

medica, che non gravano sul bilancio dello Stato, può rappresentare, se opportunamente sostenuto, uno strumento utile sia sul piano terapeutico, che per un'azione di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica;

la caratteristica di questi medicinali è quella di rivolgersi direttamente al cittadino senza obbligo della prescrizione medica, con la conseguente necessità di dare maggiore offerta per una risposta più adeguata ai bisogni di salute dei cittadini;

è comunque utile porre in essere tutte le opportune misure a tutela della salute dei cittadini,

impegna il Governo

a ricercare misure che comunque riconoscano l'indispensabile ruolo del farmacista di filtro sanitario tra il cittadino ed il farmaco, tenuto conto del fatto che, nella fattispecie, il farmacista è l'unico referente del cittadino medesimo;

ad individuare come la farmacia ed in essa il farmacista rappresentino il luogo unico per la dispensazione dei medicinali e la connessa attività di consiglio ed indicazione delle modalità di assunzione dei farmaci;

a mantenere la distribuzione dei medicinali esenti dall'obbligo della ricetta medica, nell'ambito della farmacia, nella quale questo professionista sanitario, sulla base della propria competenza professionale, può dare consigli ed indicazioni su tutti i farmaci ed in particolare su quelli senza obbligo di prescrizione medica.

9/1876/17. (*nuova formulazione*). Dorina Bianchi, Volontè, Massidda, Peretti, Marras.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 6 del decreto-legge prevede che la Commissione unica per il farmaco individui entro il 19 novembre

2001 i farmaci che possono essere esclusi, totalmente o parzialmente, dal sistema di rimborso;

la Commissione unica per il farmaco nell'individuazione di tali farmaci dovrà tener conto della ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza, del ruolo non essenziale del farmaco e della disponibilità di medicinali concedibili aventi attività terapeutica sovrapponibile secondo il criterio delle categorie terapeutiche omogenee;

impegna il Governo

ad applicare, anziché il criterio delle categorie omogenee sulla base delle loro caratteristiche prevalenti e della loro efficacia terapeutica, il criterio delle categorie omogenee per molecola farmacologicamente bioequivalenti.

9/1876/18. (*Nuova formulazione*) Crimi, Dorina Bianchi, Lucchese, Di Virgilio, Amato, Stagno d'Alcontres, Moroni, Lisi, Castellani, Minoli Rota, Fioroni, Bindi, Massidda, Marras.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, recante conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;

premesso che:

il settore dei medicinali di automedicazione, esenti dall'obbligo della ricetta medica, che non gravano sul bilancio dello Stato, può rappresentare, se opportunamente sostenuto, uno strumento utile sia sul piano terapeutico, che per un'azione di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica;

la caratteristica di questi medicinali è quella di rivolgersi direttamente al cittadino senza bisogno della prescrizione medica, con la conseguente necessità di dare maggiore competitività ad un comparto che ha bisogno di snellezza, di

rapidità e di flessibilità nell'individuare la risposta più adatta ai bisogni di salute dei cittadini;

è comunque necessario porre in essere tutte le opportune misure a tutela della salute dei cittadini, in quanto si tratta comunque di specialità medicinali;

impegna il Governo:

a sottolineare come la farmacia, ed in essa il farmacista, rappresentino il luogo più appropriato per la dispensazione dei medicinali e la connessa attività professionale di consiglio ed indicazione sulle modalità di utilizzo e assunzione dei farmaci;

a mantenere la distribuzione dei medicinali di automedicazione, esenti dall'obbligo della ricetta medica, nell'ambito della farmacia, e non già attraverso altri canali.

