

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

DL 95/2012 Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini C. 5389 Governo, approvato dal Senato (Parere alla V Commissione). (Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni)	380
ALLEGATO (Parere approvato dalla Commissione)	396
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	395
AVVERTENZA	395

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 1° agosto 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO, indi del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il Ministro della salute, Renato Balduzzi.

La seduta comincia alle 12.55.

DL 95/2012: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.

C. 5389 Governo, approvato dal Senato.
(Parere alla V Commissione).

(Esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che la Commissione dovrà esprimere il prescritto parere sul provvedimento in oggetto entro le ore 15 di oggi, avendo l'ufficio di presidenza della V Commissione stabilito di concluderne l'esame in

sede referente nella giornata odierna. Avverte inoltre che il Ministro della salute ha preannunciato la sua partecipazione ai lavori della Commissione a partire dalle ore 14.30.

Anna Margherita MIOTTO (PD), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata a esprimere alla V Commissione il prescritto parere sulle parti di competenza del disegno di legge n. 5389, di conversione in legge del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.

Per quanto concerne le competenze della XII Commissione, segnala in primo luogo l'articolo 15 del decreto-legge in esame, recante disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica.

In particolare, il comma 1 enuncia le finalità dell'articolo, rinvenibili nel conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica, nell'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il comma 2, modificato nel corso dell'esame al Senato, incrementa, a decorrere dall'entrata in vigore del decreto in esame, da 1,82 a 2,25 punti percentuali (in luogo del 3,65 per cento previsto nel testo originario), l'ulteriore titolo di sconto che il SSN trattiene sulla quota di spettanza delle farmacie. Lo sconto è commisurato sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci al netto dell'IVA, lasciando peraltro inalterati gli sconti già previsti a normativa vigente. Tale quota rideterminata al 2,25 per cento non si applica alle farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo in regime di SSN, al netto dell'IVA, non superiore a euro 387.324,67 e alle altre farmacie con fatturato annuo in regime di SSN, al netto dell'IVA, non superiore a euro 258.228,45.

Contestualmente, viene incrementata da 1,83 a 4,1 punti (in luogo del 6,5 del testo originario) la misura percentuale delle somme che le aziende farmaceutiche, sulla base di tabelle approvate dall'AIFA e definite per regione e per singola azienda, devono corrispondere, con il meccanismo del *pay-back*, alle regioni medesime, in rapporto al prezzo di vendita al pubblico (al netto dell'IVA) dei medicinali erogati in regime di SSN. L'incremento è limitato al periodo compreso tra l'entrata in vigore del decreto in commento ed il 31 dicembre 2012.

Con ulteriore modifica, introdotta nel corso dell'esame al Senato, a decorrere dal 1° gennaio 2013, l'attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco è sostituito da un nuovo metodo, definito con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e l'AIFA per gli aspetti di competenza della medesima Agenzia. Il decreto deve essere emanato entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 90 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione, si provvede con decreto del Ministro

della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, sentite le Commissioni parlamentari competenti. Solo con l'entrata in vigore del nuovo metodo di remunerazione, perdono di efficacia le disposizioni che prevedono l'imposizione di sconti e trattenute su quanto dovuto alle farmacie per le erogazioni in regime di SSN. La base di calcolo per definire il nuovo metodo di remunerazione è riferita ai margini vigenti al 30 giugno 2012. In ogni caso deve essere garantita l'invarianza dei saldi di finanza pubblica.

Il successivo comma 3, modificato nel corso dell'esame al Senato, riduce, dal 2013, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale all'11,35 per cento (11,5 nel testo originario). Tale valore (a differenza di quanto previsto dalla normativa vigente) si calcola al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci equivalenti ad un prezzo superiore rispetto a quello massimo di rimborso stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

A decorrere dal 2013, in caso di sfioramento del tetto, restano fermi i meccanismi correttivi vigenti con oneri a carico di aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, ma, innovando rispetto alla normativa vigente, il comma 3 prevede che il *pay-back* sia erogato per il 25 per cento alle sole regioni che hanno superato il tetto e per il restante 75 per cento a tutte le regioni secondo la rispettiva quota di accesso al riparto del fabbisogno indistinto del SSN.

I commi da 4 a 11 rimodulano la spesa farmaceutica ospedaliera.

In particolare, i commi 5 e 6 recano la nozione di spesa farmaceutica ospedaliera, mentre il comma 4 incrementa dal 2013 il tetto (a livello nazionale ed in ogni regione) della spesa farmaceutica ospedaliera a 3,5 punti percentuali (3,2 nel testo originario). In caso di sfioramento del tetto, a decorrere dal 2013, il ripiano è a carico delle aziende farmaceutiche per una quota pari al 50 per cento del valore eccedente a livello nazionale. Il ripiano è effettuato dalle aziende farmaceutiche tramite ver-

samenti (*pay-back*) a favore delle regioni e delle province autonome effettuati in proporzione alla quota d'accesso al fabbisogno sanitario delle stesse regioni/province, al netto delle quote relative alla mobilità interregionale. Il restante 50 per cento dello sfioramento rimane a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti. Resta fermo che non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Le disposizioni in esame sostituiscono integralmente le previsioni recentemente fissate dall'articolo 17, comma 1, lettera *b*) del decreto-legge n. 98 del 2011 incrementando in particolare la quota percentuale a carico delle aziende farmaceutiche per il ripiano dello sfioramento del tetto (*pay-back*) dal 35 al 50 per cento.

La spesa farmaceutica ospedaliera, come confermato dal comma 5, indica la spesa farmaceutica ospedaliera rilevata dai modelli CE riferibile ai medicinali di fascia H acquistati, o resi disponibili all'impiego, da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta e per conto, nonché, innovando, al netto delle spese per i vaccini e per i farmaci di fascia C, e al netto delle preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, dei medicinali esteri e dei plasma derivati di produzione regionale.

Ai sensi del comma 6 la spesa farmaceutica ospedaliera è calcolata al netto delle somme corrispondenti a: *a*) somme versate con il meccanismo del *pay-back* dalle aziende farmaceutiche a fronte della sospensione della riduzione del 5 per cento del prezzo dei farmaci; *b*) somme restituite alle regioni e alle province autonome dalle aziende farmaceutiche a seguito del superamento del limite massimo di spesa fissato per il medicinale in sede di contrattazione; *c*) somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra sconti, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata per farmaci innovativi.

Il comma 4 incrementa dal 2013 il tetto (a livello nazionale ed in ogni regione) della spesa farmaceutica ospedaliera da 2,4 a 3,5 punti percentuali (3,2 nel testo originario) del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il SSN.

I commi 7 e 8 riguardano i casi di superamento del nuovo limite percentuale del 3,5 per cento.

