno le riflessioni condensate nello schema di rapporto proposto e dichiaro il voto favorevole dell'UDC, di fronte al tentativo serio e netto di porre un freno alla spesa sanitaria del Paese, incidendo in particolar modo sulla spesa farmaceutica.

ULIVI (*AN*). Anch'io esprimo il voto favorevole di Alleanza nazionale, anche perché in questo parere ci sono alcuni suggerimenti per migliorare e perfezionare ulteriormente il testo in esame.

(*Il Presidente accerta la presenza del numero legale*).

PRESIDENTE. Metto ai voti la proposta di dare mandato al relatore, senatore Salini, di redigere un rapporto favorevole con osservazioni sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria, del tenore di quello illustrato.

È' approvata.

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

I lavori terminano alle ore 11, 15.

ALLEGATO

ORDINE DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE N. 2512

0/2512/1/12

TATÒ, FASOLINO, DANZI, ULIVI

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge finanziaria per il 2004,
premessò:

che la mancanza di cure riabilitative ambulatoriali, a seguito dell'intervento operato su di esse con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 concernente la «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», sta determinando:

un maggiore ricorso ai ricoveri ed agli interventi ospedalieri, con relativi costi sino a 1000 euro al giorno;

un maggiore ricorso alle strutture riabilitative «residenziali», con relativi costi di circa 250 euro al giorno;

un maggiore ricorso ai farmaci antidolorifici, peraltro, con i noti effetti collaterali;

un maggiore ricorso agli accertamenti specialistici diagnostici conseguenti alle patologie derivanti da quanto sopra;

gravi danni derivanti dalla perdita di capacità lavorativa della popolazione ancora attiva (incidenti come visto, per le patologie di interesse della medicina fisica e riabilitativa, per circa l'8% delle giornate lavorative annue);

che per i suddetti motivi, il provvedimento sta contribuendo ad una crescita e non certo ad una diminuzione della spesa, relativa ad un settore dove il privato sopperisce con grande efficienza alla sostanziale inesistenza di strutture pubbliche eroganti prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ad un costo unitario per prestazione (sono i dati del Sistema Informativo della Regione Lazio) inferiore a 4,00 euro;

constatato che non sussiste alcun aumento di spesa poiché per ogni struttura accreditata è imposto un tetto di spesa invalicabile,

impegna il Governo:

a reintrodurre tra i livelli essenziali di assistenza le seguenti prestazioni: diatermia a microonde, trazione vertebrale, ionoforesi, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, laserterapia antalgica. Tali prestazioni devono

intendersi ricomprese tra quelle di cui all'allegato 2B, lette ra c), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 concernente la «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», fermo restando il tetto fissato dalle singole Regioni.