9/1876/**19**. Massidda, Minoli Rota, Moroni, Castellani, Lisi, Marras.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 2, comma 1-*bis*, del decreto-legge in esame introduce una nuova modalità di smaltimento dei rifiuti sanitari, al fine di contenere gli oneri per le ASL e le aziende ospedaliere;

per i rifiuti sanitari pericolosi si prevede l'applicazione di procedimenti di disinfezione mediante prodotti registrati presso il Ministero della salute che assicurino un abbattimento della carica batterica non inferiore al 99,999 per cento e che per i rifiuti sanitari non tossici e nocivi si prevede un procedimento di disinfezione di durata non inferiore a 72 ore o in alternativa un processo di sterilizzazione mediante autoclave;

sono comunque fatti salvi i parametri di sicurezza previsti dalla normativa vigente in materia di rifiuti sanitari, ossia

dall'articolo 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, e dal decreto ministeriale 26 giugno 2000, n. 219,

impegna il Governo:

a chiarire la previsione di smaltimento « attraverso procedimenti di disinfezione » contenuta nel comma 1-*bis* dell'articolo 2 e ad esplicitare se, dopo la disinfezione, si applichino le forme di smaltimento di cui all'articolo 45 del decreto legislativo n. 22 del 1997 o se siano ammesse altre forme;

a non assimilare i rifiuti sanitari ai rifiuti urbani.

9/1876/**20**. Savo, Minoli Rota, Dorina Bianchi, Lisi.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

visti:

l'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

i seguenti articoli del decreto-legge in esame: articolo 6, sui livelli di assistenza, articolo 8, in materia di modalità di erogazione di medicinali agli assistiti, e articolo 10, riguardante l'introduzione sperimentale del prezzo di rimborso dei farmaci;

impegna il Governo

a tener conto, nell'applicazione delle misure previste dal presente decreto e volte a contenere la spesa farmaceutica pubblica, della futura emanazione del decreto sui livelli essenziali di assistenza.

9/1876/**21**. Mario Pepe, Minoli Rota, Dorina Bianchi, Lisi.

La Camera,

premesso che:

il diritto alla salute deve essere garantito a tutti i cittadini dello Stato nel modo più uniforme e migliore possibile;

la ricerca scientifica dà la possibilità di avere a disposizione farmaci innovativi, sempre più efficaci con meno effetti collaterali e quindi con una qualità della vita, per chi è sottoposto ad una terapia, nettamente migliore;

ognuno di noi dovrebbe avere la possibilità di curarsi con i farmaci migliori,

impegna il Governo:

affinché la definizione dei livelli essenziali di assistenza, come previsto dall'articolo 6 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, avvenga sentito il parere delle Commissioni parlamentari competenti;

affinché le regioni ricevano dal Ministero della salute linee guida chiare rispetto alla possibilità di un'esclusione totale o parziale dalla rimborsabilità di alcuni farmaci, indicati come non essenziali, interpretando il « criterio delle categorie terapeutiche omogenee » nel senso della bioequivalenza farmacologica.

9/1876/**22**. Lisi, Moroni, Dorina Bianchi, Savo, Minoli Rota, Massidda, Marras.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

visti l'articolo 6, sui livelli di assistenza, l'articolo 7, sul prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione, l'articolo 8, in materia di particolari modalità di erogazione dei medicinali agli assistiti, e l'articolo 10, sull'introduzione sperimentale del prezzo di rimborso dei farmaci;

considerato che l'applicazione, a livello regionale, delle misure di cui agli articoli suddetti presenta molte incertezze circa l'entità e la direzione degli effetti in materia di contenimento della spesa farmaceutica, di salvaguardia di uniformi livelli di assistenza ai cittadini sull'intero territorio nazionale, di ricadute sulla evoluzione della struttura produttiva e di ricerca del settore farmaceutico;

impegna il Governo

a monitorare costantemente lo stato di attuazione delle disposizioni previste negli articoli suddetti ed i relativi effetti in materia finanziaria, sociale, sanitaria e industriale e a presentare al Parlamento, di intesa con la Conferenza Stato-regioni, entro il 30 settembre di ogni anno, gli eventuali provvedimenti volti a modificare e/o integrare in modo opportuno le disposizioni di cui sopra.

9/1876/**23**. Garagnani, Minoli Rota, Palumbo, Di Virgilio.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

impegna il Governo

a reperire risorse aggiuntive per ridurre, nel più breve tempo possibile, l'esosità dei *tickets* di diagnostica strumentale e di laboratorio.