In particolare, il comma 7 prevede che, a decorrere dal 2013, è a carico delle aziende farmaceutiche (secondo i criteri e le modalità di cui al comma 8) una quota pari al 50 per cento del valore eccedente a livello nazionale e che il restante 50 per cento è a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti. Resta fermo che, come detto, non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Lo scostamento del tetto della spesa farmaceutica finora è stato coperto dalla singola Regione interessata allo sfioramento, attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica, di altre voci del bilancio sanitario, oppure a valere su altri capitoli del bilancio regionale (extra sanitario). L'imputazione di una quota a carico delle aziende farmaceutiche pari al 50 per cento ha pertanto comportato la determinazione di una procedura per la ripartizione fra le aziende farmaceutiche del *pay-back*. Tale procedura è stata fissata sulla base delle procedure utilizzate per il ripiano della spesa farmaceutica territoriale come stabilite dall'articolo 5 del decreto-legge n. 159 del 2007.

Il comma 8 definisce l'attribuzione a ciascuna azienda farmaceutica titolare di AIC di un *budget* annuale (attribuito dall'AIFA in via provvisoria il 31 marzo e in via definitiva il 30 settembre) calcolato sull'acquisto dei medicinali da parte delle strutture pubbliche, distintamente per i farmaci equivalenti e per i farmaci ancora coperti da brevetto. Vengono inoltre definite le modalità di riparto fra le aziende farmaceutiche della quota necessaria per il

ripiano e i provvedimenti da adottare in caso di mancata corresponsione di tale quota.

Si prevede, in particolare, che l'AIFA predisponga le procedure di recupero della quota di disavanzo a carico delle singole aziende farmaceutiche titolari di AIC in proporzione al superamento del *budget* aziendale definitivo tenendo conto di quanto disposto per i medicinali innovativi ed i medicinali orfani. In particolare: per quanto riguarda i farmaci innovativi, la quota del superamento del tetto imputabile allo sfioramento da parte dei farmaci innovativi del fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi viene ripartita ai fini del ripiano, al lordo IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione ai rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto; per quanto riguarda i medicinali orfani, la norma in commento modificata nel corso dell'esame al Senato, prevede che, in caso di superamento del *budget* attribuito all'azienda titolare di farmaci in possesso della qualifica di medicinali orfani non innovativi, la quota del superamento del *budget* riferibile a tali farmaci (in luogo del solo 50 per cento previsto dalla norma nella sua versione originaria) deve essere ripartita, ai fini del ripiano, al lordo di IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto.

Ai sensi del comma 9, l'AIFA segnala al Ministro della salute l'imminente ingresso sul mercato di medicinali innovativi ad alto costo che, tenuto conto della rilevanza delle patologie in cui sono impiegati e dell'entità numerica dei pazienti trattabili, potrebbero determinare forti squilibri di bilancio per il Servizio sanitario nazionale.

Il comma 10 prevede che il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA ed il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti controllino annualmente che le regioni abbiano provveduto a garantire l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro (sottoposti a monitoraggio da parte dell'AIFA) e l'attivazione

delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso (a carico delle aziende farmaceutiche interessate ed in favore del paziente). Nel corso dell'esame al Senato è stato inoltre previsto che i registri dei farmaci sono parte integrante del sistema informativo del SSN.

Il comma 11 reca una norma di coordinamento.

Il comma 11-*bis*, inserito nel corso dell'esame al Senato, incide sulle modalità prescrittive dei farmaci generici, incrementandone l'utilizzo. Il medico di medicina generale, in caso di prima diagnosi di una patologia cronica o in presenza di un primo episodio di patologia non cronica e a fronte del possibile utilizzo di più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare sulla ricetta del SSN la denominazione del principio attivo utilizzabile, senza indicare alcun farmaco specifico. Il medico ha comunque la facoltà di indicare un medicinale specifico a base dello stesso principio attivo; affinché tale indicazione sia vincolante per il farmacista, l'indicazione del medico della non sostituibilità del farmaco prescritto deve essere obbligatoriamente corredata da una sintetica motivazione. Il farmacista è sempre tenuto a sostituire il medicinale prescritto con medicinale corrispondente di prezzo inferiore tranne quando: *a*) il medico dichiara in prescrizione la non sostituibilità del farmaco; *b*) c'è una diversa richiesta del paziente; *c*) non esistono in commercio medicinali a prezzo più basso.

Il comma 12, modificato nel corso dell'esame al Senato, specifica che le misure di razionalizzazione della spesa sanitaria di cui ai successivi commi 13 e 14 si applicano in via immediata per il 2012 e continuano ad applicarsi per gli anni successivi, fatte salve, per questi ultimi, rimodulazioni contemplate all'interno di una eventuale Intesa per il Patto della salute 2013-2015 da stipularsi tra il Governo, le regioni e le PA, entro il 15 novembre 2012 (entro il 31 luglio 2012 nel testo originario).

Il comma 13 prevede misure concernenti i contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e di servizi.

In particolare: dispone la riduzione del 5 per cento degli importi e delle connesse prestazioni relativi ai predetti contratti – con esclusione degli acquisti dei farmaci – stipulati da aziende ed enti del SSN (lettera *a*)); disciplina il processo di standardizzazione dei prezzi di riferimento dei beni e servizi (lettera *b*)); riduce lo standard di posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del servizio sanitario regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti (attualmente il livello è pari a 4 posti letto per mille abitanti), comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (lettera *c*)); stabilisce l'obbligo per gli enti del SSN – ovvero per le regioni e le province autonome – di avvalersi, relativamente alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP o, eventualmente, dalle centrali di committenza regionali di riferimento (lettera *d*)); prevede l'obbligo di verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di *global service* e *facility management* (lettera *e*)); ridetermina il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, prevedendo una riduzione degli importi (lettera *f*)); disciplina in materia di funzioni e i compiti del direttore sanitario e del dirigente medico responsabile delle funzioni igienico-organizzative (lettera *f-bis*)); prevede che nell'ambito del rapporto tra enti del SSN ed erogatori privati accreditati, non possa essere previsto un corrispettivo per la remunerazione delle funzioni (pronto soccorso, programmi di prevenzione, sperimentazione eccetera) superiore al 30 per cento della remunerazione complessivamente assegnata (lettera *g*)).

Il comma 14 stabilisce una riduzione della spesa complessiva annua dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento dal 2014, rispetto al valore di spesa consuntivato nel 2011, per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, fornite da privati accreditati.

I commi da 15 a 19 prevedono nuove tariffe massime per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali delle strutture sanitarie accreditate.

Le nuove tariffe massime sono tassative per le regioni in piano di rientro, mentre le regioni in equilibrio economico hanno facoltà di fissare tariffe massime superiori, la cui differenza rimane carico dei propri bilanci.

Per un ulteriore triennio, dal 2013 al 2016, le regioni in piano di rientro e non commissariate proseguono i programmi previsti nel piano di rientro, a condizione che abbiano garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario, ma non abbiano raggiunto gli obiettivi strutturali previsti. La prosecuzione ed il completamento del piano di rientro sono le condizioni per l'attribuzione di risorse aggiuntive e della quota premiale del finanziamento del SSN (comma 20).

Le misure di contenimento della spesa del personale della pubblica amministrazione si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) (comma 25).

Per effetto delle disposizioni presenti nell'articolo in esame, il finanziamento vigente del SSN è ridotto di 900 milioni per il 2012, di 1.800 milioni per il 2013, di 2.000 milioni per il 2014 e, come modificato al Senato, di 2.100 milioni a decorrere dal 2015 (comma 22).

