

500.

Allegato A

## DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA

### COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

#### INDICE

|                                                                                                                                        | PAG. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PAG.     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Comunicazioni</b> .....                                                                                                             | 3    | Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5        |
| Missioni vevoli nella seduta del 12 ottobre 2015 .....                                                                                 | 3    | Commissione di garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali (Trasmissione di documenti) .....                                                                                                                                                                                                                                                  | 5        |
| Progetti di legge (Annunzio; Annunzio di proposte di legge d'iniziativa regionale; Assegnazione a Commissioni in sede referente) ..... | 3    | Autorità garante della concorrenza e del mercato (Trasmissione di un documento) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5        |
| Corte dei conti (Trasmissioni di documenti) ..                                                                                         | 4    | Atti di controllo e di indirizzo .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 6        |
| Documento ministeriale (Trasmissione) .....                                                                                            | 5    | <b>Mozioni Rondini ed altri n. 1-01008, Di Vita ed altri n. 1-01009, Dorina Bianchi ed altri n. 1-01010, Nicchi ed altri n. 1-01011 e Pa-<br/>lese n. 1-01012 concernenti iniziative per assicurare adeguate risorse al Servizio sanitario nazionale e per l'introduzione del sistema dei costi <i>standard</i> quale presupposto per l'effettività del diritto alla salute</b> ..... | <b>7</b> |
| Sottosegretario di Stato agli affari esteri e alla cooperazione internazionale (Trasmissione di un documento) .....                    | 5    | Mozioni .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 7        |
| Commissario di cui all'articolo 86 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Trasmissione di un documento) .....                           | 5    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |

**N. B.** Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

PAGINA BIANCA

## COMUNICAZIONI

### **Missioni valevoli nella seduta del 12 ottobre 2015.**

Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alli, Amendola, Amici, Baldelli, Bellanova, Bernardo, Biondelli, Bobba, Bocci, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Causin, Censore, Cimbro, Cirielli, Costa, D'Alia, Dambruoso, De Micheli, Del Basso de Caro, Dellai, Di Gioia, Di Lello, Luigi Di Maio, Fedriga, Ferranti, Fico, Fioroni, Fontanelli, Formisano, Franceschini, Frusone, Garofani, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Gozi, La Russa, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuoli, Marazziti, Merlo, Migliore, Morassut, Orlando, Pisicchio, Portas, Ravetto, Realacci, Rigoni, Rosato, Domenico Rossi, Rughetti, Sani, Scagliusi, Scalfarotto, Sorial, Tabacci, Tidei, Velo, Vignali, Zanetti.

### **Annunzio di proposte di legge.**

In data 9 ottobre 2015 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

GEBHARD ed altri: « Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana e della lingua dei segni italiana tattile e per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde

e sordo-cieche nonché per la tutela dell'uso della lingua dei segni delle minoranze linguistiche storiche » (3355);

SCHULLIAN ed altri: « Modifiche al codice civile concernenti le distanze tra costruzioni e dai confini » (3356);

BONAFEDE e COZZOLINO: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione della comunità agricola "Il Forteto" » (3357).

Saranno stampate e distribuite.

### **Annunzio di proposte di legge d'iniziativa regionale.**

In data 9 ottobre 2015 è stata presentata alla Presidenza, ai sensi dell'articolo 121 della Costituzione, la seguente proposta di legge:

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO: « Modifica all'articolo 6 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, concernente il divieto di ricerca, prospezione e coltivazione di idrocarburi liquidi e gassosi » (3358).

Sarà stampata e distribuita.

### **Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.**

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di

legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoindicate Commissioni permanenti:

*I Commissione (Affari costituzionali):*

ZOGGIA ed altri: « Modifica all'articolo 1 della legge 7 aprile 2014, n. 56, per la semplificazione dell'elezione diretta del sindaco e del consiglio metropolitano » (3296) *Parere della V Commissione;*

COZZOLINO: « Disposizioni in materia di estensione del diritto di visita dei parlamentari » (3316) *Parere delle Commissioni V, VIII, XII (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento) e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

*II Commissione (Giustizia):*

FREGOLENT ed altri: « Disposizioni per la diffusione di società che perseguono il duplice scopo di lucro e di beneficio comune » (3321) *Parere delle Commissioni I, V, VI, X (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), XII e XIV.*

*VI Commissione (Finanze):*

MERLO e BORGHESE: « Disposizioni concernenti l'istituzione di zone economiche speciali (ZES) nelle aree depresse » (3314) *Parere delle Commissioni I, V, VIII, X (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), XI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, relativamente alle disposizioni in materia previdenziale), XII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

*X Commissione (Attività produttive):*

BORGHESE e MERLO: « Norme per la tracciabilità dei prodotti italiani e per il contrasto della contraffazione » (3320) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V, XI, XII, XIII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

**Trasmissioni dalla Corte dei conti.**

Il Presidente della Corte dei conti, con lettera in data 7 ottobre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, la relazione, approvata dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte stessa il 6 ottobre 2015, sulla tipologia delle coperture adottate e sulle tecniche di quantificazione degli oneri relativamente alle leggi pubblicate nel quadrimestre maggio-agosto 2015 (Doc. XLVIII, n.10).

Questa relazione è trasmessa alla V Commissione (Bilancio).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 8 ottobre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria della Fondazione La Biennale di Venezia, per l'esercizio 2014. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 316).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VII Commissione (Cultura).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 8 ottobre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Unione nazionale mutilati per servizio (UNMS), per gli esercizi 2012 e 2013. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 317).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla XI Commissione (Lavoro).

**Trasmissione dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali.**

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con lettera in data 8 ottobre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 20 della legge 8 luglio 1998, n. 230, la relazione sull'organizzazione, sulla gestione e sullo svolgimento del servizio civile ai sensi della medesima legge n. 230 del 1998, recante nuove norme in materia di obiezione di coscienza, riferita all'anno 2014 (Doc. CLVI, n. 3).

Questa relazione è trasmessa alla I Commissione (Affari costituzionali).

**Trasmissione dal Sottosegretario di Stato agli affari esteri e alla cooperazione internazionale.**

Il Sottosegretario di Stato agli affari esteri e alla cooperazione internazionale, con lettera in data 6 ottobre 2015, ha comunicato, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 6 febbraio 1992, n. 180, concernente la partecipazione dell'Italia alle iniziative di pace e umanitarie in sede internazionale, l'intenzione di concedere un contributo al Centro studi di politica internazionale (CESPI) per il progetto «Pratiche e idee per la mobilità e lo sviluppo nel Processo di Khartoum».