9/1876/**24**. Cuccu, Buontempo, Fioroni.

La Camera,

premesso che:

la razionalizzazione di posti letto contenuta nel decreto in esame non deve penalizzare le peculiarità territoriali, geografiche e sociali presenti nel nostro paese;

la localizzazione di alcuni ospedali in zone di montagna, in aree interne

particolarmente svantaggiate, in isole minori, anche se essi non raggiungono i parametri indicati dal decreto, rappresenta un servizio pubblico essenziale per i cittadini residenti in comprensori disagiati;

il diritto alla salute è chiaramente e solennemente riconosciuto all'articolo 32 della nostra Carta costituzionale;

tale diritto non può essere pregiudicato da una razionalizzazione della rete ospedaliera solo con criteri di natura aziendalistica ed economica;

impegna il Governo

ad evitare, sull'intero territorio nazionale chiusure o tagli indiscriminati alle strutture ospedaliere localizzate in aree montane, svantaggiate o in isole minori a salvaguardia della tutela del diritto alla salute nei confronti dei cittadini residenti in tali zone.

9/1876/**25**. Lumia.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

premessi che:

i commi 1 e 3 dell'articolo 7 rimandano ad apposite direttive regionali il compito di dare indicazioni in merito alla reperibilità sul territorio regionale del farmaco generico di prezzo più basso, al quale ancorare il valore di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale, nonché del farmaco di prezzo più basso che il farmacista è tenuto a consegnare all'assistito in assenza di esplicito divieto da parte del medico, con il consenso dell'assistito medesimo;

il riferimento alle suddette direttive regionali non può essere finalizzato a consentire la creazione e la gestione a regime di 21 prontuari farmaceutici regio-

nali e l'individuazione di livelli di rimborsabilità per farmaci equivalenti, differenti tra regione e regione;

impegna il Governo

a chiarire che le direttive regionali di cui ai commi 1 e 3 dell'articolo 7 sono finalizzate unicamente a verificare disponibilità sul territorio regionale dei farmaci, generici e non, di prezzo più basso, che, soprattutto nei primi mesi di applicazione della norma, rischia di non essere garantita in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

9/1876/**26**. Mosella, Fioroni, Maura Cossutta, Moroni, Bindi.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

premessi che:

il comparto dei farmaci esenti dall'obbligo della ricetta medica, di automedicazione, che non gravano sulla spesa farmaceutica pubblica, può rappresentare, se sostenuto in modo opportuno, uno strumento sia sul piano terapeutico, che per un'azione di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica;

la qualità specifica di questi medicinali è quella di rivolgersi direttamente al cittadino senza bisogno della prescrizione medica, da cui consegue la necessità di assicurare maggiore competitività ad un settore che ha bisogno di rapidità, di snellezza, e flessibilità nell'identificare le risposte più idonee ai bisogni di salute dei cittadini;

è comunque necessario assicurare tutte le misure di salvaguardia e tutela della salute dei cittadini, in quanto si tratta comunque di specialità medicinali;

i farmaci di automedicazione rappresentano un moderno e valido strumento terapeutico, consolidato dall'uso in

tutti i paesi del mondo, per risolvere larga parte delle piccole patologie con comprovata efficacia e sicurezza, e che trovano nel farmacista la figura professionale di riferimento,

impegna il Governo:

ad adottare misure atte a sottolineare come la farmacia, ed in essa il farmacista, rappresentino il luogo più appropriato per la dispensazione dei medicinali e la connessa attività professionale di consiglio ed indicazione sulle modalità di utilizzo e assunzione dei farmaci;

a mantenere la distribuzione dei medicinali di automedicazione, esenti dall'obbligo della ricetta medica, nell'ambito della farmacia, al fine di offrire ai cittadini un servizio farmaceutico moderno ed efficace, risparmiando peraltro sul fronte della spesa pubblica. L'accesso diretto al pubblico del farmaco deve, comunque, avvenire attraverso la guida ed il consiglio del farmacista.