La modalità di ripartizione delle predette riduzioni è stabilita con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, nell'ambito della ripartizione delle risorse per il finanziamento del SSN, entro il 30 settembre 2012, per l'anno 2012, ed entro il 30 novembre 2012, con riferimento agli anni 2013 e seguenti. In mancanza della proposta sulle riduzioni e sulla ripartizione annuale delle risorse del SSN, si provvede applicando le misure previste dal presente articolo e dalla normativa vigente.

Dal 2013, una quota premiale annua, pari allo 0,25 per cento delle risorse ordinarie previste per il finanziamento del SSN, è assegnata alle Regioni che hanno

adottato misure idonee per una corretta gestione dei bilanci sanitari (comma 23).

Riguardo agli altri articoli del decreto-legge, si segnalano:

il comma 3 dell'articolo 1 del disegno di legge di conversione, introdotto nel corso dell'esame al Senato: chiarisce che le modifiche in materia di sconti a carico dei farmacisti e delle aziende farmaceutiche, apportate in sede referente, producono effetti solo dal momento dell'entrata in vigore della legge di conversione, restando valida, nel periodo di pendenza del decreto-legge, la norma originaria. Si rileva che per maggiore chiarezza sarebbe stato opportuno specificare, all'articolo 15, comma 2, del decreto in esame che, il valore degli sconti versati al SSN dai farmacisti e dalle aziende farmaceutiche è rideterminato dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto;

i commi 21 e 22: prevedono la riduzione delle spese di acquisto di beni e servizi da parte dei Ministeri;

i commi da 6 a 8 dell'articolo 4: si prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2013, le pubbliche amministrazioni possono acquisire a titolo oneroso da enti di diritto privato servizi di qualsiasi tipo, anche mediante la stipula di convenzioni, soltanto in base a procedure previste dalla normativa nazionale e comunitaria. Sono previste talune esclusioni relativamente all'applicazione di tale norma;

i commi da 12 a 15 dell'articolo 7: recano disposizioni finalizzate alla riduzione delle spese delle amministrazioni centrali dello Stato a decorrere dal 2013, ai fini del concorso al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, nella misura di circa 1,8 miliardi di euro nel 2013, di circa 1,6 miliardi nel 2014 e di circa 1,7 miliardi a decorrere dal 2014. Spetta ai singoli Ministri competenti proporre gli interventi correttivi necessari per la realizzazione degli obiettivi di riduzione di spesa indicati nell'allegato 2, in sede di predisposizione del disegno di legge di stabilità per il triennio 2013-2015;

il comma 4 dell'articolo 8: dispone le riduzioni dei trasferimenti statali agli enti di ricerca facenti capo a vari Ministeri, a decorrere dal 2012, nella misura per ciascuno indicata nell'allegato 3. Per quanto concerne gli enti di ricerca vigilati dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali l'allegato 3 fa riferimento all'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (ISFOL) e all'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro (ISPESL), Istituto soppresso ai sensi dell'articolo 7, comma 1, del decreto-legge n. 78 del 2010, le cui funzioni sono state trasferite all'INAIL;

il comma 27 dell'articolo 14: inserendo il comma 5-bis nell'articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 2011 (Legge n. 111 del 2011), prevede che, a partire dal 2012, nell'ambito dello stanziamento di 70 milioni di euro previsto dal comma 5 dello stesso decreto-legge n. 98 del 2011, la quota di pertinenza del MIUR è destinata al rimborso forfettario alle regioni delle spese sostenute per gli accertamenti medico-legali effettuati dalle aziende sanitarie locali sul personale scolastico ed educativo assente dal servizio per malattia;

il comma 20 dell'articolo 12: dispone il definitivo trasferimento alle amministrazioni competenti delle attività svolte da organismi collegiali operanti presso la pubblica amministrazione per i quali, con l'articolo 29 del decreto-legge n. 223 del 2006, era stato avviato un procedimento di riordino, in parte non concluso per effetto di disposizioni successivamente emanate. La disposizione riguarda, infatti, organismi in regime di proroga *ex* articolo 68, comma 2 del decreto-legge n. 112 del 2008, precludendone l'ulteriore prorogabilità. Si segnala che il Senato, nel corso dell'esame del provvedimento, ha escluso dall'applicazione della disposizione alcuni organi collegiali, prevedendo che ai loro componenti non spetti alcun emolumento o indennità a decorrere dall'entrata in vigore della legge di conversione;

il comma 8 dell'articolo 23: dispone un rifinanziamento di 658 milioni per il

2013 della dotazione del Fondo per il finanziamento di interventi urgenti e indifferibili, di cui all'articolo 7-*quinquies*, comma 1, del decreto-legge n. 5 del 2009, recando altresì le modalità di riparto delle disponibilità del fondo per tale anno (vale a dire con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, tra le finalità indicate all'articolo 33, comma 1, della legge di stabilità 2012, come elencate nell'allegato 3 della medesima legge, nonché in via prevalente, per l'incremento della dotazione del Fondo per le non autosufficienze, finalizzato al finanziamento dell'assistenza domiciliare prioritariamente nei confronti delle persone gravemente non autosufficienti, inclusi i malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA);

i commi 12-*bis* e 12-*ter* dell'articolo 23: introdotti durante l'esame del provvedimento al Senato, recano disposizioni in materia di ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente);

il comma 12-*sexies* dell'articolo 23: disciplina le pendenze relative alla gestione liquidatoria dell'Azienda universitaria Policlinico Umberto I di Roma;

i commi 12-*septiesdecies* e 12-*duodevicies*: intervengono sui criteri di partecipazione al concorso straordinario per l'assegnazione di nuove farmacie. Si segnala, in particolare: la previsione di nuovi criteri per la formazione delle graduatorie; la soppressione del limite di 40 anni per partecipare al concorso straordinario per il conferimento di sedi farmaceutiche in forme associate; la decorrenza dal 1° gennaio 2015 dell'entrata in vigore della norma che obbliga i farmacisti a lasciare la direzione della farmacia privata al compimento dell'età pensionabile (oggi 65 anni) ad eccezione, però, delle farmacie rurali sussidiate.

Antonio PALAGIANO (IdV) intende innanzitutto esprimere perplessità sul titolo del decreto-legge che appare contraddittorio laddove dispone una revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, se si considera che i tagli

disposti sommati a quelli già stabiliti dal Governo precedente mettono di fatto a repentaglio la funzionalità e la tenuta del Servizio sanitario nazionale con un contestuale aumento dei costi a carico dei cittadini. Inoltre, non essendo state coinvolte le forze politiche nella fase preparatoria di un provvedimento come quello in esame più che una *spending review* quella in oggetto appare piuttosto una manovra estiva che si abbatte sulla pubblica amministrazione, sulla scuola e sulla sanità, mettendo davvero le mani nelle tasche degli italiani. Fa riferimento, ad esempio, alla disposizione di cui all'articolo 16, comma 12-*septies*, che consente alle regioni che devono rientrare dai disavanzi di anticipare al 2013 l'aumento dell'1,1 per cento dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF che il decreto legislativo n. 68 del 2011 ha fissato al 2014, nonché alle disposizioni sulla riduzione dei posti letto, in base alle quali lo *standard* di posti letto ospedalieri a carico del servizio sanitario regionale è ridotto ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, quando nella regione Campania il livello è di 3,6 posti letto per mille abitanti e in Emilia Romagna è pari a 4,6 posti letto per mille. Questo genere di tagli quindi appare chiaramente improduttivo in quanto l'aumento negli anni dei costi sanitari non dipende dal numero dei posti letto ma dall'aumento vertiginoso del personale, dovuto principalmente a motivi clientelari.

