



Giunte e Commissioni

RESOCONTO SOMMARIO

Resoconti

Allegati

n. 484
Supplemento

GIUNTE E COMMISSIONI

Sedute di mercoledì 4 novembre 2015

INDICE**Giunte**

Elezioni e immunità parlamentari:

Plenaria *Pag.* 3**Commissioni permanenti**12^a - Igiene e sanità:*Plenaria (pomeridiana)* *Pag.* 8

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Liberalpopolare-Autonomie: AL-A; Area Popolare (NCD-UDC): AP (NCD-UDC); Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Federazione dei Verdi, Moderati): GAL (GS, PpI, FV, M, MBI); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-Idv; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-L'Altra Europa con Tsipras: Misto-AEcT; Misto-La Puglia in Più-Sel: Misto-PugliaPiù-Sel; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Ecologia e Libertà: Misto-SEL.

GIUNTA DELLE ELEZIONI E DELLE IMMUNITÀ PARLAMENTARI

Mercoledì 4 novembre 2015

Plenaria

85ª Seduta

Presidenza del Presidente
STEFANO

La seduta inizia alle ore 20,10.

SUI LAVORI DELLA GIUNTA

Il senatore CUCCA (*PD*) chiede di rinviare la trattazione del documento relativo al senatore Albertini, all'ordine del giorno dell'odierna seduta, al fine di consentire ulteriori approfondimenti in merito ai profili in questione.

Il senatore PAGLIARI (*PD*), relatore sul predetto documento, concorda con la proposta del senatore Cucca, atteso che un rinvio potrà essere utile per effettuare ulteriori approfondimenti sulla vicenda in questione.

Il PRESIDENTE rinvia quindi ad altra seduta la trattazione del documento relativo al senatore Albertini.

Il senatore GIARRUSSO (*M5S*) chiede di rinviare la trattazione del *Doc. IV-ter*, n. 8 – recante una richiesta di deliberazione in materia di sindacabilità delle opinioni espresse dall'*ex* senatore Ciarrapico – all'ordine del giorno, atteso che il relatore Crimi è impossibilitato ad essere presente all'odierna seduta per concomitanti impegni.

Il PRESIDENTE rinvia quindi ad altra seduta la trattazione del documento relativo all'*ex* senatore Ciarrapico.

IMMUNITÀ PARLAMENTARI

(Doc. IV, n. 11) Domanda di autorizzazione all'utilizzazione di intercettazioni di conversazioni telefoniche del signor Silvio Berlusconi, parlamentare all'epoca dei fatti, nell'ambito di un procedimento penale pendente anche nei suoi confronti (n. 2934/2014 RG NR – n. 6862/2014 RG GIP)

(Esame e rinvio)

Riferisce sul documento in titolo il PRESIDENTE relatore, rilevando preliminarmente che con ordinanza del 1° ottobre 2015, pervenuta in data 8 ottobre 2015, il Giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale ordinario di Milano ha trasmesso al Senato una domanda di autorizzazione all'utilizzazione di intercettazioni di conversazioni telefoniche del dottor Silvio Berlusconi, deputato all'epoca dei fatti, nell'ambito del procedimento penale n. 6862/14 R.G. GIP – 2934/14 R.G.N.R.

Il Presidente del Senato ha deferito alla Giunta tale richiesta il 9 ottobre 2015 e l'ha annunciata in Aula in pari data.

La richiesta ha ad oggetto 11 conversazioni telefoniche captate tra il 7 aprile 2012 ed il 27 agosto 2012, nell'ambito di un procedimento penale a carico di altri soggetti per il reato di truffa aggravata ai danni di ente pubblico e reati ambientali (procedimento n. 27883/11 R.G.N.R., iscritto nel Registro delle notizie di reato il 24 giugno 2011: dato desunto dal documento a pagina 134 degli atti processuali). Tra le suddette conversazioni, 9 sono state intercettate su utenze in uso a Barbara Guerra, 2 sono state tratte da un'utenza in uso a Iris Berardi.

La questione in esame rende opportuna una ricostruzione della complessa vicenda processuale, desumibile sia dall'ordinanza del Giudice per le indagini preliminari, sia dai documenti allegati dal Tribunale di Milano.

Riferisce il Giudice per le indagini preliminari che, nell'ambito del procedimento n. 27883/11, nel quale non risultava indagato Silvio Berlusconi, sono state disposte intercettazioni telefoniche che hanno individuato, tra gli interlocutori più assidui dell'indagato di quel procedimento, anche tale Magnano Francesco Calogero il quale aveva, tra le altre, numerose conversazioni telefoniche con Barbara Guerra e Iris Berardi, soggetti noti per il loro coinvolgimento nei processi a carico di Silvio Berlusconi, Emilio Fede, Nicole Minetti e Dario Mora quali frequentatrici delle feste che si tenevano nella residenza di Arcore (pagina 5 dell'ordinanza).

Rileva il Giudice per le indagini preliminari che, dal tenore delle telefonate, emergeva come il Magnano fosse impegnato in ricerche di immobili da destinare alle suddette Barbara Guerra e Iris Berardi; il ruolo di testimoni di queste ultime e la figura del Magnano quale uomo di fiducia di Berlusconi ha imposto un approfondimento dell'oggetto delle telefonate, al fine di accertare se la contestualità delle trattative immobiliari potesse essere messa in relazione ai processi citati a carico di Silvio Berlusconi, quali fossero le finalità o se vi fossero finalità corruttive (pagina 5 dell'ordinanza).

Nell'ambito del predetto procedimento n. 27883/11, quindi, il Magnano, la Guerra e la Berardi sono stati iscritti nel registro degli indagati (con nomi di fantasia, al fine di evitare improprie fughe di notizie), per l'ipotesi delittuosa di corruzione in atti giudiziari *ex* articolo 319-*ter* del codice penale, in data 22 marzo 2012 (pagina 145 degli allegati contenuti nel fascicolo inviato dal Giudice per le indagini preliminari).

Si precisa che – come si desume dalla documentazione allegata dal Giudice per le indagini preliminari – in data 31 gennaio 2013, è stata disposta la separazione della posizione dei tre indagati sopra menzionati dagli atti del citato procedimento n. 27883/11 e la formazione di un nuovo fascicolo processuale, il n. 5351/13 R.G.N.R. (pagina 142 della documentazione). In data 4 marzo 2013, è stata richiesta l'archiviazione del procedimento n. 5351/13 (pagina 131 degli atti processuali allegati).

Successivamente, due distinti collegi del Tribunale di Milano hanno disposto la trasmissione alla Procura della Repubblica dei verbali di udienza di due processi (uno a carico di Silvio Berlusconi ed uno a carico degli imputati Emilio Fede, Dario Mora e Nicole Minetti) tra loro connessi, riguardanti le vicende relative ad eventi svoltisi in occasione di cene e feste presso la dimora di Silvio Berlusconi, ravvisando nel primo caso la falsità delle deposizioni rese da numerosi testimoni, nel secondo caso – oltre al reato di falsa testimonianza – quello di corruzione in atti giudiziari (articolo 319-*ter* del codice penale) e ciò anche con espresso riferimento a Iris Berardi e Barbara Guerra (pagine 137-138 dei documenti processuali).

In conseguenza della trasmissione dei citati verbali alla Procura ad opera dei Collegi suindicati, è stato iscritto il procedimento penale n. 2934/14 R.G.N.R., a carico, tra gli altri, di Silvio Berlusconi, Barbara Guerra e Iris Berardi per i delitti di cui agli articoli 319-*ter*, 321 e 372 del codice penale; non risulta agli atti la data di tale iscrizione; tuttavia, essendo tale iscrizione citata in un documento del 25 marzo 2014 (pagina 138 degli atti processuali allegati), dovrebbe essere avvenuta tra il 1° gennaio 2014 ed il 26 marzo 2014.

Al fascicolo così originato, è stato poi riunito il sopra citato fascicolo n. 5351/13 R.G.N.R. (già archiviato, come sopra esposto, e per il quale è stata disposta, in data 26 marzo 2014, la riapertura delle indagini *ex* articolo 414 del codice di procedura penale sulla scorta di nuovi elementi emersi dall'attuale procedimento), come risulta a pagina 4 dell'ordinanza del Giudice per le indagini preliminari e pagina 141 degli atti processuali allegati.

Riferisce il Giudice per le indagini preliminari che, dall'ascolto delle conversazioni telefoniche di questi ultimi, è emerso che vi fossero trattative in corso affinché Silvio Berlusconi elargisse alle due donne somme di denaro o donasse loro degli immobili, in espressa correlazione con il processo ormai in corso, in cui le stesse erano state individuate quali testimoni; precisa ulteriormente il Giudice per le indagini preliminari che l'interlocutore abituale di Silvio Berlusconi era il Magnano, a tutt'oggi suo punto di riferimento in materia immobiliare e svolgente la funzione di tra-

mite tra lui e le due donne; alcune delle telefonate in esame, tuttavia, intercorrevano tra la Guerra o, in misura ancora minore, la Berardi e lo stesso Berlusconi (pagina 5 dell'ordinanza).

Sostiene il Giudice per le indagini preliminari che tale circostanza fosse del tutto imprevedibile, *«atteso che appariva inverosimile che a processo in corso l'imputato principale prendesse contatti diretti con i testimoni al fine di corromperli»*.

Secondo il giudice, le intercettazioni delle utenze telefoniche delle ragazze e del Magnano erano da sole sufficienti a comprendere quale fosse la finalità delle elargizioni nei loro confronti da parte del *«dottore»* (come indicato negli atti in questione) e quale potesse essere il loro comportamento nella veste di testimoni del procedimento nei confronti di Silvio Berlusconi più altri.

Sottolinea il Giudice per le indagini preliminari che non è stata avvertita dall'autorità giudiziaria la necessità-opportunità di avanzare una richiesta di autorizzazione preventiva alle intercettazioni dirette sulle utenze in uso al Presidente del Consiglio, giacché l'atto di indagine non era diretto ad accedere nella sfera delle comunicazioni dello stesso, ma ad entrare nella sfera di comunicazione delle intercettate e testimoni nel processo in corso a carico di Berlusconi più altri. Ad ulteriore conferma dell'accidentalità delle comunicazioni, viene rilevato che la maggior parte dei tentativi delle ragazze di contattare Berlusconi andavano *«a vuoto»* e che, nell'arco di quasi otto mesi, a fronte di quasi 400 tentativi di contatto, le indagate Guerra e Berardi sono riuscite ad interloquire con l'allora parlamentare solo 29 volte (pagina 5 dell'ordinanza).