9/1876/**27**. Fioroni, Bindi, Battaglia, Maura Cossutta, Moroni, Lumia.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

premesso che:

la lettera *a*) dell'articolo 8 del decreto-legge, nata dalla fusione operata dal Senato delle lettere *a*) e *b*), prevede la facoltà per le regioni di « stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private » per la distribuzione tramite le farmacie di determinate categorie di medicinali, « con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione »;

la formulazione della lettera *a*) dell'articolo 8 approvata dal Senato pone

alcuni problemi interpretativi che rischiano di non consentire una corretta e uniforme applicazione della norma;

appare necessario mantenere un quadro di riferimento a livello nazionale per garantire che il servizio di distribuzione di farmaci particolari attraverso le farmacie convenzionate mantenga caratteristiche di efficienza e si sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale;

impegna il Governo

a chiarire che:

le « associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private » richiamate dalla lettera *a*) dell'articolo 8 del decreto-legge vanno identificate con le « organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale » di cui al comma 2 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993;

la « convenzione » richiamata dalla succitata lettera *a*), come sede nell'ambito della quale vanno definite le modalità della distribuzione tramite le farmacie di particolari categorie di medicinali, va identificata con la convenzione nazionale di cui al medesimo comma 2 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, che disciplina il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e le farmacie e che viene stipulata tra una delegazione delle regioni e le succitate organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale;

conseguentemente, nell'ambito della succitata convenzione nazionale farmaceutica, va stipulato un accordo cornice riguardante le condizioni minime uniformi per garantire la distribuzione di particolari categorie di medicinali tramite le farmacie convenzionate, al quale faranno seguito accordi di dettaglio stipulati tra le

singole regioni e le articolazioni regionali delle organizzazioni sindacali delle farmacie pubbliche e private.

9/1876/**28**. Bindi, Fioroni, Maura Cossutta, Moroni.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

premessi che:

il comma 3 dell'articolo 4 prevede che eventuali disavanzi di gestione debbano essere coperti dalle regioni attraverso l'introduzione di una serie di misure, tra le quali, «l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci»;

anche alla luce delle modifiche apportate all'articolo 8 del decreto-legge dal Senato e del relativo dibattito, l'individuazione di particolari forme di distribuzione dei medicinali non deve determinare né disagi, né oneri per il cittadino, né costi aggiuntivi per le strutture sanitarie pubbliche;

impegna il Governo

a chiarire che gli interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci, di cui alla lettera c) del comma 3 dell'articolo 4, vanno identificati con il ricorso ad accordi cornice e a successivi accordi di dettaglio stipulati, ai sensi della lettera a) dell'articolo 8, rispettivamente, tra la delegazione delle regioni e le associazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale delle farmacie pubbliche e private e tra le singole regioni e le articolazioni regionali delle organizzazioni sindacali delle farmacie pubbliche e private.

9/1876/**29**. Giachetti, Fioroni, Maura Cossutta, Moroni, Bindi.

La Camera,

premessi che:

il testo originario dell'articolo 11 conteneva una disposizione che, a decorrere dal 1° ottobre 2001, di fatto avrebbe pressoché azzerato le agevolazioni sullo sconto al Servizio sanitario nazionale in favore delle farmacie rurali che godono dell'indennità di residenza;

tale disposizione è stata considerata iniqua ed eccessivamente penalizzante dal Senato che ha approvato un nuovo testo dell'articolo 11, rivedendo interamente i criteri in base ai quali applicare lo sconto che il Servizio sanitario nazionale trattiene all'atto di corrispondere le competenze dovute alle farmacie rurali sussidiate per i farmaci erogati ai cittadini;

il nuovo regime entrerà in vigore il giorno successivo alla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della legge di conversione del decreto n. 347 e, quindi, nella seconda metà del mese di novembre 2001;

le farmacie, in base a quanto previsto dalla convenzione nazionale farmaceutica e dagli accordi integrativi regionali, vedono liquidate le proprie competenze tra il 25 ed il 30 del mese successivo a quello in cui le ricette in regime di Servizio sanitario nazionale sono state presentate dai cittadini in farmacia;