Ricorda inoltre che negli ultimi dieci anni si sono tagliati 45.000 posti letto mentre la spesa sanitaria è aumentata fino ad arrivare a 112 miliardi di euro nel 2011, cosa che dimostra come non vi sia alcuna corrispondenza tra tagli e andamento della spesa sanitaria, che non diminuisce. Per tali ragioni andrebbe invertita la manovra: prima si pensi ad incrementare la medicina territoriale e poi si disponga la riduzione dei posti letto.

Per quanto riguarda poi le norme relative alle farmacie, non v'è riscontro con il parere espresso dalla Commissione sul provvedimento « liberalizzazioni » che evidentemente il Governo non ha considerato

nella stesura del decreto-legge in esame, così come discutibili appaiono le disposizioni relative ai farmaci. In proposito ricorda che è da diversi anni che si riduce il tetto per la spesa farmaceutica territoriale che risulta ora ulteriormente decurtato ed abbassato dal 13,3 per cento all'11,35 per il 2012, mentre sui farmaci generici da un lato non comprende le reazioni scandalizzate rispetto ad una norma che vige in tutti i paesi europei, ma dall'altro tiene ad evidenziare che da questa previsione non deriveranno risparmi perché già ora il Servizio sanitario nazionale rimborsa alle farmacie solo il costo del principio attivo, essendo la differenza di prezzo a carico del cittadino. Quanto poi all'articolo 23, commi 12-*septiesdecies* e 12-*duodevicies*, recante misure in materia di procedure concorsuali per l'apertura di nuove farmacie, osserva che la previsione secondo cui si sopprime il limite dei 40 anni di età per la partecipazione al concorso in forma associata deluderà i giovani farmacisti che invece avevano espresso soddisfazione per l'articolo 11 del decreto-legge n. 1 del 2012. Così come è altrettanto perplesso sulla disposizione che differisce al 1° gennaio 2015 l'efficacia della norma che impedisce la prosecuzione della direzione di farmacia da parte del farmacista che ha raggiunto l'età pensionabile, discriminandolo così rispetto al direttore delle farmacie ospedaliere che può andare in pensione all'età di 70 anni.

Infine, ritiene che una giusta misura che avrebbe potuto evitare sprechi di farmaci generando risparmi elevati – che invece non figura nel testo – sarebbe stata quella di prevedere la possibilità per il medico di prescrivere un solo farmaco per ricetta, così come fece la regione Lazio nel 2002 e che fruttò il 39,3 per cento di risparmi.

Lucio BARANI (PdL) annunciando il voto favorevole del proprio gruppo sul provvedimento in esame, evidenzia che tale decisione è dettata da senso di responsabilità.

A tal proposito, rileva come la Camera sia costretta a ratificare, in materia di

spesa sanitaria e di spesa farmaceutica come anche nelle altre materie, decisioni che sono state assunte presso l'altro ramo del Parlamento, senza che ai deputati sia concessa la possibilità di intervenire concretamente sul merito del provvedimento. Auspica pertanto che il più volte annunciato decreto-legge in materia di sanità, che dovrebbe essere emanato entro il mese di agosto, venga presentato dal Governo alla Camera affinché i componenti della XII Commissione possano procedere ad un esame approfondito delle disposizioni che saranno previste.

Rileva inoltre come il Governo dovrebbe fare pressione presso la 12^a Commissione del Senato affinché essa concluda rapidamente l'*iter* del disegno di legge recante disposizioni in materia di sperimentazione clinica (A.S. 2935), già approvato dalla Camera e purtroppo bloccato presso l'altro ramo del Parlamento.

Carmine Santo PATARINO (FLP)TP) precisa innanzitutto che il suo intervento non è volto a dare suggerimenti al relatore ai fini della predisposizione della proposta di parere, sia per non metterla in imbarazzo, ma soprattutto perché è noto a tutti come nulla possa essere modificato e tutto sia stato già stabilito.

Si limita quindi ad una sola osservazione di merito: « revisione della spesa » non dovrebbe significare necessariamente « taglio », poiché i tagli si giustificerebbero anzi si accetterebbero se fossero preceduti da un rigoroso approfondimento – che non può certamente esaurirsi nel ristretto arco di tempo di tempo a disposizione della Commissione –, sul settore più importante anche in termini economici del Paese, ovvero il settore sanitario e sociale. I tagli indiscriminati non producono risparmi finalizzati alla promozione della crescita e dello sviluppo, come dovrebbe essere, ma piuttosto riguardando tutte le regioni nella medesima maniera avranno come conseguenza che nelle regioni più fragili e indebitate le cose andranno sempre peggio. I tagli disposti dal decreto-legge in esame riguardano anche gli enti di ricerca, e ciò vale sia per i

« carrozzoni » sia per gli enti virtuosi che fanno ricerca seriamente e con risultati importanti, cosa che provocherà danni enormi al Paese e in particolare al sistema sanitario.

Conclude, preannunciando che il suo voto sarà favorevole solo per senso di responsabilità.

Delia MURER (PD), dopo aver ringraziato l'onorevole Miotto per aver accettato il ruolo di relatore sul provvedimento in esame e gli uffici per aver messo a disposizione dei componenti della Commissione la documentazione necessaria in tempi così rapidi, stigmatizza tuttavia il fatto di costringere una ramo del Parlamento – come sta accadendo nel caso di specie – ad esaminare in poche ore soltanto disposizioni destinate ad avere un forte impatto sulla vita dei cittadini. Ritiene che questo modo di procedere sia inaccettabile e, richiamando le considerazioni critiche svolte dall'onorevole Barani a proposito del ruolo di ratifica riservato alla Camera in questa circostanza, condivide l'auspicio espresso da parte dello stesso collega in ordine al fatto che l'*iter* del prossimo provvedimento d'urgenza in materia di sanità, che dovrebbe essere emanato dal Governo nel corso del mese di agosto, cominci dalla Camera.

Ciò premesso, annuncia che voterà a favore del decreto-legge in esame per senso di responsabilità, non condividendo molte delle disposizioni in esso contenute, a partire dal de finanziamento del sistema sanitario, a fronte del quale molte regioni rischiano – come esse stesse hanno messo in luce – di non poter più garantire i servizi ai cittadini.

Entrando nel merito delle singole disposizioni, si sofferma su quella concernente il patto per la salute (articolo 15, comma 12), i cui contenuti dovrebbero essere, a suo avviso, determinati sulla base di un confronto con le regioni.

Per quanto concerne poi l'articolo 15, comma 13, lettera *a*), rileva l'opportunità di escludere dalla rinegoziazione dei contratti ivi prevista le cooperative sociali di tipo B, in considerazione del fatto che esse

svolgono importanti e delicate funzioni di inserimento lavorativo di persone svantaggiate e pertanto i costi dei servizi da esse erogati sono più elevati dei prezzi di riferimento.