Si precisa che – come risulta dal documento della polizia giudiziaria del 6 luglio 2015 (pagine 84-85 degli allegati contenuti nel fascicolo inviato dalla magistratura) – le utenze delle due indagate sono state sottoposte ad intercettazione dal 20 marzo 2012 al 19 novembre 2012 nell'ambito del predetto procedimento n. 27883/2011; nel periodo di intercettazione, le utenze di Barbara Guerra hanno registrato complessivamente n. 12.986 contatti, mentre le utenze in uso a Iris Berardi n. 9.928 contatti, per un totale di 22.914 intercettazioni. Più precisamente, i contatti registrati tra le utenze di Barbara Guerra e Silvio Berlusconi sono 361 (chiamate vocali, SMS e tentativi di chiamata); soltanto in una trentina di circostanze la Guerra ha parlato effettivamente con Silvio Berlusconi. Per ciò che concerne Iris Berardi, solo un'utenza a questa in uso ha avuto 39 contatti telefonici (chiamate vocali, SMS e tentativi di chiamata) con le utenze in uso a Silvio Berlusconi e solo in 2 circostanze la stessa ha effettivamente parlato con quest'ultimo.

Sotto il profilo della rilevanza, il Giudice per le indagini preliminari riferisce che delle poche conversazioni ottenute dalla due donne, la maggior parte è apparsa del tutto irrilevante, esulando l'oggetto delle stesse dai fatti oggetto di indagine; altre sono apparse rilevanti a seguito della riapertura delle indagini conseguente alla trasmissione degli atti alla procura da parte del Tribunale di Milano all'esito del giudizio. In particolar modo – osserva il Giudice per le indagini preliminari – è emerso come tra

l'aprile e l'agosto 2012, nel pieno svolgimento dell'istruttoria dibattimentale relativa ai processi sopra indicati – sono state intercettate delle telefonate nel corso delle quali, alle pressanti richieste da parte delle ragazze di adempimento degli obblighi di dazione di quanto promesso, Silvio Berlusconi subordinava le dazioni concordate all'atteggiamento processuale che avrebbero tenuto le due testimoni oggi indagate, all'epoca costituite parti civili nei suoi confronti (pagine 6 e seguenti dell'ordinanza).

Il Presidente relatore propone infine di fissare un termine di 15 giorni all'interessato per far pervenire memorie difensive scritte o per chiedere di essere audito, ai sensi dell'articolo 135, comma 5, del Regolamento del Senato. Si riserva, quindi, di formulare la propria proposta conclusiva successivamente alla scadenza del predetto termine.

La Giunta conviene sulla proposta per ultimo formulata dal Presidente relatore.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 20,30.

IGIENE E SANITÀ (12^a)

Mercoledì 4 novembre 2015

Plenaria

289^a Seduta (pomeridiana)

Presidenza della Presidente
DE BIASI

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

La seduta inizia alle ore 14.

IN SEDE CONSULTIVA

(2112) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018

– **(Tab. 14)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018

(2111) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)

(Rapporto alla 5^a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nell'odierna seduta antimeridiana.

Riprende la discussione generale.

La presidente DE BIASI (*PD*) sottolinea, in primo luogo, che è improprio parlare di taglio al Fondo sanitario nazionale: si può al più sostenere che il finanziamento è caratterizzato da un aumento inferiore alle aspettative. Peraltro, le dinamiche della spesa sanitaria vanno contestualizzate all'interno di una manovra finanziaria di grande importanza, che aspira a dare nuovo slancio alle prospettive di crescita del Paese.

Rileva che è tutt'altro che agevole ragionare di finanziamento al sistema sanitario in presenza di 21 diverse realtà territoriali, con difficoltà

anche in tema di monitoraggio sugli esiti. Per questo, ritiene auspicabile che, senza con ciò prefigurare soluzioni estreme, come l'abolizione delle regioni, si avvii una riflessione in ordine a una diminuzione del numero di tali enti, finalizzata a porre rimedio alla frammentazione del sistema.

Osserva che lo stesso Patto per la salute rischia di avere un fondamento non saldo se in sede attuativa non si pone mano ad una riconversione della spesa sanitaria, ineluttabile in presenza di risorse che si rivelano sempre più scarse.

Soggiunge che, sebbene la spesa sanitaria costituisca parte notevole dei bilanci regionali, è inopportuno sovrapporre concettualmente regioni e sistema sanitario: non tutte le restrizioni alle spese delle prime si riflettono necessariamente sul secondo.

È dell'avviso che, nelle condizioni date, sia poco avveduto invocare in maniera generica un aumento delle risorse per il Servizio sanitario nazionale: è preferibile, invece, formulare richieste mirate in relazione a temi di rilievo prioritario.

Il primo dei temi cui accordare priorità, secondo l'oratrice, è quello dei farmaci innovativi, considerato che si tratta di questione che evoca problemi di rispetto del principio di eguaglianza nell'accesso alle cure. A tal proposito, ritiene necessario che siano reperite ulteriori risorse, dal momento che i finanziamenti già disposti risultano esauriti, e che si effettui un monitoraggio sull'erogazione effettiva, in condizioni di parità di trattamento sul territorio, delle cure innovative. Occorrerà accompagnare tali misure con una riforma dell'AIFA, che renda più agevole e tempestiva la messa a disposizione dei farmaci innovativi.

Altro tema prioritario, a parere dell'oratrice, è quello delle vaccinazioni: fermo restando che una pianificazione nazionale, che garantisca adeguata copertura, è necessaria, si può tuttavia ragionare in ordine a contenuti, obiettivi e modalità attuative del piano, e sulle correlative implicazioni finanziarie.

Non possono essere ulteriormente rinviate – soggiunge ancora l'oratrice – misure atte a lenire la condizione di disagio in cui versano gli operatori del Servizio sanitario nazionale, giunta ormai ad un livello limite oltre il quale sarebbero messe a repentaglio la dignità delle lavoratrici e dei lavoratori e la stessa qualità dell'assistenza sanitaria.

Tra i temi prioritari, viene altresì fatto notare dall'oratrice, è necessario inserire la ricerca, della quale il disegno di legge di stabilità non si occupa con la stessa attenzione riservata ad altre materie. In proposito, auspica che si possano raggiungere risultati anche in sede di esame del disegno di legge n. 1324, e che le risorse a disposizione del settore possano essere incrementate attraverso i risparmi derivanti da un'azione più sinergica e coordinata delle diverse amministrazioni interessate.

Osserva che la lotta alla povertà costituisce già una evidente priorità del disegno di legge di stabilità 2016: al riguardo si può, tuttavia, segnalare l'opportunità di disciplinare con maggiore chiarezza i profili gestionali dei diversi Fondi, coinvolgendo, per gli aspetti di competenza, anche il Ministero della salute.

Infine, per ciò che attiene alla revisione dei LEA, sottolinea che è cruciale ripristinare il ruolo consultivo delle Camere, inopinatamente cancellato, così come è necessario, da una parte, assicurare che la nuova Commissione LEA sia configurata come organo non pletorico e operativo, e, dall'altra, che il nuovo nomenclatore tariffario risponda all'esigenza imprescindibile di personalizzazione delle cure.

Non essendovi altri iscritti a parlare, la PRESIDENTE dichiara conclusa la discussione generale.

Il relatore BIANCO (PD), in sede di replica, dopo aver sottolineato la profondità del dibattito svolto, fa rilevare che i temi sanitari non possono essere enucleati dal contesto di riferimento, dovendo il Servizio sanitario nazionale rispondere a vincoli di carattere generale.

Osserva che la manovra finanziaria in esame, nel suo impianto di fondo, mira a favorire la crescita economica, senza trascurare la necessaria attenzione per le esigenze delle fasce sociali più deboli.

In ragione di tale contesto, rileva che il sistema sanitario è chiamato a far fronte ad un accrescimento delle risorse inferiore al previsto.

Nell'ambito dello schema di rapporto che si riserva di sottoporre alla Commissione, dopo alcune notazioni di carattere generale, intende focalizzare l'attenzione sulle misure di maggiore impatto sul sistema sanitario.

Nell'ambito delle disposizioni concernenti le procedure di acquisto centralizzato, pur essendo esse in linea di principio condivisibili, occorre prevedere meccanismi di periodico aggiornamento degli elenchi Consip, stante la rapida evoluzione del mercato dei beni di interesse sanitario.

In merito alle norme inerenti ai piani di rientro e alla riqualificazione degli enti del Servizio sanitario nazionale, anch'esse apprezzabili, appare necessario salvaguardare il livello qualitativo dell'erogazione dei LEA, consentendo l'attuazione dei piani in un arco di tempo flessibile (fino a un massimo di cinque anni).

In relazione alla prefigurata costituzione di aziende sanitarie uniche, attraverso la confluenza in un unico ente delle aziende universitarie ospedaliere e di quelle sanitarie, è necessario segnalare che potrebbero occorrere modifiche al decreto legislativo n. 517 del 1999, in tema di modalità di nomina del direttore generale e di emanazione dell'atto aziendale; inoltre, pare opportuno prevedere che l'integrazione possa avere luogo solo se gli enti interessati abbiano conseguito un sostanziale pareggio di bilancio nel biennio precedente.

In merito alle problematiche del personale sanitario, occorre segnalare la necessità di garantire un adeguato *turn over* e di non impoverire i fondi contrattuali accessori, i quali possono essere una leva utile nell'ambito delle innovazioni organizzative e gestionali dei servizi.

Quanto al livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, appare necessaria una riconsiderazione alla luce di alcune esigenze che incidono sui costi e hanno al contempo un notevole impatto scientifico, sociale e civile: quella di assicurare i principi di equità, solidarietà e univer-

salismo nell'accesso ai farmaci innovativi; e quella di dare attuazione al nuovo piano vaccini.

In relazione alla formazione specialistica dei medici, occorre osservare che l'apprezzabile sforzo del Governo non è comunque idoneo a risolvere ogni criticità, in una prospettiva di medio periodo; inoltre occorrerebbero interventi in materia di formazione specifica in medicina generale.