Questa comunicazione è trasmessa alla III Commissione (Affari esteri).

**Trasmissione dal Commissario di cui all'articolo 86 della legge 27 dicembre 2002, n. 289.**

Il Commissario di cui all'articolo 86 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, con lettera in data 1° ottobre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, primo periodo, del decreto-legge 12 maggio 2014, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 luglio 2014, n. 97, la relazione sull'attività svolta dal medesimo

Commissario e sull'entità dei lavori ancora da eseguire, nonché la relativa rendicontazione contabile, aggiornata al 30 settembre 2015 (Doc. CCXIX, n. 3).

Questa relazione è trasmessa alla VIII Commissione (Ambiente).

**Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.**

La Commissione europea, in data 9 ottobre 2015, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, la relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sul seguito dato al discarico per l'esercizio 2013 (Sintesi) (COM(2015) 505 final), che è assegnata, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alla V Commissione (Bilancio), con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

**Trasmissione dalla Commissione di garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali.**

Il Presidente della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali, con lettera in data 24 settembre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 13, comma 1, lettera n), della legge 12 giugno 1990, n. 146, copia dei verbali delle sedute della Commissione relative ai mesi di maggio, giugno e luglio 2015.

Questa documentazione è trasmessa alla XI Commissione (Lavoro).

**Trasmissione dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato.**

Il Presidente dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, con lettera in data 8 ottobre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 21 della legge 10 ottobre 1990, n. 287, una segnalazione in merito all'articolo 68 del codice della proprietà industriale, di cui al decreto legislativo 10

febbraio 2005, n. 30, per la parte relativa alla cosiddetta « eccezione galenica ».

Questo documento è trasmesso alla X Commissione (Attività produttive) e alla XII Commissione (Affari sociali).

**Atti di controllo e di indirizzo.**

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

**MOZIONI RONDINI ED ALTRI N. 1-01008, DI VITA ED ALTRI N. 1-01009, DORINA BIANCHI ED ALTRI 1-01010, NICCHI ED ALTRI N. 1-01011 E PALESE N. 1-01012 CONCERNENTI INIZIATIVE PER ASSICURARE ADEGUATE RISORSE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E PER L'INTRODUZIONE DEL SISTEMA DEI COSTI STANDARD QUALE PRESUPPOSTO PER L'EFFETTIVITÀ DEL DIRITTO ALLA SALUTE**

**Mozioni**

La Camera,

premesso che:

il decreto-legge «enti locali» approvato nel mese di agosto 2015, taglia 2,3 miliardi di euro al fondo sanitario, ridotto a 109,7 miliardi di euro per il 2015. Nel 2010 era di 112,6 miliardi di euro. I settori colpiti sono: beni e servizi – dispositivi medici, farmaceutica, appropriatezza (prestazioni di specialistica e riabilitazione), ospedali (chiusura con meno di 40 posti letto, personale, pubblici e privati);

appare importantissimo togliere il velo su di un equivoco: non c'è alcuna *spending review*. I 2,3 miliardi di euro tagliati dal 2015 in poi da questo Esecutivo sono, ad avviso dei firmatari del presente atto di indirizzo, i soliti tagli lineari;

questi 2,3 miliardi di euro non sono affatto un anticipo della *spending review*, ma tagli già inseriti nel bilancio 2015 dalla legge di stabilità per il 2015 per coprire gli 80 euro: in sostanza, il Governo ha concordato con le regioni un taglio 4 miliardi di euro, *motu proprio*. La sanità rappresenta il 75 per cento dei *budget* regionali: alla fine i governatori si sono accordati con l'Esecutivo per tagliare dal

Servizio sanitario nazionale questi 2,3 miliardi di euro, l'accordo è datato 2 luglio 2015. Lo stesso Governo aveva però firmato un «Patto per la salute» con le regioni in cui si diceva che tutti i risparmi nella sanità restavano nella sanità: invece servono anche a ridurre il *deficit* o, se va bene, ad abolire l'Imu;

era il 15 novembre 2012 quando scadeva il termine per sottoscrivere il patto per la salute 2013-2015, determinando, senza alcuna mediazione delle regioni, l'applicazione delle misure di contenimento della spesa pubblica che hanno sottratto alla sanità oltre 30 miliardi di euro. Negli anni successivi, il rapido avvicinarsi di tre Esecutivi, l'assenza di programmazione sanitaria e l'entità rapidità dei tagli hanno causato uno sconvolgimento senza precedenti nella sanità pubblica, tanto da indurre la Camera dei deputati e il Senato della repubblica ad avviare parallelamente due indagini sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale;

il 10 luglio 2014 Governo e regioni sottoscrivono il Patto per la salute che fissa le risorse per la sanità e definisce la programmazione sanitaria per il triennio 2014-2016 con due fondamentali precisa-

zioni. Con la prima — «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico» — non si esclude la possibilità di nuovi tagli per esigenze di finanza pubblica. Con la seconda — «i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie» — il Patto per la salute lancia tra le righe il principio di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), precisando che quanto recuperato dalle regioni in ambito sanitario non deve essere «distratto» verso altri settori;

da allora professionisti sanitari e cittadini hanno assistito impotenti alla progressiva scadenza degli adempimenti del Patto per la salute sotto il segno di una «schizofrenia» legislativa che, ad avviso dei firmatari del presente atto di indirizzo, ha permesso al Governo di depauperare le risorse del Servizio sanitario nazionale scaricando sempre le proprie responsabilità;

i numeri del comparto del settore sanitario dimostrano la contrazione della dotazione della spesa pubblica: nel 2010 il Servizio sanitario nazionale veniva finanziato con 112,6 miliardi di euro (circa il 7,1 per cento del prodotto interno lordo dell'epoca), con 110 miliardi di euro nel 2012 e circa 111 miliardi di euro nel 2014 (6,9 per cento del prodotto interno lordo);

per capire le dimensioni dell'impoverimento del Servizio sanitario nazionale si deve tenere conto di due fattori. Esiste — ha scritto la Camera dei deputati alla fine di un'indagine conoscitiva — un «aumento considerato inevitabile in tutti i sistemi sanitari, intorno al 2 per cento annuo, dovuto al combinato disposto di nuove tecnologie e invecchiamento progressivo». In secondo luogo, va tenuto conto anche dell'aumento generale dei prezzi. I numeri veri sono questi: nel