Vincenzo D'ANNA (PT) esprime in primo luogo il suo disappunto per l'assenza del Ministro che, avendo preannunciato il suo arrivo per le 14,30 quando saranno esauriti gli interventi dei parlamentari, si troverà a dover replicare ad osservazioni e interrogativi che non ha ascoltato. Un fatto analogo accaduto durante il Governo Berlusconi sarebbe stato criticato ben più duramente.

Passando a formulare alcune considerazioni di merito, sottolinea come le idee sottese al provvedimento in esame rappresentino forme aberranti di statalismo che opera con tagli orizzontali senza toccare i settori dove esistono i veri sprechi, come ad esempio i tagli disposti al numero dei posti letto. Al riguardo, non si può far finta di non sapere che mentre un post letto di una struttura pubblica ha comunque un costo anche se il letto è vuoto, nelle case di cura private accreditate il post letto vuoto non ha alcun costo per il Servizio sanitario nazionale in quanto legato al DRG, mentre semmai il costo ricade sull'imprenditore. Pertanto come si giustifica che solo il 50 per cento della riduzione dei posti letto sia a carico delle strutture pubbliche, rimanendo il restante 50 per cento tutto a carico delle strutture private che operano in regime di accreditamento? In tal modo si persiste nello spostare surrettiziamente sulla sanità privata i costi delle manovre.

Nel concludere il suo intervento, chiede alla relatrice di inserire nella proposta di parere una osservazione relativa all'articolo 15, comma 15, volta a sopprimere la parola « disponibili », in quanto se il Ministro della salute deve procedere alla determinazione delle tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale che le regioni possono corrispondere alle strutture accreditate lo dovrebbe fare non

sulla base di dati già disponibili, in quanto ormai vecchi e superati, ma in base a una vera e propria rilevazione dei costi.

Infine, auspica che nel parere sia inserita anche una seconda osservazione relativa alla necessità di imporre alle farmacie ospedaliere di rendere conto della quantità di farmaci scaduti, che per la maggior parte vengono gettati via senza alcun controllo, con conseguente grosso spreco di denaro.

Paola BINETTI (UdCpTP) osserva, in generale, come molte delle disposizioni contenute nel decreto-legge in oggetto risultino migliorate a seguito delle modifiche apportate nel corso dell'esame presso il Senato.

Con riferimento, poi, all'eventuale prossimo provvedimento d'urgenza, cui hanno fatto riferimento alcuni colleghi già intervenuti nel dibattito, volto a riformare l'intero sistema sanitario, fa notare che, dal punto di vista logico, il Governo avrebbe dovuto approvare un provvedimento di questo tipo prima dell'introduzione di tagli alla spesa sanitaria e farmaceutica, previsti dal decreto-legge sulla *spending review*. Con riferimento ai contenuti di quest'ultimo, richiama in particolare la norma dell'articolo 15, comma 13, lettera c), concernente la riduzione del numero di posti letto, rilevando che il punto criticabile non è tanto l'abbassamento del livello – da 4 posti letto a 3,7 per mille abitanti – quanto invece il fatto che i 3,7 siano comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, numero che ritiene assolutamente non sufficiente.

Inoltre, fa notare che, a fronte della riduzione del numero di posti letto, si dovrebbe intervenire attraverso il potenziamento dei ricoveri diurni (*day hospital*), delle strutture intermedie e dell'assistenza sanitaria nazionale, mentre la disposizione citata è, a suo avviso, carente sotto quest'aspetto nonostante a seguito di una modifica apportata nel corso dell'esame al Senato, il testo preveda che il predetto processo di riduzione dei posti letto venga eseguito nel rispetto della riorganizzazione

dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio, adeguandoli agli *standard* europei.

Con riferimento agli strumenti di contenimento della spesa per il personale sanitario – di cui allo stesso articolo 15, commi 21 e 25 – rileva che occorre prestare attenzione in quanto si pone concretamente il rischio – già in corso – per cui il personale viene spostato da un reparto all'altro, con tutte le conseguenze immaginabili in termini di competenza.

Per quanto riguarda l'obbligo di utilizzare i contratti di *global service* e di *facility management* si augura che, attraverso l'introduzione di tali misure, sia riesca effettivamente a ridurre i costi derivanti dall'erogazione delle prestazioni concernenti lavori, servizi e forniture.

Inoltre, con riferimento al comma 11-bis dell'articolo 15, concernente il principio attivo, fa presente che tale disposizione dovrebbe essere osservata anche nelle strutture ospedaliere.

Gero GRASSI (PD), nel premettere di essere pienamente consapevole che il suo intervento non conseguirà alcun effetto, intende ugualmente svolgere alcune considerazioni principalmente per motivi di coscienza e che riguardano sostanzialmente il metodo. Fa presente infatti, senza voler di proposito entrare nel merito, come il provvedimento sia stato posto all'esame della Commissione con modi e tempi iniqui, che non consentono una seria analisi del decreto-legge che già dal titolo appare sostanzialmente una finzione: come si può conciliare la revisione della spesa pubblica con una invarianza dei servizi? Come può essere giusto un provvedimento che dispone tagli lineari per cui sono messe sullo stesso piano regioni virtuose, regioni con piani di rientro, regioni commissariate? È molto difficile che tutto ciò sia stato dettato da esigenze di miglioramento del sistema sanitario, rispondendo piuttosto a mere logiche economiche di contenimento della spesa.

Pertanto, auspica che la Commissione, nell'esprimere il parere di competenza, assuma una posizione critica netta e precisa nei confronti del decreto-legge in esame. Altrimenti si asterrà dalla votazione e solo per senso di responsabilità, in quanto la sua morale gli imporrebbe di votare contro un provvedimento che colpisce le fasce più deboli della popolazione delle aree più povere del Paese.

Laura MOLTENI (LNP) esprime preoccupazione per il contenuto del provvedimento in esame, soprattutto per il fatto che esso opera apportando tagli lineari alla sanità, prescindendo, quindi, completamente dal fatto che una regione sia virtuosa o sottoposta a piani di rientro.

Ciò finisce inevitabilmente per danneggiare proprio quelle regioni virtuose, tra cui la Lombardia e che operano nel rispetto del Patto di stabilità. Regioni queste che, subendo tagli al pari di tutte le altre nonostante corrispondano alle aree più produttive del Paese, che versano più soldi allo Stato e che operano da un lato nel rispetto del principio del pareggio di bilancio e da un altro lato nel rispetto dei principi di efficienza e di appropriatezza di spesa riferita anche all'appropriatezza dell'erogazione di prestazioni sanitarie, si troveranno in grande difficoltà, al punto da mettere a rischio la garanzia dell'erogazione delle prestazioni connesse alla tutela del diritto alla salute, previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

A questo proposito, fa presente che tali regioni per la forte migrazione sanitaria proveniente dal centro-sud del Paese sono obbligate a erogare prestazioni sanitarie a questi cittadini. Inoltre, le stesse, per legge dello Stato, si trovano a dover erogare nei pronto-soccorso moltissime prestazioni sanitarie anche in codice bianco e verde – e non solo quelle salvavita e di emergenza urgenza – anche nei confronti dei numerosi stranieri presenti sul loro territorio muniti di codice S.T.P.