Infine, sembra opportuno segnalare che l'invarianza del fondo sanitario nazionale, che si estende al biennio 2017-2018, costituisce un tendenziale di finanza pubblica meritevole di correzione.

Il sottosegretario DE FILIPPO, intervenendo a sua volta in replica, dichiara che il finanziamento del Servizio sanitario nazionale fa registrare una crescita, nel 2016, sebbene inferiore alle previsioni.

Sottolinea che il disegno di legge di stabilità avvia strategie importanti sul *welfare* e chiede al sistema sanitario di raccogliere la sfida dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia della spesa.

Rimarca che, da un punto di vista più generale, la manovra finanziaria varata dal Governo è volta a ridurre in maniera consistente la pressione fiscale.

Quanto alle disposizioni del disegno di legge di stabilità di rilievo sanitario, osserva che gli articoli 30, 31 e 32 traggono spunto dal dibattito sul Titolo V della parte seconda della Costituzione, in tema di eccessiva differenziazione di trattamento nell'accesso ai servizi sanitari e nella partecipazione.

L'intento, sottolinea l'oratore, è quello di preservare i caratteri di universalità, equità, sostenibilità e uniformità del sistema sanitario, responsabilizzando tutti i livelli di governo coinvolti.

Rileva che, per la prima volta, si presta attenzione ai piani aziendali dei singoli enti del Servizio sanitario nazionale, al fine di migliorarne la produttività salvaguardando la qualità dei servizi sanitari. Al contempo, si potenziano gli strumenti di trasparenza dei dati di bilancio, prevedendo anche sanzioni per i direttori ed i responsabili della trasparenza.

Evidenzia che il disegno di legge di stabilità dà anche nuovo impulso alla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, prevedendo l'obbligo di procedere tramite centrali regionali di committenza o, in difetto di queste, attraverso una delle centrali iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori.

In merito alla revisione dei LEA, reputa necessario garantire uno spazio di dibattito parlamentare, ripristinando il ruolo consultivo delle competenti Commissioni parlamentari; inoltre, assicura che nell'ambito della revisione è previsto anche l'aggiornamento dell'elenco delle malattie rare, e saranno adottate misure sanitarie per i soggetti con dipendenza patologica da gioco.

Riguardo alle problematiche del personale sanitario, fa presente che le questioni del lavoro precario e della stabilizzazione sono oggetto di va-

lutazione, nella consapevolezza che esse sono collegate all'erogazione dei servizi sanitari e al rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

In merito alle disposizioni relative alla cosiddetta azienda unica, chiarisce che esse sono volte a supportare l'integrazione tra la sfera dell'assistenza e quella della ricerca sanitaria. Quanto alle modalità di nomina del vertice aziendale unico, fa presente che occorrerà, a normativa vigente, un'intesa con il rettore.

In riferimento ai farmaci innovativi, segnala che vi sono dei problemi con i flussi informativi provenienti dalle Regioni e che, quanto alle differenziazioni territoriali e ai problemi di mobilità, sono ancora in corso verifiche. Per ciò che attiene alla capienza dei fondi, è probabile che essi si rivelino insufficienti, anche se occorre tenere conto che ci saranno dei risparmi derivanti dalle clausole «prezzo-volume» contenute negli accordi stipulati dall'AIFA.

La PRESIDENTE dispone la sospensione della seduta, avvertendo che i lavori riprenderanno alle ore 16.

La seduta, sospesa alle ore 15,15, riprende alle ore 16.

Si passa all'esame degli ordini del giorno riferiti al disegno di legge di stabilità (pubblicati in allegato al resoconto della seduta antimeridiana), che vengono dati per illustrati.

Il relatore BIANCO (PD) esprime parere favorevole sull'ordine del giorno G/2111/1/12, a condizione che sia espunta dal dispositivo la locuzione «al fine di reperire le risorse necessarie».

Il sottosegretario DE FILIPPO esprime parere conforme a quello del Relatore.

Poiché la senatrice MATURANI (PD) accetta la riformulazione, e non insiste per la votazione, l'ordine del giorno risulta accolto (G/2111/1/12 (testo 2), pubblicato in allegato).

Con il parere favorevole del RELATORE, previa sottoscrizione delle senatrici TAVERNA (M5S) e FUCKSIA (M5S), il rappresentante del GOVERNO accoglie l'ordine del giorno G/2111/2/12.

Previo sottoscrizione dei senatori Maurizio ROMANI (Misto-Idv), Paola TAVERNA (M5S), Serenella FUCKSIA (M5S), Laura BIANCONI (AP (NCD-UDC)), Fabiola ANITORI (AP (NCD-UDC)) e Manuela GRANAIOLA (PD), è accolto l'ordine del giorno G/2111/3/12, con il parere favorevole del RELATORE.

Con il parere favorevole del RELATORE, previa aggiunta di firma della senatrice FUCKSIA (M5S), è accolto l'ordine del giorno G/2111/4/12.

Le senatrici TAVERNA (M5S), FUCKSIA (M5S), BIANCONI (AP (NCD-UDC)), ANITORI (AP (NCD-UDC)) e GRANAIOLA (PD) sottoscrivono l'ordine del giorno G/2111/5/12 che, con il parere favorevole del RELATORE, è accolto.

Previa sottoscrizione del senatore Maurizio ROMANI (Misto-Idv) e delle senatrici FUCKSIA (M5S), BIANCONI (AP (NCD-UDC)) e ANITORI (AP (NCD-UDC)), con il parere favorevole del RELATORE, è accolto l'ordine del giorno G/2111/6/12.

Previa aggiunta di firma delle senatrici TAVERNA (M5S), FUCKSIA (M5S) e GRANAIOLA (PD), con il parere favorevole del RELATORE, è accolto l'ordine del giorno G/2111/7/12.

Sottoscritto dalla senatrice FUCKSIA (M5S), è accolto, col parere favorevole del RELATORE, l'ordine del giorno G/2111/8/12.

Il RELATORE ed il rappresentante del GOVERNO esprimono parere contrario sull'ordine del giorno G/2111/9/12.

Su richiesta del proponente, la PRESIDENTE pone in votazione l'ordine del giorno G/2111/9/12, previa verifica del numero legale.

La Commissione non approva.

L'ordine del giorno G/2111/10/12, cui la senatrice FUCKSIA (M5S) aggiunge la propria firma, è posto ai voti con il parere contrario del RELATORE e del rappresentante del GOVERNO, su richiesta del proponente.

La Commissione non approva.

L'ordine del giorno G/2111/11/12, cui la senatrice FUCKSIA (M5S) aggiunge la propria firma, è posto ai voti con il parere contrario del RELATORE e del rappresentante del GOVERNO, su richiesta del proponente.

La Commissione non approva.

Il RELATORE esprime parere favorevole sull'ordine del giorno G/2111/12/12, a condizione che il dispositivo sia introdotto dall'espressione «valutare l'opportunità di».

Il sottosegretario DE FILIPPO esprime parere conforme a quello del Relatore.

Poiché la proponente accetta tale riformulazione, e non insiste per la votazione, l'ordine del giorno, cui aggiungono la propria firma le senatrici FUCKSIA (*M5S*) e GRANAIOLA (*PD*), risulta accolto in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Col parere favorevole del RELATORE, previa sottoscrizione dei senatori Maurizio ROMANI (*Misto-Idv*), Paola TAVERNA (*M5S*) e Serebella FUCKSIA (*M5S*), è accolto l'ordine del giorno G/2111/13/12.

Col parere favorevole del RELATORE, previa aggiunta di firma della senatrice FUCKSIA (*M5S*), è accolto l'ordine del giorno G/2111/14/12.

Il RELATORE e il rappresentante del GOVERNO esprimono parere favorevole sull'ordine del giorno G/2111/15/12, a condizione che il dispositivo sia introdotto dall'espressione «valutare l'opportunità di».

Poiché il proponente accetta tale riformulazione, e non insiste per la votazione, l'ordine del giorno, cui aggiunge la propria firma la senatrice FUCKSIA (*M5S*), è accolto in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Con il parere favorevole del RELATORE, previa sottoscrizione delle senatrici FUCKSIA (*M5S*), BIANCONI (*AP (NCD-UDC)*) e ANITORI (*AP (NCD-UDC)*), è accolto l'ordine del giorno G/2111/16/12.

La senatrice TAVERNA (*M5S*) prende atto del parere contrario del RELATORE e della conseguente dichiarazione del rappresentante del GOVERNO di non accoglimento dell'ordine del giorno G/2111/17/12, sottoscritto anche dalla senatrice FUCKSIA (*M5S*); non insiste per la votazione, riservandosi di ripresentare l'ordine del giorno in Assemblea.

Il rappresentante del GOVERNO, in conformità al parere del Relatore, si dichiara disponibile ad accogliere l'ordine del giorno G/2111/18/12, a condizione che il dispositivo sia introdotto dall'espressione «valutare l'opportunità di».

La proponente accede alla proposta di riformulazione e non insiste per la votazione; l'ordine del giorno, previa aggiunta di firma delle senatrici FUCKSIA (*M5S*) e GRANAIOLA (*PD*), è quindi accolto in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Il rappresentante del GOVERNO, conformemente al parere del RELATORE, si dichiara disposto ad accogliere l'ordine del giorno G/2111/19/12, qualora il dispositivo sia introdotto dall'espressione «valutare la possibilità di».

Accettando il proponente tale riformulazione, senza insistere per la votazione, l'ordine del giorno, previa aggiunta di firma della senatrice GRANAIOLA (PD), è accolto in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Il RELATORE, al cui parere si conforma il rappresentante del GOVERNO, esprime avviso favorevole all'accoglimento dell'ordine del giorno G/2111/20/12, a condizione che nel dispositivo si sostituisca il termine «verificare» con quello «monitorare».

Poiché il proponente accetta la riformulazione proposta, e non insiste per la votazione, l'ordine del giorno, sottoscritto dalle senatrici FUCKSIA (M5S) e GRANAIOLA (PD), è accolto in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Con il parere contrario del RELATORE e del rappresentante del GOVERNO, l'ordine del giorno G/2111/21/12, sottoscritto dalla senatrice FUCKSIA (M5S), è, su richiesta del proponente, posto ai voti e respinto.