2016 i tagli sommati dei vari Governi ammonteranno a 30 miliardi di euro in sei anni, gli investimenti a zero euro. La spesa sanitaria dal 2010 a oggi è calata in ogni comparto, personale compreso, con l'unica eccezione dei farmaci ospedalieri;

i confronti internazionali dimostrano l'assunto certificato dall'Ocse: nel 2013 la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) era l'8,8 per cento del prodotto interno lordo, quella tedesca l'11 per cento, quella francese il 10,9 per cento, quella greca e portoghese il 9 per cento (nel frattempo si è tagliato ancora). Se si volesse investire, in percentuale, quanto la Germania, il fondo del Servizio sanitario nazionale dovrebbe costare 30 miliardi di euro in più. La spesa sanitaria nazionale *pro capite* (3.077 dollari contro i 3.453 della media Ocse) tra il 2009 e il 2013 è calata in media dell'1,6 per cento l'anno, come quella spagnola. Peggio dell'Italia solo Portogallo (- 3,3 per cento), Irlanda (-4 per cento) e Grecia (-7,2 per cento);

al fine di evitare che anche le regioni «virtuose» siano continuamente oggetto di tagli lineari la soluzione invocata è quella dei costi *standard* che rappresentano il nuovo modello economico di riferimento sul quale fondare il finanziamento integrale dell'attività pubblica afferente l'erogazione ai cittadini dei principali diritti sociali (sanità, assistenza sociale e istruzione, nonché trasporto pubblico locale);

il concetto dei costi *standard* è legato a due fondamentali scopi: quello di ottimizzare e omogeneizzare i valori produttivi e, attraverso di essi, contenere i prezzi, e quello di valutare gli scostamenti dei costi reali e, con essi, lo stato di efficienza del sistema produttivo;

se in tutto il Paese venissero applicati i costi sanitari *pro capite* della regione Lombardia, pari a 1240 euro, si avrebbe un risparmio strutturale di 27 miliardi di euro all'anno corrispondenti all'ammontare di un'intera manovra finan-

ziaria, che ben supera la copertura per iva ed Imu; con le ingenti risorse liberate si potrebbero assumere iniziative di defiscalizzazione per le imprese;

recentemente si è aggiunta la stretta riguardante 208 prestazioni su 1700 erogate dal Servizio sanitario nazionale; il medico che violerà la disposizione verrà punito con un taglio dello stipendio: una sanzione del genere costringe il medico a non svolgere appieno la propria funzione;

una recente ricerca ha evidenziato che, con il perdurare della crisi economica, il 46 per cento delle famiglie rinuncia ad alcune cure sanitarie primarie perché non è in grado di sostenerne i costi. Il 14 per cento del reddito familiare annuo è destinato alle spese mediche; ogni famiglia spende circa 2000 euro all'anno per prestazioni essenziali e il 13 per cento si indebita per curarsi. Il 38 per cento dei concittadini rinuncia alle cure odontoiatriche, il 22 per cento a quelle oftalmiche e il 15 per cento alla riabilitazione,

impegna il Governo:

a garantire il diritto alla salute per i cittadini previsto dall'articolo 32 della Costituzione attraverso la ridefinizione dei tagli previsti al fondo per la sanità e la revisione dei recenti tagli alle prestazioni sanitarie;

ad assumere iniziative per un'immediata introduzione del sistema dei costi *standard* essendo il presupposto fondamentale per garantire il diritto alla salute, facendo sì che il costo ragionevole dei servizi e degli strumenti sanitari, a parità di disponibilità finanziarie, diventi il riferimento nazionale nell'ambito delle politiche sanitarie.

(1-01008) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attagui, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

La Camera,

premesso che:

in Italia, nonostante si possano annoverare anche risultati di eccellenza, la spesa sanitaria è di dimensioni contenute, sia in rapporto assoluto che in rapporto al prodotto interno lordo. Il Servizio sanitario nazionale ha dovuto subire negli ultimi anni, in piena continuità da parte dei Governi che si sono succeduti, una forte restrizione delle risorse, in termini finanziari, di personale e strutturali;

la crisi economica e le restrizioni operate sulla sanità pubblica, un vero « bancomat » nell'approccio del Governo, hanno pregiudicato e non poco le condizioni di accesso e fruibilità ai complessivi servizi sanitari sia di prevenzione che di cura, da parte della popolazione più svantaggiata e debole economicamente, aggravando di fatto le già persistenti disuguaglianze territoriali esistenti;

in particolare, nelle regioni soggette ai piani di rientro chiamate a contribuire alla riduzione della spesa si sono evidenziati effetti negativi sia sulla capacità di erogare servizi, sia sul funzionamento degli stessi;

i vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale, in particolare il blocco del *turnover*, hanno di fatto indebolito il servizio sanitario in tutte le regioni, anche se con un peso diversificato da regione a regione, tanto che da più parti si chiede di introdurre elementi di flessibilità;

l'informatizzazione e le tecnologie digitali possono e devono contribuire non solo a migliorare l'integrazione dei servizi ma anche a garantire sempre più la trasparenza delle informazioni, anche in relazione alla gestione del Servizio sanitario nazionale. Da questa innovazione i benefici attesi secondo recenti studi potrebbero produrre, anche nel breve termine, un risparmio annuo di circa 6 miliardi di euro di spesa sanitaria, migliorando al contempo i livelli di assistenza, da qui la

necessità di procedere all'attuazione integrale dell'articolo 14 del Patto per la salute;

in Italia, pochi dati possono rendere meglio di tante parole quale è stata l'incidenza della riduzione delle risorse: nel 2012 la spesa sanitaria complessiva sia pubblica che privata è scesa al 9,2 per cento, mentre nel 2009 era del 9,4 per cento; la spesa sanitaria continua ad essere soggetta a riduzioni; infatti dai 112,5 miliardi di euro del 2010 si è giunti ai circa 109 miliardi di euro nel 2013;

il Documento di economia e finanza del 2015 prevede una riduzione della spesa sanitaria al 6,8 per cento nel 2015 per arrivare al 6,5 per cento del prodotto interno lordo nel 2019. Se non bastasse questo, si è previsto un taglio di circa 2,3 miliardi di euro al Fondo sanitario nazionale a decorrere dal 2015;

il decreto-legge n. 78 del 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 2015, ha rivisto l'elenco di visite ed esami a carico del Servizio sanitario nazionale, con il risultato che il 12 per cento delle prestazioni (208) oggi gratuite saranno mutuabili secondo le condizioni del paziente, limitando di fatto i medici nella loro attività al fine di evitare eventuali sanzioni per la violazione del nuovo criterio di appropriatezza;