Rileva, inoltre, come il decreto-legge sulla *spending review* non intervenga in

maniera efficace sugli sprechi, inefficienze e inappropriata di spesa compiuti nel settore della sanità.

Dopo aver espresso, dunque, in termini generali una valutazione negativa del provvedimento in oggetto, si sofferma su alcune delle disposizioni da esso recate quale il comma 2 dell'articolo 15, che incrementa l'ulteriore titolo di sconto che il Servizio sanitario nazionale trattiene sulla quota di spettanza delle farmacie, norma che, a suo avviso, rischia di incidere sui rapporti di lavoro dei dipendenti delle farmacie stesse. Rileva che il sistema di distribuzione rappresentato dalle farmacie sia un sistema valido in quanto permette da un lato di avere un primo presidio sanitario sul territorio e da un altro di dare sicurezza alla distribuzione e al consumo del farmaco.

Per quanto riguarda poi il comma 11-bis dell'articolo 15, introdotto nel corso dell'esame al Senato, fa presente che, pur essendo favorevole al principio attivo e alla diffusione di una cultura orientata all'uso dei farmaci generici, rileva che le conseguenze che questa disposizione potrebbero avere effetti negativi su un parte dei cittadini che differentemente si troverebbero a dover sopperire con proprie economie, soprattutto se trattasi di anziani i quali sono abituati ad assumere un certo farmaco con certe caratteristiche anche di riconoscibilità. Ritiene che l'incentivazione all'uso dei farmaci generici debba avvenire in accordo con i medici di famiglia, lasciando ai medesimi la libertà e la responsabilità del tipo di prescrizione.

Mostra altresì preoccupazione per la disposizione di cui all'articolo 15, comma 13, lettera a), che dispone la riduzione del 5 per cento degli importi e delle connesse prestazioni relativi a contratti di fornitura di beni e di servizi stipulati da aziende ed enti del SSN.

Alla luce delle considerazioni svolte, ribadisce che il gruppo della Lega Nord voterà contro il provvedimento in esame, che, applicando il sistema dei tagli lineari, non favorisce certamente le regioni virtuose, che tra l'altro producono il 12 per cento del PIL del Paese.

Luisa BOSSA (PD), nel rammentare come nella Grecia classica l'uomo politico era obbligato a dire sempre la verità, richiamandosi a tale principio, osserva – anche in riferimento all'intervento della collega Molteni – che nel nostro Paese non c'è equità territoriale nella sanità, se si considera che nelle regioni cosiddette « virtuose », come la Lombardia, si spende molto di più pro capite rispetto a regioni come la Campania. Pertanto, certe regioni sarebbero davvero virtuose se erogassero le medesime prestazioni con risorse molto meno cospicue.

Vittoria D'INCECCO (PD), dopo aver ringraziato il relatore per il lavoro svolto in tempi così ristretti, desidera svolgere alcune considerazioni nel merito del provvedimento all'ordine del giorno. In particolare, nell'osservare che l'impianto della *spending review*, combinato con gli effetti delle precedenti manovre finanziarie, conduce al taglio di servizi fondamentali specie nel settore sanitario, ricorda che nei giorni scorsi è stato pubblicato un documento nel quale la Conferenza dei presidenti delle regioni ha espresso grosse perplessità e lanciato un allarme sul tema, evidenziando come il decreto-legge apporti tagli insostenibili al settore sanitario e non consenta quindi di sottoscrivere il nuovo Patto per la salute compromettendo la sostenibilità e la gestione del Servizio sanitario nazionale. In proposito, auspica che il Governo possa in futuro ripensare e riaprire un confronto su queste misure che si sostanziano principalmente in un netto taglio ragionieristico delle risorse per i servizi sanitari.

Inoltre, osserva che se tutte le regioni commissariate si trovano nelle condizioni di dover riorganizzare la rete degli ospedali, spesso ridimensionandola, tuttavia nello stesso momento devono potenziare il territorio per metterlo nelle condizioni di accogliere e soddisfare i bisogni di salute che la riorganizzazione dei servizi rende necessaria. Per questi motivi è fondamentale che le risorse da destinare alla me-

dicina territoriale siano certe e ben definite sempre nel rispetto della appropriatezza e dei tetti di spesa previsti.

Segnala quindi che il CIPE, in sede di riparto del fondo sanitario nazionale, destina il 5 per cento della spesa alla prevenzione, il 51 per cento alla medicina territoriale e il 44 per cento alla rete ospedaliera. Del 51 per cento per la medicina territoriale il 7 per cento deve essere riservato alla medicina di base. Poiché tale ripartizione è di carattere programmatorio, nelle regioni con piano di rientro questi parametri quasi mai vengono rispettati, con la conseguenza che si rende necessario vincolare risorse certe per mettere il sistema nelle condizioni di affrontare i cambiamenti necessari. La medicina di base è la prima a subire profonde modifiche strutturali e organizzative per cui ribadisce l'esigenza che le risorse disponibili siano certe, cosa che può essere realizzata solo stabilendo, in via legislativa, le risorse da destinare alla medicina di base.

Per quanto riguarda la norma sui farmaci generici, che condivide, ritiene però che debba essere potenziato il potere di controllo del Ministero della salute soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della produzione di questi farmaci, alcuni addirittura prodotti in Cina o in India, al fine di evitare che provochino reazioni o eventi avversi anche gravi.

Conclude, preannunciando il suo voto favorevole pur con le perplessità testé rilevate.

Mariella BOCCIARDO (Pdl) annuncia che voterà in dissenso dal proprio gruppo, ritenendo che dal provvedimento in esame emerga come oramai il Governo sia distaccato dal Paese reale.

In particolare, esprime contrarietà sulla disposizione che incrementa l'utilizzo dei farmaci generici, non tenendo conto dell'impostazione culturale che porta i pazienti, soprattutto quelli anziani, ad assumere gli stessi farmaci, la sostituzione dei quali peraltro non è sempre possibile.

Luciana PEDOTO (PD) esprime la propria perplessità per il ruolo riservato alle

regioni dal decreto-legge sulla *spending review* in quanto, a suo avviso, a ciascuna regione avrebbe dovuto essere assicurata la possibilità di individuare la strada per raggiungere determinati obiettivi, senza predeterminare anche, in maniera dettagliata, gli strumenti per la realizzazione dei medesimi.

A questo proposito, richiama le disposizioni previste dal comma 13 dell'articolo 15, recante misure concernenti i contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e di servizi, facendo notare che sarebbe stato opportuno procedere, in generale, con maggiore prudenza, in quanto non si può prescrivere che le regioni debbano acquistare « al ribasso » non lasciando loro spazio per la ricerca di soluzioni alternative.

Per quanto concerne poi la riduzione dei posti letto, ricorda che questo tema era già stato discusso in passato registrandosi su di esso un generale consenso. Evidenzia tuttavia come tale riduzione avrebbe dovuto essere accompagnata da una riforma, nel senso del potenziamento, della rete sanitaria e dell'assistenza, mentre invece si è agito nel senso contrario.