Il rappresentante del GOVERNO, in conformità al parere del RELATORE, si dichiara disponibile all'accoglimento dell'ordine del giorno G/2111/22/12, purché sia espunto dal dispositivo il riferimento allo stanziamento di maggiori risorse.

Accettando la proponente la suddetta riformulazione, senza insistere per la votazione, l'ordine del giorno è accolto in un testo 2 (pubblicato in allegato), previa aggiunta di firma delle senatrici FUCKSIA (M5S) e GRANAIOLA (PD).

La PRESIDENTE avverte che si passerà ora all'esame degli schemi di rapporto, facendo presente che anche il senatore D'Ambrosio Lettieri ha presentato una proposta (pubblicata in allegato).

Ricorda che sarà posto in votazione per primo lo schema di rapporto predisposto dal Relatore; qualora esso sia approvato, gli schemi alternativi non potranno essere ammessi in votazione ma saranno trasmessi alla Commissione bilancio come rapporti di minoranza.

La Commissione prende atto.

Il RELATORE illustra le linee di fondo dello schema di rapporto a sua firma, favorevole con osservazioni, auspicando di poter disporre di un tempo supplementare per affinare il testo da un punto di vista formale.

Il senatore D'AMBROSIO LETTIERI (CoR) dà lettura dello schema di rapporto a propria firma, favorevole con condizioni, sottolineando che sarebbe disponibile a convergere sul testo del Relatore, per il quale esprime apprezzamento, qualora questi trasformasse le osservazioni in altrettante condizioni.

La senatrice TAVERNA (*M5S*) illustra lo schema di rapporto contrario a propria firma (pubblicato in allegato al resoconto della seduta anti-meridiana). Saggiunge che, ove il dispositivo e le premesse fossero in linea con le osservazioni contenute nello schema di rapporto del Relatore, non esiterebbe a sottoscriverlo.

Dopo interventi sull'ordine dei lavori delle senatrici DIRINDIN (*PD*) e TAVERNA (*M5S*), considerati l'imminente ripresa dei lavori dell'Assemblea e la richiesta avanzata dal Relatore, la PRESIDENTE dispone la sospensione della seduta, avvertendo che quest'ultima riprenderà al termine dei lavori dell'Aula.

La seduta, sospesa alle ore 17, riprende alle ore 20,05.

Il RELATORE dà lettura del testo definitivo dello schema di rapporto a propria firma (pubblicato in allegato).

Il sottosegretario DE FILIPPO esprime, in riferimento allo schema di rapporto appena illustrato, una valutazione positiva.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

Annunciano il voto favorevole, a nome dei rispettivi Gruppi, i senatori Laura BIANCONI (*AP (NCD-UDC)*), Nerina DIRINDIN (*PD*) e Maurizio ROMANI (*Misto-Idv*).

I senatori ZUFFADA (*FI-PdL XVII*), Paola TAVERNA (*M5S*) e D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*) dichiarano che i propri Gruppi esprimeranno un voto contrario. Annuncia voto contrario anche la senatrice SIMIONI (*Misto*), in dissenso dal proprio Gruppo.

La PRESIDENTE, nessun altro chiedendo di intervenire, rivolge un ringraziamento al Relatore, ai Commissari e al rappresentante del Governo, sottolineando la qualità ed il valore democratico del dibattito svolto dalla Commissione sui documenti di bilancio.

Pone quindi in votazione lo schema di rapporto, favorevole con osservazioni, redatto dal Relatore.

La Commissione approva.

SCONVOCAZIONE DELL'ODIERNA SEDUTA NOTTURNA

La PRESIDENTE comunica che l'odierna seduta notturna, già convocata, non avrà più luogo.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 20,25.

**RAPPORTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE
SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO
DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO 2016 E
PER IL TRIENNIO 2016-2018 (DISEGNO DI LEGGE N.
2112 – TABELLA 14) E SULLE PARTI CORRISPON-
DENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2111**

La 12^a Commissione,

esaminati i disegni di legge in titolo;

rilevato che è condivisibile la scelta di operare una manovra espansiva dopo lunghi e sofferti anni di compressione determinati dai riflessi sulla finanza pubblica della grave crisi economica che ha colpito il nostro Paese;

considerato in particolare che:

a) la manovra è espansiva sul versante della produzione del reddito, incoraggiando fiscalmente investimenti delle imprese nei mezzi di produzione, stimolando le assunzioni a tempo indeterminato, rafforzando una fiscalità di vantaggio per le cosiddette piccole partite IVA, detassando quote di salario di produttività, prefigurando – se accettata la cosiddetta «clausola migranti» – riduzioni dell'IRES che nel triennio ci porterebbero ad un tasso del 24 per cento e cioè il più basso in Europa;

b) la manovra è espansiva sul versante della crescita della domanda interna di consumi, stimolata soprattutto attraverso una riduzione delle pressione fiscale, con la sterilizzazione delle clausole di salvaguardia previste nelle manovre 2014-2015, l'abolizione della TASI sulla abitazione principale e a carico degli inquilini, l'abolizione dell'IMU sui terreni agricoli e i cosiddetti imbullonati, l'abolizione dell'IRAP per settori particolari e in difficoltà quali la pesca e imprese agricole;

c) la manovra è espansiva anche laddove allarga le misure poste a tutela delle fasce sociali più deboli o rese tali dagli effetti della crisi: basti pensare all'istituzione del fondo di contrasto alla povertà, al fondo cosiddetto «dopo di noi», all'incremento del fondo non autosufficienza, al rifinanziamento degli ammortizzatori sociali in deroga, alla 7^a salvaguardia degli esodati;

d) la manovra è altresì espansiva agendo sul volano degli investimenti, sia diretti sia in cofinanziamento con le varie linee di fondi europei, ed in questo contesto non vanno sottovalutati gli sforzi compiuti nel finanziare i rimedi al disastro ambientale della «terra dei fuochi», la salvaguardia del patrimonio industriale ILVA, lo *start up* di Bagnoli, alcune impor-

tanti infrastrutture di viabilità autostradale ferroviaria e le reti a banda ultra larga;

e) la manovra è inoltre espansiva investendo nelle risorse strutturali del Paese, che sono i suoi beni culturali, le sue intelligenze, le sue bellezze naturali, i suoi presidi formativi, i suoi giovani: basti pensare al piano assunzioni di professori e ricercatori, alla riqualificazione delle risorse per beni museali, cinema, teatro, *media* informatici, ecobonus;

rilevato che, in termini di manovra netta (sanità compresa), oggetto di successiva e specifica valutazione, si configurano i seguenti effetti sul conto delle PA: minori entrate di 18.047 mld per il 2016, di 22,384 mld per il 2017; di 21,852 mld per il 2018, a cui corrispondono nuove spese 3.465 mld per il 2016, 3,215 mld per il 2017 e 5,668 mld nel 2018. Questo quadro, quantifica un peggioramento del saldo delle pubbliche amministrazioni pari a 14,582 (0,9 per cento PIL) mld per il 2016; 19,179 (1,1 per cento PIL) mld nel 2017; e 16,184 (0,9 per cento PIL) mld nel 2018. In questi termini è qualificato il cuore finanziario della manovra, che scambia una maggiore crescita del prodotto interno lordo stimato in circa 1,6 punti del PIL nel biennio 2016-2017 e di un ulteriore punto nel 2018 con la minore velocità di riduzione del *deficit* pubblico con l'utilizzo quest'anno di tutti i margini di flessibilità già consentiti dalla Unione europea e pari allo 0,8 per cento del PIL, portando il deficit tendenziale previsto all'1,4 per cento al 2,2 per cento comunque ben al disotto della soglia del 3 per cento è in diminuzione assoluta rispetto a quella del 2015;

rilevato altresì che, nel triennio, viene garantita la persistenza di un avanzo primario medio dello 0,5 per cento annuo, a testimonianza che le spese correnti sono inferiori alle entrate correnti se valutate al netto degli interessi sul debito pubblico;

considerato che è in questo impegnativo contesto, ossia nelle condizioni date, che vanno interpretati e valutati gli interventi direttamente e indirettamente connessi al settore sanitario;

formula, per quanto di competenza, un rapporto favorevole, con le seguenti osservazioni:

1. per il 2016, dei complessivi 3,583 mld di riduzione al comparto regioni a Statuto ordinario del finanziamento pubblico ad essi affidati, 1.783mld vanno in riduzione del finanziamento dei SSR portandolo in valore assoluto a 111 mld pari al 6,6 per cento del PIL atteso; nel biennio successivo 2017-2018 non sono contabilizzate riduzioni al Fondo sanitario nazionale ma le previsioni di un concorso delle Regioni a Statuto Ordinario all'equilibrio di finanza pubblica pari a 3,980 mld per il 2017 e a 5,480 mld per il 2018, ciò che prefigura, nella migliore delle ipotesi, una sostanziale invarianza del Fondo che, anche solo per gli effetti dell'auspicata crescita del PIL, porterebbe tale quota intorno al 6,4 per cento ovvero tra gli ultimi posti dell'UE 2015: la correzione di questo tendenziale di

finanza pubblica dovrebbe costituire una priorità nell'agenda del Governo nella predisposizione della prossima Legge di Stabilità;

2. la riduzione di 1,783 mld operata su tendenziale finanziamento del Servizio sanitario nazionale è affidata a misure di efficientamento della spesa, nel testo del provvedimento non analiticamente individuata e contabilizzata. In particolare, all'articolo 30 del disegno di legge di stabilità sono previste misure di pubblicità e trasparenza dei bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale e, a partire già dal 2016 l'attivazione di sistemi di monitoraggio e di valutazione dei volumi, della qualità e degli esiti delle attività assistenziali per le A.O., per le A.U.O. e I.R.R.C.S pubblici con estensione nel 2017 per tutti gli enti delle SSN; a questa attività viene affiancata una valutazione dello scostamento del rapporto costi e ricavi tale che se supera il 10 per cento o in valore assoluto i 10 ml vengono attivati veri e proprio piani di rientro dal *deficit* nell'arco di un triennio. Al riguardo, fermo restando il livello qualitativo dell'erogazione dei LEA, occorre che il piano di rientro possa svilupparsi in un arco di tempo più flessibile, fino a 5 anni, in ragione dell'entità dello scostamento;