si assiste, inoltre, al fatto che le regioni risparmino più di quanto loro richiesto dalle manovre di finanza pubblica, questo per evitare di essere loro a dover coprire le spese in eccesso e da questo deriva una pesante ricaduta sui cittadini;

il Governo ha affermato che non si tratta di tagli lineari ma di razionalizzazioni che produrranno maggiore efficienza ed efficacia del Servizio sanitario nazionale; appare evidente che se i risparmi derivassero dalla lotta agli sprechi e ai privilegi, dall'applicazione omogenea di costi *standard* e dalla centralizzazione degli acquisti e se questi restassero nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, si

potrebbe ipotizzare, ad esempio, il rinnovo dei contratti del personale sanitario e lo sblocco del *turnover*, il finanziamento dell'informatizzazione effettiva dell'intero Servizio sanitario nazionale, l'aumento delle risorse per il fondo per le non autosufficienze, il finanziamento del piano per la disabilità e lo sviluppo della rete territoriale dei servizi;

in campo sanitario si pone la necessità di una maggiore attenzione verso le misure da attuare nel settore socio-sanitario, in particolare relativamente al sostegno alle persone disabili, soprattutto al fine di attuare il programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (in particolare la linea di intervento 1) adottato dal Consiglio dei ministri nel novembre 2013 e mai finora finanziato in alcuna delle parti che lo compongono;

la prima relazione dell'Unione europea sulla lotta alla corruzione, pubblicata il 3 febbraio 2014, indica l'Italia tra i Paesi in cui il fenomeno è più grave, tanto che il giro degli affari relativo alla corruzione nel nostro Paese è valutato in circa 60 miliardi di euro l'anno; la stessa Guardia di finanza nell'ultimo rapporto ha evidenziato nella sanità pubblica un danno erariale accertato di circa 800 milioni di euro nel solo primo semestre 2015;

dalle stesse citate indagini della Guardia di finanza condotte in 18 regioni emerge che solo 83 dirigenti della sanità hanno prodotto un danno erariale di 6 milioni di euro, evidenziando così come anche il sistema di nomina politica e valutazione incida sullo sperpero di risorse pubbliche;

la riforma del citato titolo V della parte II della Costituzione ha di fatto complicato l'attuazione dei costi *standard* e della centralizzazione degli acquisti, che ad oggi non trova ancora rapida ed efficace applicazione. Non esiste giustificazione alcuna per cui un presidio sanitario

di uso comune debba avere differenze di prezzo, anche nella misura di cinque volte, da una regione all'altra. Sistemi europei di centralizzazione degli acquisti per la pubblica amministrazione sono attivi da anni e hanno dimostrato di essere il metodo più efficace e rapido per ridurre la spesa per garantire la qualità dei prodotti sanitari. La mancata applicazione in Italia di tali processi, anche a causa delle reticenze delle regioni e degli enti locali, determina uno sperpero di denaro pubblico ingiustificabile, che deve al più presto essere interrotto;

in realtà, la contrazione delle risorse ha prodotto un'offerta sanitaria pubblica che ha ridotto i posti letto, ha reso le condizioni degli operatori sempre più difficili a fronte anche di un'anzianità di servizio sempre più elevata, ha ridotto i servizi e ha spinto o indotto chi poteva economicamente a rivolgersi ai servizi privati, che non a caso sono in aumento, e questo comporta anche un travaso di risorse pubbliche a privati convenzionati;

nel 2013 l'11 per cento della popolazione ha dichiarato di avere rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria mentre il 5,6 per cento ha dichiarato che la rinuncia era dovuta a motivi economici. Di fatto, almeno tre milioni di italiani hanno evitato il ricorso all'assistenza sanitaria per motivi economici in particolare nel Sud e nelle isole;

nelle stesse regioni con piani di rientro aumentano le persone che pagano per intero gli accertamenti sanitari proprio dove l'offerta di servizi ha subito maggiori limitazioni e la compartecipazione dei cittadini è più elevata;

lo stesso *project financing*, che consiste nel coinvolgimento di soggetti privati nella compartecipazione ai costi per le opere pubbliche, in particolare nella sanità, rappresenta una voragine sulla quale intervenire in quanto tali interventi non lasciano di fatto traccia nei bilanci pubblici, non risultando né tra gli investimenti, né tra i debiti che gli addetti ai

lavori, con stime prudenti, quantificano come indebitamento implicito per decine di miliardi di euro,

impegna il Governo

a prevedere il superamento effettivo della riduzione sistematica delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale e del taglio delle prestazioni da erogare attraverso le seguenti iniziative:

a) condurre a termine, entro la prossima legge di stabilità, l'*iter* di attuazione dei costi *standard* e della centralizzazione degli acquisti, uniformando le spese e la variazione dei costi per l'acquisto e la fornitura di dispositivi, farmaci ospedalieri, materiali, apparecchiature e servizi in ambito sanitario;

b) ritirare la tabella recante le condizioni di erogabilità delle 208 prestazioni specialistiche e le sanzioni economiche previste per i medici, al fine di procedere alla definizione di un programma nazionale e di linee guida per la promozione dell'appropriatezza, di concerto con le regioni, con le società scientifiche accreditate, le associazioni dei cittadini e dei pazienti e le competenti Commissioni parlamentari, sentite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), l'Istituto superiore di sanità e l'Agenzia italiana del farmaco;

c) prevedere che i risparmi derivanti dalla *spending review* in ambito sanitario e socio-sanitario vengano reinvestiti esclusivamente nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, al fine di ampliare ulteriormente i servizi erogati ai cittadini dal comparto sanitario;

d) emanare provvedimenti efficaci e sistematici volti a prevenire i meccanismi e le prassi amministrative che favoriscono l'insorgenza di fenomeni di corruzione che incidono o determinano condizioni di inefficacia e inefficienza nell'erogazione dei servizi di tutela della salute, nonché gli sprechi di risorse pubbliche, in particolare in relazione alla gestione delle aziende sanitarie locali;

e) rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche, nonché dei pagamenti effettuati, dando concreta attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza, in particolare al decreto legislativo n. 33 del 2013, che si focalizza sulla pubblicazione *on-line* delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni;