Inoltre, con riferimento al comma 4 dell'articolo 8, concernente la riduzione dei trasferimenti statali agli enti di ricerca, evidenzia l'opportunità di estendere il salvataggio, previsto in favore di alcuni organismi, anche ad altri enti pubblici di ricerca tra cui l'ISS, l'ISPRA e l'ENEA.

Carla CASTELLANI (Pdl) si limiterà ad alcune brevi considerazioni, essendo già stato detto tutto dai colleghi che l'hanno preceduta. Nel ringraziare la relatrice Miotto per il difficile lavoro svolto, desidera solamente evidenziare come i tagli lineari, tanto criticati al Governo Berlusconi e riproposti dal Governo tecnico, siano in effetti una necessità legata al nostro sistema Paese che non contente di operare con interventi mirati e diversificati. Osserva quindi che se, da un lato, è vero che la società è cambiata e che i bisogni di assistenza sanitaria sono diversi rispetto a diversi anni fa per cui il numero dei posti letto per post-acuti è sempre

minore, è altrettanto vero, dall'altro, che i tagli disposti dal provvedimento, a prescindere dai cambiamenti in atto nella nostra società, andranno di fatto ad incidere sui cittadini delle regioni meno virtuose.

Per quanto riguarda poi i tagli lineari agli enti di ricerca, disposti dall'articolo 8, comma 4, ritiene che si sarebbe potuto prevedere un taglio limitato a quegli enti che non portano concreti risultati alla sanità, rappresentando piuttosto degli « stipendifici », mantenendo invece inalterate le risorse degli enti di ricerca seri ed efficienti.

In conclusione, ritiene che un siffatto modo di incidere sulla spesa sanitaria, quale disposto dal provvedimento in esame, determinerà profondi cambiamenti nel sistema sanitario nazionale che, da fiore all'occhiello, arriverà sempre di più ad assomigliare al sistema sanitario americano, incentrato sul sistema assicurativo.

Anna Margherita MIOTTO (PD), *relatore*, chiede al presidente Palumbo di sospendere brevemente la seduta in modo da consentirle di predisporre una proposta di parere, alla luce dei numerosi rilievi emersi nel corso del nutrito dibattito svoltosi.

Riprendendo quanto già rilevato da parte di diversi colleghi intervenuti nel dibattito, si rammarica per le condizioni in cui la Commissione è stata costretta a lavorare, avendo essa la possibilità di dedicare pochissimo tempo all'esame di disposizioni che, per la loro ricaduta, necessiterebbero di ben altro approfondimento.

Peraltro, la necessità di esprimere il parere alla Commissione referente per le ore 15, fa sì che la successiva fase dell'esame in sede consultiva, avente ad oggetto la discussione della proposta di parere del relatore, sarà più che mai compressa.

Prima di procedere alla formulazione di tale proposta, intende replicare alle obiezioni mosse da parte di alcuni colleghi intervenuti alla disposizione tesa ad incentivare l'uso del principio attivo. A tale

proposito, fa presente che in Italia l'utilizzo dei farmaci generici è decisamente inferiore rispetto alla media dei Paesi europei, nei quali peraltro il costo di tali farmaci è inferiore. Fa notare, quindi, che, finché sul mercato continuano a circolare farmaci di marca con prezzi molto più elevati rispetto ai farmaci generici, è evidente che i produttori di questi ultimi non saranno affatto incentivati ad abbassare i relativi prezzi. Pertanto, al fine di ottenere questo risultato, con i risparmi che possono derivare per il SSN, occorre incrementare in via legislativa l'utilizzo dei farmaci generici, facendo altresì in modo che siano previsti i necessari controlli su di essi.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ritiene che si possa senz'altro accedere alla richiesta di sospendere brevemente la seduta, avanzata dalla relatrice.

Con riferimento, poi, alle considerazioni emerse dagli interventi di vari colleghi i quali hanno stigmatizzato le condizioni in cui la Commissione è stata costretta a lavorare, pur esprimendo il rammarico della presidenza per il fatto di dover concludere l'esame di un provvedimento di tale rilevanza in poche ore, fa tuttavia presente che la presentazione dei provvedimenti del Governo presso l'uno o l'altro ramo del Parlamento non dipende affatto dalla volontà dei presidenti delle Commissioni parlamentari competenti.

Pertanto, il Governo deciderà, nell'ambito della propria autonomia, presso quale Camera presentare il preannunciato provvedimento d'urgenza in materia di sanità.

Dichiara, dunque, sospesa la seduta ai fini della predisposizione della proposta di parere sul provvedimento in esame.

La seduta sospesa alle 14.25, è ripresa alle 15.05.

Ileana ARGENTIN (PD) comunica che voterà a favore del provvedimento in esame, pur nutrendo forti perplessità, soprattutto per quanto concerne l'impostazione seguita nelle misure concernenti gli invalidi. A questo proposito, richiama il

comma 8 dell'articolo 23 nella parte in cui prevede che la dotazione del Fondo per le esigenze urgenti ed indifferibili sia utilizzata in via prevalente per l'incremento della dotazione del Fondo per le non autosufficienze, finalizzato al finanziamento dell'assistenza domiciliare prioritariamente nei confronti delle persone gravemente non autosufficienti, inclusi i malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Fa presente come tale disposizione sia stata contestata da una parte degli invalidi in quanto non si comprende bene quale sia il punto di riferimento, considerato che la situazione di una persona invalida, anche al 100 per cento, è comunque diversa da quella di un malato di SLA.

Anna Margherita MIOTTO (PD), *relatore*, comunica di aver predisposto una proposta di parere che tiene conto delle considerazioni svolte nella propria relazione introduttiva nonché di alcuni dei rilievi emersi nel corso degli interventi svolti durante il dibattito, facendo presente le difficili condizioni in cui ha dovuto procedere come relatore, dovendo addivvenire alla formulazione della predetta proposta in tempi eccessivamente ristretti.

Ciò precisato, illustra la proposta di parere formulata (*vedi allegato*), evidenziando che gli ulteriori rilievi che non hanno trovato accoglimento nelle osservazioni ivi contenute potranno essere espressi in forma di ordine del giorno in Assemblea.

Il ministro Renato BALDUZZI, con riferimento all'intervento svolto da ultimo dal relatore, fa presente che gli ordini del giorno che saranno presentati costituiranno uno strumento utile per il Governo in sede di predisposizione del testo del provvedimento d'urgenza che sarà adottato in materia di sanità e di sviluppo, presumibilmente entro la fine del mese di agosto.

Precisa altresì che l'intento del Governo è quello di avviare un confronto costruttivo con le Commissioni parlamentari competenti, consentendo loro di svolgere

un esame approfondito, a prescindere dalla Camera presso la quale il prossimo provvedimento sarà presentato.

Pur non volendo entrare nel merito dei rilievi critici svolti a proposito del contenuto del decreto-legge in esame, avendo la Commissione la necessità di esprimere con la massima tempestività il parere alla Commissione di merito, fa tuttavia presente che, nel rispetto di tutte le opinioni, anche di aperto dissenso, non può non rilevare che le misure recate dal decreto-legge sulla *spending review* non s'ispirano affatto alla logica dei tagli lineari, dal momento che a ciascuna regione vengono dati gli strumenti per accertare, in relazione alle singole aziende ospedaliere, dove si siano verificati gli scostamenti rispetto a ciò che avrebbe dovuto essere.