3. i commi 17 e 18 dello stesso articolo 30 prevedono la possibilità di costituire aziende sanitarie uniche, attraverso la confluenza in un unico soggetto delle AO e delle AUO con le aziende sanitarie, fatta eccezione per le regioni in piano di rientro. Al riguardo, la portata della norma potrebbe richiedere una modifica del decreto legislativo n. 517 del 1999, che costituisce la cornice legislativa regolante i rapporti convenzionali tra università e servizi sanitari regionali, per le norme che prevedono l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale e l'emanazione dell'atto aziendale. Inoltre, appare opportuno prevedere che tale integrazione possa operarsi solo in ragione del conseguimento, da parte degli enti interessati, di un sostanziale pareggio di bilancio nel biennio precedente;

4. l'articolo 31 del disegno di legge di stabilità prevede la centralizzazione presso la Consip S.p.a o enti analoghi dei contratti di acquisto di beni e servizi anche relativamente a categorie merceologiche di pertinenza sanitaria, da individuarsi con la configurazione di vincoli cogenti per gli amministratori che, se inadempienti, risponderebbero per danni erariali. Pur essendo condivisibile lo spirito della norma in questione, andrebbero tuttavia previsti meccanismi stringenti di periodico aggiornamento degli elenchi Consip, stante la rapida evoluzione del mercato, soprattutto inerenti alle categorie merceologiche specifiche, sia in termini di prezzi che di efficacia;

5. in riferimento alla definizione del Fondo sanitario nazionale per 111 mld per il 2016, nel quale sono compresi 800 ml per i nuovi LEA, e alla procedura per l'adozione dei nuovi LEA (essi sono da individuarsi entro 60 giorni dalla approvazione della legge di stabilità, con due distinte procedure negoziali e due strumenti attuativi: il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per i LEA che comportano effetti sulla finanza pubblica e il decreto ministeriale del Ministero della salute per quelli che non comportano oneri aggiuntivi), che comporta la soppressione dell'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 (decreto Balduzzi), emergono

due effetti non condivisibili quali conseguenze di detta soppressione: la cancellazione del parere obbligatorio delle commissioni parlamentari competenti; il venir meno delle indicazioni di priorità per i nuovi LEA, relative alle malattie rare e cronico generative, alle patologie connesse all'abuso del gioco d'azzardo e infine al nuovo nomenclatore tariffario degli ausili protesici;

6. sempre in riferimento al comma 14 dell'articolo 32 del disegno di legge di stabilità, in tema finanziamento del SSN, il finanziamento aggiuntivo del fondo sanitario, al netto della quota vincolata dei nuovi LEA, è meritevole di una riconsiderazione alla luce di alcuni determinanti che incidono non solo sui costi ma che hanno anche un altissimo impatto tecnico-scientifico, sociale e civile, coinvolgendo valori e principi di equità solidarietà e universalismo posti alla base del Servizio sanitario nazionale e più precisamente: a) l'ingresso ormai consolidato di nuovi farmaci innovativi efficaci ma ad alto costo nel trattamento di patologie tumorali, cronico degenerative e infettive (in particolare HCV e HIV), che motiva un ripensamento su ulteriori finanziamenti in questo settore, che va accompagnato da efficaci e trasparenti modelli di *governance* della spesa, che prevedano programmazioni pluriennali delle risposte nel maggior consenso sociale possibile e sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili; b) il piano nazionale vaccini amplia condizioni protette e quindi fasce di utenti determinando un'oggettiva dilatazione della spesa, di entità tale da non poter essere ragionevolmente imputata né al finanziamento dei nuovi LEA né alla spesa già contenuta nel finanziamento indistinto del Servizio sanitario nazionale;

7. appare altresì necessario affrontare le tematiche inerenti al personale che opera all'interno del Servizio sanitario nazionale, il cui profilo, nel contesto del disegno di legge di stabilità, va ricostruito attraverso la lettura combinata di una serie di incisi e di commi di norme diverse. Tali previsioni non scongiurano gli effetti negativi per la qualità e la sicurezza delle prestazioni derivanti dal combinato disposto dell'applicazione della direttiva europea sull'orario di lavoro, turni e riposi e del perdurare del congelamento della spesa per il personale (rapportata a quella storica riferita al 2004, -1,4 per cento). Risulta infatti evidente che si riduce quella flessibilità di utilizzo del personale, spesso sconfinata in eccessi, che fino ad oggi ha reso possibile assicurare i livelli di assistenza, soprattutto nei servizi H24, anche ricorrendo a rapporti di lavoro atipici. Pertanto, garantire il *turn over* del personale senza limiti, compresi quelli di spesa per le attività connesse ai servizi H24, è una priorità da considerare nell'assetto normativo della legge di stabilità. Inoltre, in assenza di significativi aumenti contrattuali non è opportuno impoverire i fondi contrattuali accessori connessi alle contrattazioni locali, quanto meno per sostenere lo sviluppo di carriere professionali orizzontali nell'ambito delle innovazioni organizzative e gestionali dei servizi. Nella declinazione della appropriatezza delle cure e dell'assistenza, su cui giustamente gravano attese di efficientamento della spesa e di miglioramento della qualità, oc-

corre investire nel capitale umano delle professioni sanitarie, riconoscendo loro ruoli, competenze, autonomie e responsabilità;

8. l'apprezzabile sforzo di rifinanziamento dei contratti di formazione specialistica, tale da garantire l'accesso e il mantenimento di 6.000 contratti l'anno, non appare comunque adeguato in una prospettiva di medio periodo. Inoltre, si auspicano interventi per i contratti di formazione specifica in medicina generale;

9. va presa in considerazione l'opportunità di integrare lo stanziamento previsto in materia di indennizzi ai soggetti con malformazioni da Talidomide, per ampliare la platea dei potenziali aventi titolo;

10. è opportuno chiarire il modello di *governance* per il 2016 dei fondi di contrasto alla povertà, in particolare quella minorile, per le ovvie implicazioni che questi hanno nell'ambito della tutela della salute, anche attraverso il coinvolgimento del Ministero della salute.

**SCHEMA DI RAPPORTO PROPOSTO DAI SENATORI
D'AMBROSIO LETTIERI, Maria RIZZOTTI E ZUF-
FADA SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINI-
STERO DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO
2016 E PER IL TRIENNIO 2016-2018 (DISEGNO DI
LEGGE N. 2112 – TABELLA 14) E SULLE PARTI COR-
RISPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2111**

La 12^a Commissione,

esaminato lo stato di previsione del Ministero della Salute per l'anno finanziario 2016, nonché, limitatamente alle parti di competenza, il disegno di legge di stabilità 2016,

premessi che:

negli ultimi anni la politica di persistenti tagli lineari dei finanziamenti al SSN imposta dal Governo ha messo seriamente a rischio l'assetto universalistico del sistema e la sua sostenibilità;

la crisi economica in generale ha determinato un aumento considerevole degli indici di povertà, peggiorando in molti casi le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie; in particolare i tagli alla sanità hanno determinato effetti sostanziali sulla componente della spesa dedicata ai servizi al paziente (minore spesa ospedaliera, specialistica, diagnostica, ecc.) e scarsi effetti sulla spesa accessoria di funzionamento che invece ha continuato a crescere;

il Sistema sanitario nazionale si trova quindi in una condizione di complessivo logoramento, di profonda sofferenza e di crisi strutturale. Crisi strutturale confermata, tra l'altro, dalle grandi disuguaglianze nell'accesso alle cure, che vedono ben 7 regioni al di sotto della soglia che garantisce il rispetto dei Lea, con conseguente aumento del fenomeno della mobilità passiva extra regionale;

il testo in esame rischia di destabilizzare ulteriormente il sistema sanitario e di pregiudicare le necessarie correzioni per puntare all'uniformità territoriale dell'accesso all'assistenza sanitaria.

Considerato che:

le perduranti criticità dell'attuale sistema comportano, per le famiglie, il progressivo ricorso all'assistenza privata con un conseguente onere economico che si aggiunge a quello della tassazione ordinaria. Esso si caratterizza infatti, rispetto agli altri paesi europei, per la grande diffusione

dell'acquisto, da parte dei cittadini, di prestazioni e servizi sanitari pagati al di fuori di qualsiasi schema mutualistico (*out of pocket* inintermediato);

infatti, il 10 per cento dei cittadini italiani rinuncia a curarsi soprattutto per problemi economici, ma anche per tempi di attesa e difficoltà di accesso alle terapie. Per il 53,6 per cento degli Italiani la copertura dello stato sociale si è ridotta e costringe loro a pagare molte delle spese che prima venivano coperte dal sistema di *welfare* nazionale, e in particolare il 18 per cento della spesa sanitaria totale contro il 7 per cento registrato in Francia e il 9 per cento in Inghilterra. Inoltre, a causa delle lunghe liste di attesa nella sanità pubblica e delle difficoltà a sostenere i costi della sanità privata, nel 41,7 per cento delle famiglie almeno una persona in un anno rinuncia a una prestazione sanitaria. Infine, sono 3 milioni i cittadini non autosufficienti che necessitano di assistenza;

per quanto di competenza, relativamente al disegno di legge di bilancio per l'anno 2015:

il comma 5 dell'articolo 17 reca uno stanziamento aggiuntivo, pari a 57 milioni di euro per il 2016, 86 milioni per il 2017, 126 milioni per il 2018, 70 milioni per il 2019 e 90 milioni annui a decorrere dal 2020, per la formazione specialistica dei medici, al fine di aumentare il numero dei relativi contratti;

la normativa attualmente in vigore prevede l'applicazione di un ordinamento didattico unico valido sia per i laureati in medicina che per gli altri laureati dell'area sanitaria ma emergono diverse disparità di trattamento contrattuale tra le due categorie di soggetti;

per quanto concerne le politiche sociali ed il *welfare*, i commi da 1 a 3 dell'articolo 24 istituiscono un Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, con una dotazione pari a 600 milioni di euro per il 2016 e a 1.000 milioni annui a decorrere dal 2017, ai fini dell'attuazione di piani nazionali triennali in materia. In particolare, le risorse sono destinate per il 2016 alle finalità indicate al comma 2 e per gli anni successivi alla copertura finanziaria di uno o più provvedimenti legislativi di riordino della normativa in materia di trattamenti, indennità, integrazioni di reddito e assegni di natura assistenziale, nonché in materia di accesso alle prestazioni sociali;