f) completare il programma di informatizzazione del Sistema sanitario nazionale previsto dall'articolo 14 del Patto per la salute, entro e non oltre le scadenze programmate dall'Agenda digitale, con particolare riferimento al fascicolo sanitario elettronico, alle ricette digitali, alla dematerializzazione di referti e cartelle cliniche e alle prenotazioni e ai pagamenti *on-line*;

g) ai fini dell'effettiva razionalizzazione ed efficacia della spesa sanitaria, intraprendere il processo di sperimentazione del socc - lo strumento operativo di controllo per il monitoraggio dei livelli di corruzione sviluppato dall'Istituto per la promozione dell'etica in sanità (Ispe) -, o comunque di qualsiasi altro modello gestionale analogo messo a punto da *équipe* indipendenti di esperti nel settore da sviluppare e applicare anche in via sperimentale, inizialmente anche solo in talune regioni selezionate;

h) verificare gli effetti, soprattutto in termini economico-finanziari, dell'utilizzo del cosiddetto *project financing* per l'edilizia ospedaliera, e promuovere la riforma del citato istituto al fine di prevenire il dilagare di fenomeni corruttivi e lo spreco di risorse a danno della finanza pubblica connessi alla sua applicazione;

i) provvedere tempestivamente, in seno alla Conferenza tra Stato, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, alla revisione del Patto per la salute 2014-2016 nella parte in cui all'articolo 6 « Assistenza socio-sanitaria », ai commi 1 e 2, sancisce un'ingiustificabile limitazione all'erogazione degli interventi relativi alla non autosufficienza, alla disabilità, alla salute mentale adulta e dell'età evolutiva,

alle dipendenze, all'assistenza ai minori ed altro nei limiti delle risorse programmate per il sistema sanitario regionale;

l) promuovere la riforma della normativa che disciplina il processo di nomina e valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie tenuto conto dei sistemi « *check and balance* »;

m) al fine di produrre risparmi della spesa pubblica, intraprendere la riforma delle modalità di accertamento dell'invalidità, in particolare eliminando o riducendo inefficienze e iniquità, tramite l'introduzione in sede di verifica, degli *standard ICF (International classification of functioning, disability and health)*, come previsto dalla linea di intervento 1 del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità adottato dallo stesso Governo;

n) promuovere, per quanto di competenza, anche di concerto con la Conferenza delle regioni, la semplificazione e l'attuazione delle procedure di mobilità interregionale del personale sanitario in relazione alle piante organiche e alla garanzia di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;

o) garantire, per quanto di competenza, che la riduzione delle auto di servizio blu o grigie, in particolare nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sia attuata senza ulteriori azioni dilatorie tese a mantenere un inutile privilegio oneroso per la finanza pubblica e dal quale potrebbero derivare risparmi per centinaia di milioni di euro.

(1-01009) « Di Vita, Grillo, Baroni, Colonese, Silvia Giordano, Mantoro, D'Inca ».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga)

La Camera,

premessi che:

negli ultimi anni si è assistito ad un'evoluzione normativa finalizzata a razionalizzare la spesa degli enti del Servizio sanitario nazionale; da ultimo, ai fini del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'articolo 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, e in attuazione di quanto stabilito dalla lettera e) dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015, prevista dall'articolo 1, comma 398, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, gli articoli 9-bis e seguenti del decreto-legge n. 78 del 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 2015 - introdotti in sede di conversione con emendamento del Governo, hanno individuato specifiche misure di razionalizzazione della spesa sanitaria; in particolare, tali misure sono volte a:

a) concorrere alla riduzione, su base annua del 5 per cento, della spesa per beni e servizi e dei dispositivi medici sostenuta dagli enti del Servizio sanitario nazionale; con un risparmio su base annua per l'anno 2015 di 788 milioni di euro e di 805 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016;

b) introdurre disposizioni volte a disciplinare il meccanismo del « *pay-back* » in caso di superamento del tetto di spesa da parte dei fornitori dei dispositivi medici;

c) prevedere, entro il 30 settembre 2015, la conclusione, da parte dell'Aifa, della rinegoziazione dei prezzi dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale, con le aziende farmaceutiche, dei prezzi dei medicinali compresi nell'ambito dei raggruppamenti terapeutici assimilabili;

d) rinviare a un decreto ministeriale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'individuazione delle condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatazza; il risparmio complessivo stimato per tale misura è pari a circa 106 milioni di euro, a fronte di una riduzione complessiva di prestazioni stimate nel settore pubblico e privato per un valore tariffario di 192 milioni di euro;

e) ridurre il numero dei ricoveri in regime di riabilitazione ospedaliera potenzialmente inappropriati sotto il profilo clinico e ridurre le giornate di ricovero oltre quelle definite appropriate;

le misure sopra sintetizzate, unitamente a quelle già poste in essere – quali, ad esempio, il regolamento sugli *standard* ospedalieri – hanno il merito di essere finalizzate a garantire l'utilizzo etico delle risorse pubbliche, la riduzione degli sprechi e, quindi, la riduzione della spesa pubblica, senza pregiudicare o limitare la qualità delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale;

non vi è dubbio, infatti, che la tutela della salute, diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, è garantita attraverso il Servizio sanitario nazionale; ma è pur vero che, nel rispetto delle vigenti disposizioni, devono essere posti a carico del Servizio sanitario nazionale le forme di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano specifiche condizioni cliniche o di rischio, nonché evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute;

va anche detto che parallelamente alla riduzione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, di cui sopra, sono previste misure che possano consentire a tutte le regioni di efficientare il loro servizio sanitario regionale, dal momento che anche nelle regioni cosiddette « *benchmark* » pos-

sono esistere aree di inefficienza gestionale e/o aree di inappropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, tali da far ritenere che anche le regioni oggi più « performanti » (e in equilibrio di bilancio) possano ridurre i propri costi, mantenendo comunque inalterati i livelli e la qualità dei servizi. Ecco perché anche interventi in tema di inappropriatezza risultano essere necessari per un'ottimizzazione delle risorse destinate alla sanità, che consenta di aggredire ambiti del sistema sanitario ove sussistono sprechi;

va ricordato che sprecare risorse equivale a sottrarre le stesse ad altri impieghi particolarmente necessari per la tutela della salute, come possono essere gli investimenti per i farmaci innovativi e per le malattie rare;

peraltro, stante la normativa vigente in materia di ripianamento dei disavanzi, che pone l'intero onere della copertura a carico delle regioni, le misure di contenimento della spesa, dettate a livello nazionale, non possono che andare nella direzione di offrire alle regioni medesime gli strumenti necessari per rimanere in equilibrio economico-finanziario o, comunque, per non alterarlo;