pertanto, per quanto riguarda le ricette spedite nel corso del mese di ottobre 2001, le competenze alle farmacie verranno liquidate dalle ASL tra il 25 ed il 30 del mese di novembre 2001, allorché sarà in vigore il nuovo regime introdotto dall'articolo 11 della legge di conversione del decreto-legge n. 347;

impegna il Governo

a fornire elementi certi e univoci al fine di dare uniforme applicazione alla norma di cui all'articolo 11, nel senso che il regime introdotto dalla legge di conversione del decreto-legge n. 347 si applica alle ricette in regime di Servizio sanitario nazionale

presentate in farmacia a decorrere dal 1° ottobre 2001, assumendo come parametro per accertare il diritto a godere dell'agevolazione di cui al medesimo articolo il fatturato SSN al netto dell'IVA registrato nel 2000, per le ricette spedite nel 2001, e il fatturato SSN al netto dell'IVA registrato nel 2001 per le ricette spedite nel 2002.

9/1876/**30**. Burtone, Fioroni, Moroni.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

premessi che:

l'articolo 11, così come riformulato dal Senato, tutela le agevolazioni sullo sconto al Servizio sanitario nazionale in favore delle farmacie rurali che godono dell'indennità di residenza;

le farmacie, in base a quanto previsto dalla convenzione nazionale farmaceutica e dagli accordi integrativi regionali, vedono liquidate le proprie competenze tra il 25 ed il 30 del mese successivo a quello in cui le ricette in regime di Servizio sanitario nazionale sono state presentate dai cittadini in farmacia;

il nuovo regime entrerà in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale*, e quindi, nella seconda metà del mese di novembre 2001;

per quanto riguarda le ricette spedite nel corso del mese di ottobre 2001, le competenze alle farmacie verranno liquidate dalle ASL tra il 25 ed il 30 del mese di novembre 2001, allorché sarà in vigore il nuovo regime introdotto dall'articolo 1 della legge di conversione del decreto-legge n. 347 del 2001;

impegna il Governo

a fornire elementi certi ed univoci al fine di dare uniformità applicativa al disposto di cui all'articolo 11, applicandolo alle

ricette in regime di Servizio sanitario nazionale presentate in farmacia a decorrere dal 1° ottobre 2001 e di assumere come parametro per accertare il diritto a godere dell'agevolazione, di cui al medesimo articolo 11, il fatturato SSN al netto dell'IVA registrato nel 2000, per le ricette spedite nel 2001, e il fatturato SSN al netto dell'IVA registrato nel 2001, per le ricette spedite nel 2002.

9/1876/**31**. Marras, Vitali, Arnoldi, Tarditi, Massidda.

La Camera,

visto l'articolo 4, comma 3, lettera a), del disegno di legge di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, che conferisce alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano la facoltà di introdurre, tra le due misure finalizzate a coprire eventuali disavanzi di gestione, forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa,

impegna il Governo

ad adottare le misure necessarie ad avvalorare, anche presso le regioni, l'interpretazione di tale norma secondo cui i distributori intermedi farmaceutici restano esclusi dal novero dei soggetti considerati poiché essi non hanno alcun potere di influenza sull'espansione della spesa farmaceutica pubblica.

9/1876/**32**. Palmieri, Massidda, Marras.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

visto l'articolo 2, comma 5, capoverso 5-*quater*, che recita: « Le regioni determinano le modalità e gli strumenti del monitoraggio. Le regioni determinano, inoltre, le sanzioni da applicare a carico dei soggetti che abbiano omesso gli adempi-

mento connessi al monitoraggio o che abbiano effettuato prescrizioni in misura superiore al livello appropriato »;

visto l'articolo 4, comma 3, che testualmente recita: « Gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-Regioni di cui all'articolo 1, comma 1, sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: a) misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa;

accertata la necessità che sia sufficientemente chiarito quanto stabilito dall'articolo 2, comma 5, capoverso 5-*quater* e dall'articolo 4, comma 3, lettera a),

impegna il Governo

affinché chiarisca che la responsabilità prevista dai citati articoli non venga tralasciata, nella fase attuativa, in un ulteriore deprecabile balzello a carico del medico di medicina generale e dello specialista ambulatoriale che hanno il dovere ed anche il diritto di curare il malato secondo scienza e coscienza.