preso atto che il sistema attuale non ha la capacità di individuare prontamente i nuovi bisogni e di rispondere a essi in maniera soddisfacente ed efficiente. Esso risulta statico, focalizzato quasi esclusivamente su pensioni e sanità e, soprattutto, non adeguatamente strutturato per rispondere alle esigenze di una popolazione, quella dell'Italia di oggi, che risulta profondamente cambiata, sia dal punto di vista socioeconomico che demografico;

il comma 1 dell'articolo 25 istituisce un Fondo, con una dotazione di 90 milioni di euro annui a decorrere dal 2016, destinato al finanziamento di misure per il sostegno delle persone con disabilità grave, in particolare stato di indigenza e prive di legami familiari di primo grado, mentre il comma 2 incrementa, nella misura di 150 milioni di euro annui, a

decorrere dal 2016, la dotazione del Fondo per le non autosufficienze. L'incremento è destinato anche agli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA);

non vi è riscontro di impegni rivolti a delineare una politica farmaceutica capace di tener conto dell'ingresso di farmaci innovativi che a fronte di un grande impatto in termini finanziari potrebbero consentire un miglioramento delle condizioni di salute e delle aspettative di vita dei cittadini affetti da gravi patologie come l'epatite C e l'HIV;

in base al comma 11 dell'articolo 30, la regione, in caso di individuazione di enti che ricadano in almeno una delle due fattispecie determinanti l'obbligo di un piano di rientro, è tenuta ad istituire – qualora non sia già presente – una «gestione sanitaria accentrata» con la quale gestisca direttamente una quota del finanziamento del Servizio sanitario e ad iscrivere nel bilancio della medesima, al fine di garantire l'equilibrio complessivo del Servizio sanitario regionale, una quota del fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi di cui ai piani di rientro;

il comma 4 dell'articolo 31 specifica che entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome devono adottare provvedimenti intesi a garantire che gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;

il comma in questione lascia una serie di perplessità anche se sembra contenere un principio corretto, quello di evitare la proliferazione e la duplicazione di strutture di valutazione a livello delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale che rischiano di creare una frammentazione nel sistema di HTA in costruzione nel nostro Paese. Un principio che se però applicato così come indicato nel provvedimento in essere, porrebbe l'Italia al di fuori di quegli stessi schemi di implementazione metodologici internazionali richiamati dalla stessa legge rischiando di vanificare in tutto, o in parte, i benefici attesi da un sistema di HTA istituzionalizzato a livello centrale;

l'articolo 32 comma 14 ridetermina in 111 miliardi per il 2016 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, commi 167 e 556, della legge n. 190/2014 e dall'articolo 9- *septies*, comma 1, del decreto-legge n. 78 del 2015;

come è stato rilevato dall'Ufficio Studi del Senato, il livello del Fondo Sanitario Nazionale del 2016 era già stato ridotto con il decreto-legge n. 78 del 2015 in misura pari a circa 2,5 miliardi di euro rispetto al tendenziale a legislazione vigente. L'ulteriore decremento del Fondo Sanitario rispetto a tale parametro è destinata a creare tensioni lungo tale linea di finanziamento;

in buona sostanza, anche i tecnici del Senato hanno evidenziato le criticità che si annidano nell'ulteriore taglio al Fondo Sanitario operato dal provvedimento in esame;

in termini concreti, come affermato dalla Corte dei Conti la legge di stabilità dispone la riduzione di oltre 2 miliardi del fabbisogno sanitario nazionale *standard* per il 2016» (il fondo per il 2016 è stato fissato a 111 mld). E questa riduzione, se valutata al netto degli 800 milioni necessari per l'adeguamento delle prestazioni ai nuovi LEA, fa sì che l'incremento delle risorse rispetto al livello 2015 sia solo di 500 milioni (in totale il Fondo al netto dei Lea è di 110,2 mld);

l'articolo 32 riguarda la revisione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria in attuazione del Patto della Salute 2014-2016. Con riferimento all'ultimo periodo del comma 2 dell'articolo predetto il Servizio Studi del Senato segnala che attraverso l'abrogazione dell'articolo 5 della legge 8 novembre 2012, n. 189 verrebbe soppressa anche la norma concernente l'aggiornamento del nomenclatore tariffario per le prestazioni di assistenza protesica;

l'attuale nomenclatore tariffario è quello di cui al decreto ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999, (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe). Tale regolamento individua i soggetti aventi diritto alle suddette prestazioni e indica, negli annessi elenchi 1, 2 e 3 le tipologie di dispositivi erogate a carico del SSN;

dal 1999 ad oggi non si è mai provveduto ad aggiornare il nomenclatore, nonostante l'articolo 11 del predetto decreto ministeriale preveda che: «il nomenclatore è aggiornato periodicamente, con riferimento al periodo di validità del Piano sanitario nazionale e, comunque, con cadenza massima triennale, con la contestuale revisione della nomenclatura dei dispositivi erogabili» e l'articolo 5, comma 2-*bis* del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 abbia poi fissato al 31 maggio 2013 l'aggiornamento dello stesso;

il mancato aggiornamento del nomenclatore preclude di fatto, l'accesso, da parte dei soggetti che ne hanno bisogno, a nuovi strumenti tecnologicamente più avanzati e, proprio perché tali, potenzialmente idonei a migliorare la qualità della loro vita;

secondo quanto riportato dalla bozza Dpcm Lea 2015, per l'assistenza protesica si prevede l'introduzione di nuove protesi e ausili anche di elevata tecnologia (piedi a restituzione di energia, componentistica in materiali innovativi, sollevatori mobili e fissi, protesi acustiche digitali, comunicatori a sintesi vocale o a display, sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale, domotica, stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto, ecc); l'ampliamento dei beneficiari (malati rari, assistiti in ADI); la semplificazione delle procedure (collaudo degli ausili); specifiche indicazioni per l'appropriatezza prescrittiva e l'albo dei prescrittori; l'estensione delle gare per l'acquisto dei dispositivi standard ma personalizzazione dei dispositivi acquistati;

la carenza di risorse per gli investimenti costituisce un elemento di grande debolezza per il Servizio sanitario nazionale: il degrado di molte strutture sanitarie, il mancato rispetto delle norme di sicurezza e l'obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche mettono a rischio la qualità dei

servizi oltre che la credibilità delle istituzioni. Nell'ambito delle risorse destinate al cosiddetto Piano Junker deve verificarsi la possibilità di finanziare un Piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, accuratamente disegnato in modo da ammodernare il sistema adeguandone i requisiti tecnico-strutturali e organizzativi secondo le mutate esigenze, potrebbe costituire una occasione per ammodernare il patrimonio del Ssn, soprattutto nelle regioni più fragili oltre che un volano per l'occupazione e la crescita. Un aggiornamento dello stato di obsolescenza delle strutture sanitarie pubbliche e della sicurezza delle stesse (per gli operatori e per i pazienti) appare fondamentale in vista di una nuova programmazione degli interventi;

l'articolo 34 del disegno di legge di stabilità introduce ulteriori pesanti tagli a carico della finanza regionale, che rischiano di ripercuotersi anche sulla sanità;

la disposizione appena citata introduce un contributo alla finanza pubblica delle Regioni e delle Province autonome pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e a 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019 demandando ad un'intesa da sancire in Conferenza Stato-regioni l'individuazione degli ambiti di spesa la cui riduzione concorrerà al raggiungimento di tale obiettivo;

non si può dimenticare che in applicazione di questa regola procedurale è stata stipulata l'Intesa Stato-regioni del 26 febbraio 2015 che ha realizzato il contributo alla finanza pubblica da parte delle regioni previsto dalla scorsa legge di stabilità attraverso la riduzione di 2 miliardi del Fondo Sanitario Nazionale;

il rischio di ulteriori tagli alla sanità è tangibile: il contributo richiesto alle regioni per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica risulta di difficile praticabilità dato che, nel triennio 2017-2019, viene chiesto complessivamente di conseguire nuovi risparmi per oltre 17 miliardi di euro e più del 80 per cento della spesa regionale riguarda il comparto sanitario.

Preso atto che:

la persistente politica di riduzione del finanziamento del FSN produce effetti diretti e immediati sui bilanci regionali con evidenti conseguenze negative sull'efficienza del sistema sanitario in ciascuna Regione e con inevitabili e non più sopportabili nuovi oneri economici a carico dei cittadini;

la garanzia di un quadro di certezze economiche per la programmazione regionale in materia sanitaria è un obiettivo da perseguire e soprattutto da tutelare nelle forme e nei contenuti più avanzati possibili, proprio nelle fasi più difficili anche come strumento di governo della crisi economica;

preso atto inoltre, che:

risulta altresì irrinviabile un recupero di attenzione e di responsabilità nei confronti del personale addetto al comparto sanitario, assogget-

tato da tempo al blocco del *turn over*, al blocco economico della contrattazione del pubblico impiego nonchè all'estenuante condizione di precarietà contrattuale, circostanze che rischiano di pregiudicare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza a discapito ancora una volta dei cittadini;

la Commissione per quanto di competenza formula un rapporto favorevole con le seguenti condizioni:

1. è necessario che il Governo, attesa la conclamata situazione di complessivo logoramento del sistema sanitario, presenti al Parlamento una relazione annuale sullo stato del SSN con specifico riferimento all'attuazione dei LEA nel rispetto dei principi di universalità ed equità;

2. è necessario che il Governo introduca previo coordinamento con la Conferenza Stato Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, misure specifiche atte a rafforzare il sistema contrasto alle inefficienze e agli sprechi, nonchè i fenomeni corruttivi presenti nel Servizio sanitario nazionale al fine di recuperare risorse da destinare al comparto sanitario, relazionando annualmente al Parlamento i risultati che tali misure produrranno; a tal proposito, al fine di coniugare l'efficientamento delle terapie con il governo della spesa, in una logica di progressiva responsabilizzazione di tutti gli operatori, si rende necessario definire, sentite le società scientifiche e le organizzazioni dei malati maggiormente rappresentative, apposite linee guida per la definizione di criteri standard per misurare l'efficienza delle prestazioni collegata all'efficacia e ai costi delle stesse.