inoltre, gli interventi previsti dalla normativa citata vanno saldati anche con una politica che renda finalmente effettivi i costi *standard*, così da misurare le aree di inefficienza e di inappropriatezza e per verificare progressivamente gli sviluppi del sistema, con l'obbligo per le stesse regioni che hanno costi superiori a quelli delle regioni *benchmark* di efficientare il sistema;

peraltro, le disposizioni sopra richiamate consentono, coerentemente con quanto convenuto nell'intesa del 2 luglio 2015, che le regioni, al fine di salvaguardare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, possano comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario a loro carico, anche adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario;

va tenuto conto di quanto già posto in essere con le misure di razionalizzazione della spesa sanitaria,

impegna il Governo:

pur confermando le riduzioni dei finanziamenti al Servizio sanitario nazionale, di cui al decreto-legge n. 78 del 2015 (cosiddetto decreto enti locali), convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 2015, a proseguire nella promozione e nell'adozione di iniziative, anche normative, volte ad implementare interventi responsabili, da parte di tutti gli attori istituzionali coinvolti, a garanzia e a sostegno del diritto alla salute e alle cure dei cittadini, nonché a tutela del Servizio sanitario nazionale;

ad assumere, già a partire dal prossimo disegno di legge di stabilità, specifiche iniziative dirette a garantire che l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e del nomenclatore protesico venga compiuto indifferibilmente entro il 2016;

a proseguire, già nell'ambito del prossimo disegno di legge di stabilità, sul percorso avviato di stabilizzazione dei precari che da anni svolgono attività nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

su di un piano più generale, a dare attuazione alle previsioni del Patto per la salute 2014-2016 che impongono di reinvestire in sanità, segnatamente per le finalità di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e del nomenclatore protesico, nonché per le esigenze connesse all'erogazione di farmaci innovativi, i risparmi derivanti da misure di razionalizzazione in campo sanitario.

(1-01010) « Dorina Bianchi, Calabrò, Roccella ».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga)

La Camera,

premessi che:

da troppo tempo si sta assistendo a un'intollerabile « girandola » di dichiarazioni, tutte interne al Governo, che si contraddicono tra di loro e cambiano ogni giorno i numeri relativi al finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

il 30 settembre 2015, nell'Aula della Camera dei deputati, il Presidente del Consiglio dei ministri confermava quanto da lui stesso dichiarato nei giorni precedenti, ossia che il fondo sanitario nazionale poteva contare su 110 miliardi di euro per il 2015, e su 111 miliardi di euro nel 2016;

15 giorni prima, il 15 settembre 2015, la Ministra Lorenzin dichiarava che proprio per « la sostenibilità delle sfide che abbiamo in campo, sotto i 112 miliardi di euro non si può andare », dando così una cifra diversa da quella del Presidente del Consiglio dei ministri;

peraltro nello stesso giorno in cui il Presidente del Consiglio dei ministri alla Camera dei deputati parlava di 111 miliardi di euro nel 2016, la medesima Camera stava esaminando la nota di aggiornamento al documento di economia e finanza presentata dal suo Governo, dove è scritto chiaramente che la spesa sanitaria per il 2016 sarà di 113,4 miliardi di euro. Un aumento programmato frutto dell'accordo in Conferenza Stato-regioni del 2 luglio 2015. Il Presidente del Consiglio dei ministri, quindi, oltre a contraddire la Ministra Lorenzin, smentiva di fatto se stesso, dando un importo per il Servizio sanitario nazionale di 2,4 miliardi di euro inferiore a quanto scritto nella nota di aggiornamento al documento di economia e finanza;

il 1° ottobre 2015 ancora la Ministra della salute, rispetto alle dichiarazioni spiazzanti del Presidente del Consiglio dei ministri, dichiarava che: « L'aumento non è stato quanto ci aspettavamo (...), se me lo si chiede, per me ci vuole di più »;

al di là di questo « balletto » di cifre, rimane il fatto che meno di un anno fa, la legge di stabilità per il 2015 aveva stabilito in 115,44 miliardi di euro per il 2016 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato;

il decreto-legge n. 78 del 2015, approvato nell'agosto 2015, ha ridotto le risorse previste per il 2016 (e per gli anni successivi) per il Servizio sanitario nazionale di circa 2,35 miliardi di euro;

il risultato finale, dopo le dichiarazioni del Presidente del Consiglio dei ministri, è che per il 2016 si passerà dai 115,4 miliardi, previsti dalla legge di stabilità per il 2015, a 111 miliardi di euro;

in pratica in meno di un anno le risorse assegnate dal Governo alla sanità pubblica si sono ridotte di oltre 4 miliardi di euro rispetto a quanto previsto;

se poi si passa dai dati assoluti ai dati percentuali, si vede come la spesa per la sanità pubblica in rapporto al prodotto interno lordo andrà diminuendo negli anni. Infatti, le previsioni della suddetta nota di aggiornamento al documento di economia e finanza 2015, riguardo alla spesa sanitaria, confermano una crescita inferiore a quella del prodotto interno lordo, con un calo dal 6,8 per cento del 2015, al 6,7 per cento nel 2016 e 2017, al 6,6 per cento per il 2018, fino al 6,5 per cento per l'anno 2019, nel rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo. È quindi evidente la riduzione in termini percentuali della spesa sanitaria per i prossimi anni;

tutto ciò fa capire come il disegno di legge di stabilità per il 2016 in via di presentazione al Senato della Repubblica, porterà ad ulteriori riduzioni di risorse a danno del Servizio sanitario del nostro Paese. Insomma, il recente taglio di 2,352 miliardi di euro all'anno a decorrere dal 2015 non è stato sufficiente;

il Governo persevera con la politica dei tagli al Servizio sanitario nazionale, senza ricordare che la spesa sanitaria

pubblica italiana risulta inferiore a quella dei principali Paesi europei: poco meno di 2.500 dollari *pro capite* nel 2012, a fronte degli oltre 3.000 spesi in Francia e Germania;

anche il recentissimo rapporto sullo stato sociale 2015 del dipartimento di economia e diritto de «La Sapienza», Università di Roma, ha confermato come i dati della spesa sanitaria italiana, sia in rapporto al prodotto interno lordo (7 per cento) che *pro capite*, indichino che si è sotto la media dei rispettivi valori dell'Unione europea a 15 (8,7 per cento); dopo l'Italia ci sono solo Spagna, Grecia e Portogallo;