9/1876/**33**. Luigi Pepe, Battaglia, Fioroni, Lumia.

La Camera,

rilevata la necessità di garantire alla direzione medica e sanitaria delle strutture accreditate del Servizio sanitario nazionale, siano essi erogatori pubblici e privati, il rispetto delle previsioni contrattuali già vigenti con oneri certi e prevedibili;

impegna il Governo

a definire risorse adeguate per sostenere detti oneri contrattuali anche per le isti-

tuzioni accreditate di cui all'articolo 1, comma 18, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

9/1876/**34**. Cusumano, Fioroni, Bindi, Luigi Pepe, Lumia.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 8 del decreto-legge sulla spesa sanitaria prevede la possibilità di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, finalizzati a concordare particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti;

impegna il Governo

a chiarire in sede attuativa che gli accordi sopra menzionati debbano essere intesi come accordi regionali.

9/1876/**35**. Battaglia, Giacco.

La Camera,

premesso che:

il decreto-legge in esame prevede molteplici attività di informazione e monitoraggio, in particolare per quanto riguarda le prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere,

l'applicazione di alcune delle misure previste nel presente decreto-legge potrebbe comportare una limitazione dei diritti costituzionali di cui agli articoli 3 e 32 della Costituzione,

impegna il Governo

a disporre, dalla data di entrata in vigore della presente legge di conversione, ispezioni su tutto il territorio nazionale tese ad accertare la reale disponibilità dei farmaci generici a prezzo più basso presso le farmacie;

a verificare, a segnalare situazioni inique o disomogenee di trattamento dei pazienti;

a sanzionare gli operatori che adottino comportamenti illeciti o scorretti.

9/1876/**36**. Mancini, Carli, Giacco, Nicola Rossi.

La Camera,

premesso che:

la tutela del diritto alla salute è sancito dall'articolo 32 della Carta costituzionale: esso deve poter essere esercitato da tutti i cittadini della Repubblica, con uguali garanzie di accesso e con la fruizione di livelli uniformi, appropriati ed essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale,

impegna il Governo

a verificare preventivamente nell'ambito della conferenza Stato-regioni, che le autonome proposte di sperimentazioni gestionali avanzate dalle regioni in base all'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, siano rispondenti ai principi fondamentali, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.

9/1876/**37**. Labate, Battaglia, Petrella, Bolognesi, Zanotti, Giacco, Di Serio D'Antona, Turco, Bogi, Lucà.

La Camera,

premesso che:

il diritto alla salute è tutelato dall'articolo 32 della Costituzione e nel nostro ordinamento vigente è garantito dall'individuazione di livelli appropriati ed uniformi di assistenza,

impegna il Governo

affinché la definizione, entro il 30 novembre, di tali livelli risponda a parametri di

uniformità, appropriatezza ed essenzialità per tutti i cittadini italiani ed avvenga sentito il parere delle Commissioni parlamentari competenti.

9/1876/**38**. Petrella, Battaglia, Labate, Bolognesi, Zanotti, Giacco, Di Serio D'Antona, Turco, Bogi, Lucà.

La Camera,

premesso che:

il decreto-legge in esame si propone di potenziare l'autonomia impositiva delle regioni mediante la possibilità di incrementare l'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF e di determinare le tasse automobilistiche regionali;

l'autonomia impositiva degli enti locali ha trovato una nuova definitiva sanzione nella recente novella del Titolo V della Costituzione;

impegna il Governo

a non esercitare i poteri sostitutivi di cui all'articolo 83 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, commi 5, 6 e 7, non espressamente abrogati dal decreto-legge in esame.

9/1876/**39**. Franci.