3. occorre definire un programma di razionalizzazione della spesa sanitaria attraverso l'introduzione dei costi *standard* di cui all'articolo 8 della legge 5 maggio 2009, n. 42;

4. occorre specificare che come stabilito nel Patto della Salute e nell'articolo 1 comma 557 della legge n. 190 del 2014, i risparmi derivanti dai costi standard per l'esercizio delle funzioni regionali soprattutto con riferimento alla sanità devono essere mantenuti all'interno del comparto regioni per lo sviluppo degli investimenti e della competitività;

5. nell'ambito del «PIANO JUNKER» si deve verificare la possibilità di finanziare un Piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, da predisporre in modo da ammodernare il sistema adeguandone i requisiti tecnico-strutturali e organizzativi secondo le mutate esigenze, tenendo conto anche della necessità di incrementare il numero dei posti letto destinati alla lungodegenza;

6. per ciò che concerne le risorse umane è necessario lo sblocco del *turn over*, in particolare nelle Regioni con piano di rientro, anche in risposta ai fabbisogni sanitari, in particolare per alcune specialità e in quelle dove non vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza come più volte ribadito dai rappresentanti delle amministrazioni regionali e delle aziende sanitarie, dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali e dagli organi di autogoverno delle varie categorie di operatori sanitari; occorre altresì prevedere un apposito fondo per riconoscere i danni subiti dai me-

dici per effetto della mancata attuazione della direttiva 2003/88/CE ovvero per il mancato rispetto dell'orario massimo di lavoro e delle ore di riposo giornaliero, così come disposte dal decreto legislativo n. 66 del 2003 per il personale della dirigenza medica; vanno inoltre potenziate le attenzioni sulla programmazione pluriennale e le risorse economiche a sostegno dei percorsi formativi dei medici di medicina generale e dell'incremento dei contratti della formazione specialistica;

7. è necessario che il Governo riservi maggiore attenzione alla spesa per le varie forme di protezione integrativa, analizzandone i costi e i benefici per il singolo cittadino, per la collettività e per le finanze pubbliche, il ruolo nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della relativa disciplina a tutela del consumatore di prestazioni sanitarie;

8. occorre incentivare lo sviluppo di sistemi mutualistici di copertura sanitaria integrativa, sia in ambito collettivo sia per le singole famiglie attraverso la definizione di un quadro di regole chiaro e uniforme, con un Testo Unico delle forme sanitarie integrative.

9. è necessario specificare che il fondo di cui all'articolo 25 comma 1 sia destinato anche a iniziative di prevenzione e cura delle malattie croniche da definire con cadenza triennale con decreto del Ministro della Salute, previa consultazione dell'Istituto Superiore di Sanità, delle organizzazioni dei pazienti più rappresentative e delle società scientifiche;

10. è necessario incrementare il Fondo per le non autosufficienze prevedendo altresì un ulteriore finanziamento ai sensi della legge n. 210 del 1992 (emotrasfusi);

11. è necessario prevedere un sostanziale incremento delle risorse economiche vincolate, destinate a consentire un accesso alle cure con farmaci innovativi tempestivo e omogeneo sull'intero territorio nazionale e a sostenere una efficace politica vaccinale;

12. con riferimento a comma 11 dell'articolo 30 è necessario precisare e chiarire se l'obbligo riguardi anche i casi in cui gli enti individuati ricadano esclusivamente nella fattispecie di mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure in quanto in tale fattispecie, potrebbero sussistere scostamenti negativi, sia pure di importo inferiore ai parametri suddetti del 10 per cento e dei 10 milioni di euro.

13. con riferimento al comma 5 dell'articolo 17 occorre promuovere l'effettivo riconoscimento ai laureati inclusi nel decreto del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca di concerto con il Ministro della Salute del 4 febbraio 2015 prot. n. 68 applicando il trattamento contrattuale di formazione specialistica di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni.

14. con riferimento al comma 4 dell'articolo 31 occorre definire un Programma Nazionale di HTA coordinato e integrato che tenga conto dei diversi livelli decisionali (nazionale, regionale, locale aziendale) nella valutazione e implementazione delle decisioni di adozione e dismissione delle tecnologie sanitarie; occorre altresì definire l'esigenza di una funzione di valutazione delle tecnologie a livello locale aziendale; è necessario infine, istituzionalizzare una struttura di valutazione delle tecnologie

laddove vi siano particolari esigenze (policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, aziende ospedaliere a particolare complessità) e siano presenti le competenze necessarie per realizzare una attività di valutazione in linea con gli standard internazionali;

15. con riferimento all'ultimo periodo del comma 2 dell'articolo 32 occorre verificare concretamente quali saranno gli effetti dei nuovi elenchi del decreto ministeriale per l'assistenza protesica sulle prestazioni ai cittadini utenti al fine di evitare che gli acquisti a gara producano l'effetto di impedire la scelta del dispositivo tecnologicamente più evoluto e appropriato per le effettive esigenze dei pazienti;

16. è indispensabile rivedere la regolamentazione della responsabilità sanitaria, per tutelare da un lato il medico nella realizzazione dell'atto clinico (di per sé rischioso) e dall'altro il paziente nel diritto ad una informazione completa e chiara;

17. occorre adottare ogni provvedimento atto a ridurre l'ambito delle apparecchiature a risonanza magnetica soggette all'autorizzazione all'installazione dal parte del Ministero della Salute e ad ampliare, in modo corrispondente, l'ambito dell'omologa autorizzazione da parte delle regioni e delle province autonome, modificando i valori dei campi statici di induzione magnetica attualmente previsti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 542 del 1994 e assicurando, altresì, che la collocazione di apparecchiature a RM con valore di campo statico di induzione magnetica superiore a 4 tesla sia consentita presso grandi complessi di ricerca e studio ad alto livello scientifico (università ed enti di ricerca, policlinici, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), ai fini della validazione clinica di metodologie di RM innovative;

18. occorre aggiornare la disciplina delle modalità per l'installazione, l'impiego e la gestione delle apparecchiature a RM da parte delle strutture sanitarie assicurando l'adeguamento allo sviluppo tecnologico e all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, con particolare riferimento alla sicurezza d'uso e alle indicazioni cliniche dei dispositivi medici in relazione all'intensità del campo magnetico espresso in tesla.

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE N. 2111

G/2111/1/12 (testo 2)

MATURANI, DE BIASI, DIRINDIN, BIANCO, DALLA ZUANNA, GRANAIOLA, MATTESINI, PADUA, SILVESTRO

La 12^a Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016),

premesso che:

negli ultimi decenni i mutamenti sociali e culturali hanno moltiplicato l'eterogeneità delle composizioni familiari. Con l'affermazione della famiglia mononucleare, o addirittura monogenitoriale, sono aumentate le incertezze, le ansie, i sentimenti depressivi seguenti al parto. La coppia genitoriale si trova in condizioni di maggiore solitudine, a questo si aggiunge il numero sempre più elevato di coppie miste e/o immigrate non ancora ben integrate e radicate nel tessuto sociale e che spesso ignorano l'esistenza di una rete di aiuto;

le ricerche sulla maternità in campo psicologico e sociale, hanno da tempo evidenziato la necessità di dare aiuto alle donne, le cui trasformazioni psico-fisiologiche nella gravidanza e nel puerperio provocano in alcune di loro un'elevata vulnerabilità sufficiente a provocare stati di profondo disagio psicologico, disturbi dell'umore o dell'adattamento al ruolo materno di tipo più o meno grave;

a fronte della suddette criticità appare necessario attivare risorse personali e sociali, organizzare servizi e strutture idonee a creare una rete di supporto che possa avvalersi delle sinergie tra privato sociale e pubblico. Per l'attuazione di interventi di prevenzione e di promozione alla genitorialità, sono necessari operatori che affianchino la famiglia nelle situazioni a rischio sempre più diffuse durante la gravidanza, durante il puerperio e nei primi tempi di vita del bambino, offrendo un supporto ambientale di sostegno e di recupero delle competenze familiari, così come anche l'OMS raccomanda in un documento del 1985;

considerato che:

a fronte di un disagio sempre più diffuso e con esiti, come riportati dalle cronache, spesso drammatici, spetta al legislatore saper cogliere e in-

interpretare i fenomeni collettivi, per poter poi intervenire con politiche in linea con i cambiamenti familiari e sociali degli ultimi anni;

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014), (A.S. 1120), è stato accolto l'Ordine del Giorno G/1120/3/12 (testo 2) di contenuto identico al presente. Altrettanto dicasi per l'Ordine del Giorno G/1698/4/12 accolto in sede di esame della legge di stabilità 2015 (A.S. 1698);

tuttavia ad oggi non risultano adottati atti conseguenti all'approvazione dei predetti Ordini del Giorno,

impegna il Governo:

ad adoperarsi in maniera sollecita al fine di attivare un tavolo tecnico presso il Ministero della salute per definire linee guida sul percorso salute *pre-post partum* sia della donna che del nascituro;

ad intraprendere le opportune iniziative al fine di istituire un servizio idoneo a partire dall'organizzazione dei consultori e a integrare le diverse figure professionali (psicologi, psichiatri, ginecologi, ostetriche) necessarie per la presa in carico globale della paziente, in un'ottica di *screening* e di prevenzione e tutela della salute delle madri e dei bambini nel *post partum*, anche valutando l'opportunità di forme di concertazione interistituzionale.

G/2111/12/12 (testo 2)

TAVERNA, FUCSIA, GRANAIOLA

La 12^a Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016);

premesso che:

il comma 1 dell'articolo 25, istituisce un Fondo presso il Ministero dell'economia e delle finanze, con una dotazione di 90 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016, destinato al finanziamento delle persone con disabilità grave, in particolare stato di indigenza e prive di legami familiari di primo grado;

considerato che:

secondo i dati Istat «Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali invalidità o cronicità gravi (2015) – dati 2013» nel 2013, le persone con limitazioni funzionali gravi sono circa 3,1 milioni. La percentuale di persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi che hanno restrizioni nella mobilità a causa di problemi di salute: il 27,2% ha difficoltà a uscire di casa, il 22,3% ad accedere agli edifici e il

19,7% a utilizzare i trasporti pubblici. Tra le persone con limitazioni funzionali gravi le quote raggiungono rispettivamente il 76,2, il 70,5 e il 59,6%. Il 13,0% delle persone con limitazioni, invalidità o cronicità gravi ha difficoltà a usare i mezzi pubblici a causa di barriere ambientali. La quota raggiunge il 29,6% tra chi ha limitazioni funzionali gravi. Il 17,0% delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi dichiara di avere difficoltà per motivi di salute a incontrare amici o parenti e il 22,1% a svolgere attività nel tempo libero;

con il termine «dopo di noi» si intende il momento nel quale la rete familiare di supporto e assistenza non sarà più in grado di prendersi cura della persona disabile. Un momento drammatico, in quanto viene meno uno dei cardini del sistema socio-assistenziale, la famiglia, e di conseguenza di tutto il lavoro di cura e di assistenza che essa garantisce;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di destinare maggiori risorse al Fondo per le persone con disabilità grave al fine di garantire un futuro dopo la perdita dei familiari e di favorirne il benessere, l'inclusione e l'autonomia sociale.