si è ancora molto lontani dall'uscire dal paradigma dei tagli ed entrare in quello della qualità. In questi ultimi anni, il nostro Paese è diventato più diseguale sul piano della garanzia delle cure, con territori periferici che negli anni si sono visti sottrarre servizi, tagliare prestazioni sanitarie e sociali, depauperare il sistema di protezione sociale. Con un sistema di prevenzione sempre più impoverito;

si sta sempre più andando verso un sistema sanitario a due binari: uno pubblico sempre meno efficiente e non adeguato, e destinato alle fasce sociali medie e basse, e un sistema misto pubblico-privato di sanità integrativa, finanziato con assicurazioni sanitarie private o di categoria, e con prestazioni spesso qualitativamente migliori destinate ai cittadini con maggiori possibilità economiche. Le politiche del definanziamento del Servizio sanitario nazionale e dei *ticket* di questi anni stanno, quindi, rendendo competitive le prestazioni private e mettono in crisi i diritti alle prestazioni sanitarie di larghe fasce di popolazione;

a confermare la strada intrapresa, che, di fatto, conduce a soluzioni privatistiche di uscita dalla crisi, è la ricerca Censis-Rbm salute, presentata nei mesi scorsi a Roma, dal quale emerge come il servizio sanitario pubblico è sempre più ingolfato per le lunghe liste d'attesa e per

gli italiani diventa più conveniente ricorrere alle strutture private. La scelta del privato spesso diventa un obbligo per accorciare i tempi. Così un miliardo di euro in più in un anno uscito dalle tasche degli italiani, per un totale di 33 miliardi di euro nel 2014 (+2 per cento rispetto all'anno precedente). A tanto ammonta la spesa sanitaria *out of pocket*. Mentre la spesa sanitaria pubblica supera i 110 miliardi di euro;

il medesimo rapporto Censis evidenzia come «pagare diventa per tutti, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alla prestazione in tempi realistici». Oltre 9 milioni di italiani hanno effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno nel privato a pagamento intero (2,7 milioni di questi sono persone a basso reddito);

a spingere sempre più cittadini a rivolgersi al privato, con sacrifici economici considerevoli, contribuiranno certamente le norme varate dal recente decreto-legge n. 78 del 2015, cosiddetto decreto enti locali;

l'articolo 9-*quater* del suddetto decreto-legge n. 78 del 2015 prevede, in particolare, una serie di misure volte alla riduzione delle prestazioni sanitarie inappropriate. In pratica si interviene su prestazioni specialistiche e riabilitative ritenute non necessarie, ma prescritte ugualmente dai medici, con misure penalizzanti (riduzione della retribuzione), per i medici stessi qualora questi non rispettino le condizioni di erogabilità e le indicazioni per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

sono norme che nelle intenzioni del Governo dovranno produrre dei risparmi, ma che nei fatti finiranno per avere ricadute negative sulla prevenzione e per ridurre il perimetro del servizio sanitario nazionale;

a pagarne le conseguenze sarà ancora una volta il cittadino che si vedrà « scaricare » la responsabilità di una prestazione sanitaria, che gli è stata prescritta ma che si giudica non appropriata. Al di fuori delle condizioni di erogabilità consentite, le prestazioni saranno, infatti, poste a totale carico dell'assistito, che si vedrà posto nella condizione di rivolgersi al privato, accollandosi così il relativo costo;

è in via di emanazione, previo passaggio in conferenza Stato-regioni, e a conclusione di un confronto con i soggetti interessati, il previsto decreto del Ministero della salute di attuazione dell'articolo 9-*quater* del suddetto decreto-legge n. 78 del 2015, che individua 208 misure che saranno soggette a condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva;

le suddette misure riguardano odontoiatria, radiologia, risonanze magnetiche, tac, esami di laboratorio e genetici, test allergici e molte altre. Chi vorrà sottoporsi alle prestazioni elencate nella bozza di decreto ministeriale potrà ottenerle a carico del Servizio sanitario nazionale solo a certe precise condizioni, altrimenti dovrà rivolgersi al privato e pagarle di tasca propria;

si tratta di misure che, volendo affrontare il problema reale della medicina difensiva, finiscono per tradursi in disposizioni sostanzialmente punitive nei confronti dei pazienti e dei medici;

tutto questo mentre nel nostro Paese è aumentata la povertà sanitaria. Sono raddoppiati i cittadini che hanno difficoltà ad acquistare medicinali, anche quelli con prescrizione medica. È uno scenario grave, che colpisce in modo profondo il diritto alla salute e l'accesso alla cura dei cittadini più esposti;

in sede di esame al Senato della Repubblica della nota di aggiornamento al documento di economia e finanza 2015, è stato approvato un emendamento alla risoluzione della maggioranza, con il quale

si chiede di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza delle prestazioni sociali, assicurando qualità e quantità dei servizi,

impegna il Governo:

ad incrementare, già dal disegno di legge di stabilità per il 2016, le risorse per il fondo sanitario nazionale e per la non autosufficienza, o perlomeno a confermare lo stanziamento di 113,4 miliardi di euro, come peraltro previsto dalla stessa nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza 2015, al fine di riportare dette risorse ai livelli della media dell'Unione europea e dell'Ocse;

ad assumere iniziative per prevedere, come peraltro promesso in molte occasioni dalla Ministra della salute, che ulteriori risparmi e tagli di risorse a carico del Servizio sanitario nazionale siano effettivamente reinvestiti nella sanità pubblica per una sua reale difesa e riqualificazione, a garanzia della piena applicazione dei livelli essenziali di assistenza e quindi della sua universalità ed equità;

a mettere in atto tutte le iniziative necessarie finalizzate allo sblocco del *turnover* e alla stabilizzazione dei precari - che spesso assicurano i livelli essenziali di assistenza - al fine di consentire la riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario nazionale e sociale;

ad assumere iniziative volte a individuare altre modalità di risparmio rispetto a quanto previsto dall'articolo 9-*quater* del decreto-legge n. 78 del 2015 e a sospendere conseguentemente l'emanazione del decreto ministeriale di cui in premessa, al fine di rivedere profondamente, attraverso un preventivo percorso di consultazioni e di serio confronto con gli operatori e i soggetti interessati, le misure in materia di prescrizioni sanitarie ritenute non appropriate;

ad attivare opportune ed efficaci iniziative, anche normative, volte a intensificare il contrasto alle frodi e alla corruzione, purtroppo troppo presente in que-

sto settore, anche al fine di liberare risorse importanti per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

a promuovere, per quanto di competenza, un sistema di accreditamento più rigoroso e di qualità all'interno della programmazione pubblica e con valutazione dei risultati.