La Camera,

premesso che:

l'autonomia impositiva degli enti locali, sanzionata nella recente novella del Titolo V della Costituzione, trova un limite nel concorso al rispetto dei vincoli ed al raggiungimento degli obiettivi posti in sede europea del patto di stabilità e crescita;

il decreto-legge in esame a questo fine prevede la possibilità per le regioni di incrementare l'aliquota della addizionale

regionale all'IRPEF e di determinare le tasse automobilistiche regionali,

impegna il Governo

ad esercitare, in caso di inerzia delle regioni, i poteri sostitutivi dei cui all'articolo 83 della legge n. 388 del 2000, commi 5, 6, 7 non espressamente abrogati dal decreto-legge in esame.

9/1876/**40**. Nicola Rossi, Ruzzante.

La Camera,

premessi che;

l'insulina è un farmaco salvavita;

chi deve somministrare insulina più volte al giorno, allo stato attuale, non ha altro modo per salvarsi la vita ed è prevedibile debba continuare per anni;

il 14 novembre è stata la giornata mondiale contro il diabete,

impegna il Governo

ad adottare ogni iniziativa, anche normativa, di sua competenza finalizzata:

a non limitare a tre per le confezioni di insulina il numero massimo di pezzi prescrivibili per ricetta;

a non limitare a 60 per l'insulina il numero massimo prescrivibile di giorni di terapia;

a non adottare per l'insulina un prezzo di riferimento dei farmaci sganciato dalle innovazioni e sperimentazioni in corso;

a promuovere una specifica, aggiornata ed urgente politica per la prevenzione e cura dei tipi di diabete.

9/1876/**41**. Calzolaio, Ruzzante, Fioroni.

La Camera,

premessi che:

i livelli essenziali di assistenza devono essere stabiliti entro il 30 novembre con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la conferenza permanente Stato-regioni,

impegna il Governo

ad acquisire in via preventiva sul decreto del Presidente del Consiglio dei ministri il parere delle Commissioni parlamentari competenti.

9/1876/**42**. Boccia, Bindi.

La Camera,

premessi che:

ai sensi dell'articolo 9-bis del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, poi sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo n. 229 del 1999, viene definito il quadro normativo sulla sperimentazione dei nuovi modelli di gestione delle strutture sanitarie;

la sperimentazione gestionale è uno strumento per introdurre forme di integrazione tra strutture sanitarie pubbliche e private;

il decreto-legge in esame interviene su detta normativa attribuendo alle regioni, in via diretta, il potere di adottare i programmi di sperimentazione gestionale;

le regioni potranno dunque procedere ad una libera riformulazione delle disposizioni contenute nel decreto-legge in esame;

in base al decreto-legge in esame è prevista la trasmissione di programmi e la presentazione di una relazione annua sui risultati conseguiti dai ministri della salute, dall'economia e delle finanze nonché dalla Presidenza del Consiglio - dipartimento affari regionali;

la disciplina statale sulle sperimentazioni gestionali, pertanto, continua a trovare applicazione fino alla data di entrata in vigore delle disposizioni regionali;

si corre il rischio di provocare, nell'ambito delle sperimentazioni gestionali delle strutture sanitarie, forme di grave squilibrio sul territorio nazionale, da regione a regione, con inevitabili ripercussioni negative sia nei confronti dei cittadini, sia nei confronti degli operatori sanitari,

impegna il Governo

in sede di conferenza Stato-regioni e nel rispetto dei principi costituzionali, ad indicare i principi di orientamento sulla sperimentazione gestionale, ad intervenire a garanzia della qualità e dell'efficienza delle strutture sanitarie, qualora si dovessero evidenziare dati a pregiudizio dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, a riferire in Parlamento in merito alle relazioni annuali fornite dalle regioni, nonché ad evitare che con le sperimentazioni gestionali si proceda a forme surrettizie di privatizzazione del sistema sanitario nazionale.

9/1876/43. Bressa, Boccia.