Donata LENZI (PD), nonostante le rassicurazioni fornite dal ministro Balduzzi, continua a ritenere che, attraverso il decreto-legge in esame, siano stati effettuati dei tagli lineari.

Ringraziando il relatore per la proposta di parere predisposta in condizioni di oggettiva difficoltà, rileva che, a suo avviso, sarebbe opportuno introdurre un'osservazione riferita al comma 13 dell'articolo 15, al fine di scongiurare il rischio – tutt'altro che teorico – che nell'ambito delle gare e dei contratti « al ribasso » per la fornitura dei beni e di servizi vengano introdotte delle misure discutibili nei confronti dei dipendenti delle società appaltatrici.

Ritiene, inoltre, che dovrebbe essere evidenziata nelle premesse la necessità di coinvolgere le regioni nella definizione dei contenuti del Patto per la salute.

Carlo CICCIOLO (PdL) chiede alla presidenza se si possa procedere alla votazione per parti separate della proposta di parere presentata dal relatore, specificando a tal proposito di condividere tale proposta ad eccezione della lettera *a*), non essendo d'accordo sul fatto che si debbano escludere le ONLUS dall'obbligo del ricorso alle procedure d'appalto.

Delia MURER (PD), esprimendo apprezzamento per la proposta di parere del relatore, specifica, con riferimento all'obiezione sollevata dall'onorevole Ciccioli, che il comma 6 dell'articolo 4 già prevede l'esclusione dall'obbligo del ricorso alle procedure d'appalto di tutta una serie di enti, per cui sarebbe discriminatorio non includere tra questi le ONLUS che operano nel campo socio-assistenziale e dell'assistenza agli immigrati.

Laura MOLTENI (LNP) annuncia il voto contrario da parte del suo gruppo sulla proposta di parere in esame.

Carmelo PORCU (PdL) ritiene che si stia verificando una situazione surreale, in quanto si sta discutendo intorno ad un parere che non sortirà alcun esito, dal momento che il decreto-legge sulla *spending review* non sarà mai modificato rispetto al testo approvato dal Governo e modificato dal Senato.

Ritenendo che le problematiche poste dal provvedimento in oggetto non possano affatto essere liquidate in un arco di tempo così ristretto, annuncia che non parteciperà al voto.

Carla CASTELLANI (PdL) annuncia il proprio voto di astensione, in quanto condivide le sole osservazioni di cui alle lettere *e*) e *f*) della proposta di parere presentata dal relatore.

Paola BINETTI (UdCpTP) annuncia il proprio voto favorevole alla proposta di parere del relatore.

Gero GRASSI (PD) annuncia la propria astensione rispetto alla proposta di parere presentata dal relatore, per le ragioni già addotte nel corso del dibattito.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, accogliendo la proposta di votazione per parti separate avanzata dall'onorevole Ciccioli, mette in votazione la proposta di parere presentata dal relatore, esclusa l'osservazione di cui alla lettera *a*).

La Commissione approva la proposta di parere del relatore, esclusa l'osservazione di cui alla lettera *a*).

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, mette in votazione l'osservazione di cui alla lettera *a*).

La Commissione approva l'osservazione di cui alla lettera *a*).

La seduta termina alle 15.35.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.35 alle 15.45.

AVVERTENZA

I seguenti punti all'ordine del giorno non sono stati trattati:

SEDE CONSULTIVA

Modifiche alla disciplina del condominio negli edifici.

C. 4041, approvata dal Senato.

SEDE REFERENTE

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.

Testo unificato C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C.2065 Ciccioni, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.

ALLEGATO

DL 95/2012 Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini. C. 5389 Governo, approvato dal Senato.**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il disegno di legge C. 5389 Governo, approvato dal Senato, recante « Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante « Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini »;

ritenuto indispensabile garantire la coerenza tra titolo del provvedimento (che parla di invarianza dei servizi ai cittadini) e contenuto dello stesso;

nel manifestare forti perplessità sul complesso delle misure previste per il settore sanitario, le quali, ispirate ad una logica prevalentemente economica e basate su tagli di risorse di carattere lineare, rischiano di mettere a repentaglio la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e l'erogazione degli stessi livelli essenziali di assistenza;

osservato, peraltro, che la stessa programmazione delle spese sanitarie avviene sulla base di riduzione di risorse che non sono state previamente concordate con le regioni e con gli enti locali, mettendo così in discussione un sistema pattizio che finora ha permesso di tenere sotto controllo l'andamento della spesa sanitaria;

rilevato che l'azzeramento degli organi collegiali previsto dall'articolo 12, comma 20, priva il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali di strumenti importanti per l'azione di Governo;

rilevato altresì che l'articolo 4, comma 6, prevede che tutti i servizi svolti dalle pubbliche amministrazioni mediante ricorso a convenzioni debba essere sottoposto a procedure d'appalto;

considerato che le cooperative sociali di tipo B svolgono importanti e delicate funzioni di inserimento lavorativo delle persone svantaggiate e pertanto i costi dei servizi da queste erogati sono più elevati dei prezzi di riferimento,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti osservazioni:

a) all'articolo 4, comma 6, valuti la Commissione di merito l'opportunità di escludere espressamente dall'obbligo del ricorso alle procedure d'appalto le associazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) che operano nel campo socio-assistenziale e dell'accoglienza agli immigrati;

b) all'articolo 8, comma 4, valuti la Commissione di merito l'opportunità di non operare le riduzioni dei trasferimenti previste dall'allegato 3 a carico di ISPELS, ISFOL e Istituto superiore di sanità;

c) all'articolo 12, comma 20, valuti la Commissione di merito l'opportunità di aggiungere all'elenco degli organismi non trasferiti agli uffici delle pubbliche amministrazioni la Consulta nazionale per il servizio civile e il Comitato minori stranieri non accompagnati;

d) all'articolo 15, comma 13, lettera b), valuti la Commissione di merito l'opportunità di escludere dalla rinegoziazione dei contratti le cooperative di tipo B;

e) all'articolo 15, comma 11-bis, valuti la Commissione di merito l'opportunità di prevedere che il Ministero della salute debba effettuare i necessari controlli sui farmaci generici importati da paesi terzi, ai fini di garantire la tutela della salute dei cittadini;

f) all'articolo 15, comma 13, lettera c), valuti la Commissione di merito l'opportunità di prevedere che a fronte della riduzione dei posti letto si proceda al potenziamento dei ricoveri diurni in re-

gime di *day hospital*, delle strutture intermedie e dell'assistenza sanitaria territoriale;

g) all'articolo 15, comma 13, lettera a), valuti la Commissione di merito l'opportunità che, per quanto concerne la riduzione del 5 per cento degli importi e delle connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, vengano individuate modalità tali da favorire, anche attraverso un anticipo di cassa in favore delle Regioni, una ricontrattazione dei prezzi dei contratti in essere con le ditte fornitrici in modo che non si riducano i servizi.