(1-01011) « Nicchi, Fratoianni, Scotto, Mellilla, Marcon ».

*(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga)*

La Camera,

premesso che:

l'articolo 32 della Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Si tratta dunque di una norma che è, al contempo, programmatica, poiché impegna il legislatore a promuovere idonee iniziative volte all'attuazione di un compiuto sistema di tutela adeguato alle esigenze di una società che cresce e progredisce;

l'instabilità governativa, dovuta all'avvicendamento di diversi Esecutivi in un breve lasso temporale, e la rapidità con cui sono stati approvati i relativi tagli alla sanità, specie nella presente legislatura, hanno comportato un'evidente assenza di programmazione sanitaria nonché notevoli problematiche all'intero sistema sanitario;

alla luce del riordino imposto dalla cosiddetta legge Delrio, il decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (cosiddetto decreto enti locali), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, ha previsto una serie di misure concernenti i bilanci degli enti locali tra cui la riduzione della spesa sanitaria;

nello specifico, il decreto-legge sopracitato ha previsto un taglio di 2,3 miliardi di euro al fondo sanitario nel 2015 e altrettanti nel 2016 e nel 2017. La parte maggiore dei risparmi consisterà in una riduzione di 1,3 miliardi di euro

sull'acquisto di beni e servizi, un taglio di 308 milioni di euro per anno alla spesa farmaceutica ed un'ulteriore stretta sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sui ricoveri di riabilitazione;

nel decreto-legge è stata recepita l'intesa siglata il 2 luglio 2015 dal Governo e dalle regioni, in sede di Conferenza Stato-Regioni, sulla spesa sanitaria e sulla revisione del Patto triennale per la salute 2014-2016. Intesa che ha previsto una riduzione del livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale pari a 2.352 milioni di euro annui, a decorrere dal 2015, cifra già concordata in una precedente intesa tra Stato e regioni del 23 febbraio 2015, attuativa della legge di stabilità n. 190 del 2014;

il Patto per la salute sottoscritto da Governo e regioni il 10 luglio 2014, con valenza triennale, ha stabilito le risorse necessarie per la sanità nonché per la programmazione sanitaria per il triennio 2014-2016 precisando, contestualmente, che gli stanziamenti sono destinati al fondo sanitario nazionale « salvo eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico », rendendo in questo modo possibile, in qualsiasi momento, una variazione degli stanziamenti per un settore che riveste un ruolo cruciale per il Paese;

L'Ocse nel secondo report « *Health Statistics 2015* » che ha mappato la spesa sanitaria dei 34 Paesi dell'organizzazione e delle economie emergenti mostra come la spesa sanitaria ha continuato a ridursi in Grecia, Italia e Portogallo. In rapporto al prodotto interno lordo la spesa sanitaria italiana è più bassa di quella greca nonostante la crisi del paese ellenico: addirittura nel 2013 la Grecia ha investito in sanità, tra pubblico e privato, il 9,2 per cento del prodotto interno lordo, mentre l'Italia si è fermata all'8,8 per cento;

a livello europeo, la situazione sanitaria del nostro Paese non sembra migliorare, anzi, continua a perdere punti

nella classifica dell'indice europeo *health consumer* (EHCI). L'Italia con 648 punti su 100 si presenta al ventunesimo posto della classifica, perdendo un punto rispetto al 2014, con l'Olanda che resta al primo posto con un punteggio di 898 su 100, seguita da Svizzera, Norvegia, Finlandia e Danimarca;

a destare preoccupazione vi è anche la percentuale di italiani che per problemi economici sono costretti a rinunciare alle spese mediche. Le ultime statistiche, infatti, mostrano che la percentuale di famiglie, tra quelle con un reddito inferiore a 1.550 euro al mese, che rinuncia alle cure si attesta al 61 per cento e il 46 per cento degli italiani deve rinunciare ad almeno una cura l'anno;

alla luce della precaria situazione della sanità pubblica e al fine di evitare che le regioni siano oggetto di continui tagli lineari, la soluzione invocata è quella di ricorrere ai costi *standard* consentendo la rideterminazione del fabbisogno ideale, necessario per assicurare a tutti i cittadini le prestazioni ed i servizi essenziali;

le esigenze di razionalizzazione e di risparmio sono evidenti, ma bisogna evitare il susseguirsi continuo di tagli che non seguono una logica e non consentono, in definitiva, di realizzare quella che è la vera esigenza della sanità italiana, ovvero un organico piano di rivisitazione del Servizio sanitario nazionale;

il settore nel quale appaiono urgenti la definizione e l'adozione dei costi *standard* è certamente quello della sanità, che rappresenta la voce di gran lunga più importante della spesa regionale e, al contempo, quella su cui è più pregnante il vincolo di assicurare i livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese;

come se non bastasse, recentemente, il Ministero della salute ha stilato un elenco di 205 prestazioni sanitarie ritenute non necessarie, che dovranno essere sostenute direttamente dal cittadino stesso, e per di più i medici che violeranno tali disposizioni rischieranno il taglio dello stipendio;

l'approccio del Governo sulla sanità risulta, quindi, ad avviso dei firmatari del presente atto di indirizzo sbagliato e inadeguato poiché la riduzione dei costi deve passare, innanzitutto, dall'introduzione dei costi *standard* e da una centrale unica di acquisto in ogni regione, comprese quelle a statuto speciale;

è altresì necessario completare il processo di digitalizzazione introdotto dal Governo Berlusconi, riferito a ricette mediche digitali, prescrizioni mediche digitali e esami digitali, così da ottenere una riduzione dei costi, lo snellimento della burocrazia ed un aumento della qualità del servizio al cittadino,

impegna il Governo:

a garantire il diritto alla salute, così come previsto dall'articolo 32 della Costituzione, valutando l'opportunità di assumere iniziative per una revisione dei tagli alla sanità previsti nel cosiddetto decreto-legge enti locali;

ad assumere le opportune iniziative volte ad introdurre nel sistema sanitario i costi *standard*, al fine di ottimizzare e omogeneizzare i valori produttivi e, attraverso di essi, procedere ad un contenimento dei costi su scala nazionale.

(1-01012)

« Palese ».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga)

*Stabilimenti Tipografici*  
*Carlo Colombo S.p.A.*

€ 2,00



\*17ALA0005000\*