La Camera,

in sede di esame del disegno di legge n. 1876, di conversione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347;

premesso che:

l'articolo 6 del decreto-legge in esame concerne la ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

il medesimo articolo stabilisce che entro il 30 novembre, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del ministro della salute di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la conferenza permanente Stato, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i livelli essenziali di assistenza ai sensi

dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

la medicina fisica e riabilitativa svolge un ruolo fondamentale nell'ambito della prevenzione, cura e assistenza delle patologie;

l'efficacia terapeutica di questa branca della medicina è confortata da una sterminata documentazione scientifica e dai numerosissimi pazienti che ogni giorno ad essa ricorrono con risultati positivi, tra l'altro privilegiandola rispetto alle terapie farmacologiche;

gli interventi e le applicazioni che ad essa appartengono sono a bassissimo costo;

in particolare, la medicina fisica e riabilitativa:

previene e attenua il ricorso all'ospedalizzazione determinando un'ulteriore e drastica riduzione della spesa sanitaria;

limita i costi sociali di numerose patologie, riducendo le giornate di malattia nell'ambito del lavoro e restituendo alla piena attività ed efficienza coloro che hanno subito danni fisici;

previene l'uso cronico dei farmaci;

incide meno dell'1 per cento sulla spesa sanitaria;

il testo in preparazione sui livelli essenziali di assistenza esclude drasticamente gli interventi e le terapie della medicina fisica e riabilitativa;

il medesimo testo è stato contestato dalle associazioni scientifiche e di categoria perché riduce la portata dei risultati terapeutici,

impegna il Governo

a riconoscere — come espresso dalle associazioni scientifiche e di categoria — l'alto valore terapeutico della medicina

fisica e riabilitativa, nell'ambito della prevenzione, cura e assistenza di numerose patologie;

a riconoscere essenziali alcune di queste terapie, fermo restando la validità terapeutica di tutte;

a inserire tra i livelli essenziali di assistenza le medicine fisiche e della riabilitazione a basso costo come le elettroterapie antalgiche, l'ultrasuono terapia, la trazione scheletrica, la ionoforesi, la laserterapia antalgica, la mesoterapia, le diatermie.

9/1376/44. Parodi.

La Camera,

in considerazione del monitoraggio periodico previsto dall'articolo 11-bis del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi in materia di spesa sanitaria;

premesso che:

per l'anno 2002 il risparmio che le regioni dovranno realizzare per la farmaceutica, rispetto al 2001, con l'applicazione del decreto-legge n. 347 del 2001 è pari a lire 6.200 miliardi, salvo l'ammontare sostitutivo che le regioni dovessero realizzare ricorrendo all'applicazione di imposte quali le variazioni dell'aliquota addizionale regionale dell'imposta sul reddito delle persone fisiche; le norme e le previsioni di spesa contenute nel decreto-legge n. 347 del 2001, proprio per la natura di emergenza di tale fonte norma-

tiva, non sono state, per motivi di spesa, approfondite da studi di settore o da dettagliate analisi economiche;

i provvedimenti citati, salvo quanto le regioni ricaveranno dal loro sistema fiscale ancora da sperimentare, graveranno totalmente sul sistema industriale ed eventualmente distributivo, che da due terzi della crescita di spesa per gli anni 2000-2002, valutabile in circa 8.000 miliardi (e cioè 5.700 miliardi), non ha avuto alcun beneficio, essendo questa cifra dovuta al mancato gettito del *ticket* e a prescrizioni farmaceutiche, passate dai privati a carico del servizio sanitario nazionale per la relativa spesa, per effetto della abolizione del *ticket* e dei provvedimenti amministrativi del Ministero della sanità;

i 6.200 miliardi di lire da risparmiare rappresentano il 25 per cento del fatturato 2001 del settore farmaceutico;

un taglio medio del fatturato del settore pari al 25 per cento, riferito a ciascuna impresa farmaceutica, può variare dallo zero al 100 per cento con sicure conseguenze disastrose per le aziende più colpite,

impegna il Governo

e, in particolare, il ministro della salute ed il ministro dell'economia e delle finanze, nell'ambito delle loro competenze, ad estendere il periodico monitoraggio allo stato di tenuta e di redditività dell'industria farmaceutica operante in Italia e delle categorie distributive.

9/1876/45. Pinto.