G/2111/15/12 (testo 2)

D'AMBROSIO LETTIERI, FUCSIA

La 12^a Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)

premessi che:

il comma 4 dell'articolo 31 specifica che entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome devono adottare provvedimenti intesi a garantire che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;

il comma in questione lascia una serie di perplessità anche se sembra contenere un principio corretto, quello di evitare la proliferazione e la duplicazione di strutture di valutazione a livello delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale che rischiano di creare una frammentazione nel sistema di HTA in costruzione nel nostro Paese. Un principio che se però applicato così come esplicitato, porrebbe l'Italia al di fuori di quegli stessi schemi di implementazione metodo logici internazionali richiamati dalla stessa legge rischiando di vanificare in tutto, o in parte, i benefici attesi da un sistema di HTA istituzionalizzato a livello centrale;

impegna il Governo a valutare l'opportunità di:

definire un Programma Nazionale di HTA coordinato e integrato che tenga conto dei diversi livelli decisionali (nazionale, regionale, locale aziendale) nella valutazione e implementazione delle decisioni di adozione e dismissione delle tecnologie sanitarie;

definire l'esigenza di una funzione di valutazione delle tecnologie a livello locale aziendale;

istituzionalizzare una struttura di valutazione delle tecnologie laddove vi siano particolari esigenze (policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, aziende ospedaliere a particolare complessità) e siano presenti le competenze necessarie per realizzare una attività di valutazione in linea con gli *standard* internazionali.

G/2111/18/12 (testo 2)

TAVERNA, FUCKSIA, GRANAIOLA

La 12^a Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)»;

premessi che:

il comma 14 dell'articolo 32, stabilisce che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è rideterminato, per l'anno 2016, in 111.000 milioni di euro;

considerato che:

la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità per il 2015) ha stabilito all'articolo 1, comma 556, che il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è di 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016 in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, del Patto per la salute 2014-2016;

con il decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, vi è stata la rideterminazione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per cui il Fondo sanitario nazionale è passato da 112.062 a 109.71 milioni di euro per il 2015 e a 113.097 milioni di euro per il 2016;

nella Nota di aggiornamento del DEF presentata dal Governo nel mese di settembre 2015, la spesa sanitaria stimata per l'anno 2015 è di 111.289 milioni di euro e per il 2016 è di 113,372 milioni di euro;

il comma 14 dell'articolo 32, prevede uno stanziamento più basso rispetto a quanto previsto dal decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, in quanto riduce drasticamente per il 2016 di 2.097 milioni di euro il Fondo sanitario nazionale;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di stanziare maggiori risorse per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale al fine di garantire la sostenibilità del SSN e l'effettiva omogeneità territoriale nell'erogazione dei servizi socio-sanitari.

G/2111/19/12 (testo 2)

Maurizio ROMANI, BENCINI, GRANAIOLA

La 12^a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge 2111 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)»,

premesso che:

l'articolo 32 prevede che, in attuazione dell'articolo 1, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016, si provveda all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» in misura non superiore a 800 milioni di euro;

al comma 4 dello stesso articolo 32 è istituita, presso il Ministero della salute, la «Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del Servizio sanitario nazionale». Tra le attività della Commissione rientra quella di valutare le proposte di inserimento nei Lea di nuovi servizi, attività e prestazioni e che, a tal fine, la Commissione formuli annualmente una proposta di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

considerato che:

la sindrome fibromialgica è una sindrome caratterizzata da dolore muscoloscheletrico diffuso e da affaticamento e colpisce approssimativamente due milioni di italiani. Costituisce una sindrome di interesse multidisciplinare che coinvolge varie discipline specialistiche anche se spesso questi pazienti non vengono considerati nel loro insieme ma nel dettaglio del singolo sintomo;

sebbene l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) abbia riconosciuto già dal 1992 l'esistenza di questa sindrome solo parte dei Paesi europei ha aderito;

il riconoscimento della fibromialgia risulta particolarmente disomogeneo anche sul territorio nazionale. Le province autonome di Trento e Bolzano hanno già riconosciuto la sindrome permettendo ai malati di godere di una relativa esenzione dalle spese sanitarie e di avere maggior riconoscimento in sede di determinazione di invalidità civile. La Regione Veneto ha riconosciuto questa patologia nel nuovo Piano socio-sanitario

regionale come malattia ad elevato impatto sociale e sanitario mentre la regione Toscana ha approvato la costituzione di un tavolo tecnico di confronto. Anche la Regione Friuli-Venezia Giulia sembra si stia avviando verso il riconoscimento della patologia;

impegna il Governo:

a valutare la possibilità di riconoscere la sindrome fibromialgica quale malattia cronica invalidante garantendo, attraverso l'inserimento della patologia nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), un accesso omogeneo su tutto il territorio nazionale ai servizi ed alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale (SSN).

G/2111/20/12 (testo 2)

D'AMBROSIO LETTIERI, MANDELLI, FUCSIA, GRANAIOLA

La 12^a Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016),

premesso che:

l'articolo 32 riguarda la revisione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria in attuazione del Patto della salute 2014-2016. Con riferimento all'ultimo periodo del comma 2 dell'articolo predetto il Servizio studi del Senato segnala che attraverso l'abrogazione dell'articolo 5 della legge 8 novembre 2012, n. 189, verrebbe soppressa anche la norma concernente l'aggiornamento del nomenclatore tariffario per le prestazioni di assistenza protesica;

l'attuale nomenclatore tariffario è quello di cui al decreto ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe). Tale regolamento individua i soggetti aventi diritto alle suddette prestazione e indica, negli annessi elenchi 1, 2 e 3 le tipologie di dispositivi erogate a carico del SSN;

dal 1999 ad oggi non si è mai provveduto ad aggiornare il nomenclatore, nonostante l'articolo 11 del predetto decreto ministeriale preveda che: «il nomenclatore è aggiornato periodicamente, con riferimento al periodo di validità del Piano sanitario nazionale e, comunque, con cadenza massima triennale, con la contestuale revisione della nomenclatura dei dispositivi erogabili» e l'articolo 5, comma 2-*bis* del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, abbia poi fissato al 31 maggio 2013 l'aggiornamento dello stesso;

il mancato aggiornamento del nomenclatore preclude di fatto, l'accesso, da parte dei soggetti che ne hanno bisogno, a nuovi strumenti tec-

nologicamente più avanzati e, proprio perché tali, potenzialmente idonei a migliorare la qualità della loro vita;

secondo quanto riportato dalla bozza del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri Lea 2015, per l'assistenza protesica si prevede l'introduzione di nuove protesi e ausili anche di elevata tecnologia (piedi a restituzione di energia, componentistica in materiali innovativi, sollevatori mobili e fissi, protesi acustiche digitali, comunicatori a sintesi vocale o a *display*, sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale, domotica, stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto, eccetera); l'ampliamento dei beneficiari (malati rari, assistiti in ADI); la semplificazione delle procedure (collaudo degli ausili); specifiche indicazioni per l'appropriatezza prescrittiva e l'albo dei prescrittori; l'estensione delle gare per l'acquisto dei dispositivi *standard* con la personalizzazione dei dispositivi acquistati;

impegna il Governo:

a monitorare concretamente con riferimento all'ultimo periodo del comma 2 dell'articolo 32 quali saranno gli effetti dei nuovi elenchi previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sopra citato per l'assistenza protesica sulle prestazioni ai cittadini utenti al fine di evitare che gli acquisti a gara producano l'effetto di impedire la scelta del dispositivo più adatto alla singola persona.

G/2111/22/12 (testo 2)

TAVERNA, FUCSIA, GRANAIOLA

La 12^a Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016);

premesso che:

nella tabella C del disegno di legge in esame si prevede rispettivamente per l'anno 2016 e 2017 uno stanziamento per gli interventi in materia di animali di affezione e per la prevenzione del randagismo di 310.000 euro;

considerato che:

il nostro Paese ha ratificato, con la legge 4 novembre 2010, n. 201, la Convenzione di Strasburgo per la protezione degli animali da compagnia del 13 novembre 1987;

la legge 14 agosto 1991, n. 281, recante «Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo» ha introdotto nel nostro ordinamento i principi generali in materia di tutela degli animali di affezione e di prevenzione del randagismo;

lo spirito della legge quadro è ancora oggi disatteso in numerose Regioni; carente è la costruzione di canili sanitari da parte delle amministrazioni locali e la detenzione dei randagi è diventato un vero e proprio *business*;

a distanza di molti anni dall'entrata in vigore della legge i principi ispiratori non hanno trovato sufficiente attuazione; negli ultimi anni, il randagismo fuori controllo è in aumento esponenziale, con aggravamento dei costi per i contribuenti, a causa delle mancate sterilizzazioni degli animali vaganti;

la legge di stabilità per il 2015 ha previsto 309.000 euro per il 2015 e 310.000 euro per il 2016;

la legge di stabilità per il 2016 assegna 310.000 euro per ciascuno degli anni 2016 e 2017 e non prevede alcun incremento dello stanziamento per gli interventi in materia di animali di affezione e per la prevenzione del randagismo rispetto alla precedente legge di stabilità;

le risorse stanziati non sono sufficienti per garantire tutte le misure previste dalla legge 14 agosto 1991, n. 281, come ad esempio l'attuazione da parte dei comuni di piani di controllo delle nascite attraverso la sterilizzazione dei randagi;

impegna il Governo:

a valutare l'adozione di una reale politica di contrasto per garantire la corretta gestione del randagismo.
