

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Documento di economia e finanza 2014. Doc. LVII, n. 2 e Allegati (Parere alla V Commissione) (*Esame e rinvio*) 264

SEDE CONSULTIVA

Martedì 15 aprile 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 13.15.

Documento di economia e finanza 2014.

Doc. LVII, n. 2 e Allegati.

(Parere alla V Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione è convocata in sede consultiva, per il parere alla V Commissione (Bilancio) sul documento di economia e finanza 2014.

Essendo, il provvedimento calendarizzato per l'esame in Assemblea giovedì 17 aprile, la Commissione dovrà esprimere il proprio parere entro la giornata di mercoledì 16 aprile.

Dà, quindi, la parola alla relatrice, on. Miotto, per lo svolgimento della relazione.

Anna Margherita MIOTTO (PD), *relatore*, ricorda che il Documento di economia e finanza (DEF) costituisce il principale documento di programmazione della politica economica e di bilancio, che traccia, in una prospettiva di medio-lungo termine, gli impegni, sul piano del consolidamento delle finanze pubbliche, e gli indirizzi, sul versante delle diverse politiche pubbliche, adottati dall'Italia per il rispetto del Patto di Stabilità e Crescita europeo e il conseguimento degli obiettivi di crescita intelligente, sostenibile e solidale definiti nella Strategia Europa 2020. Quanto alla struttura, il DEF si compone di tre sezioni e di una serie di allegati. In particolare, la prima sezione espone lo schema del Programma di Stabilità, nella seconda sezione sono indicate le regole generali sull'evoluzione della spesa delle amministrazioni pubbliche, mentre nella terza sezione è previsto lo schema del Programma Nazionale di riforma (PNR) che, in coerenza con il Programma di Stabilità, definisce gli interventi da adottare per il raggiungimento degli obiettivi nazionali di crescita, produttività, occupazione e sostenibilità delineati dalla nuova Strategia «Europa 2020».

Con riferimento all'anno 2013, il DEF evidenzia come la recessione, manifestatasi nuovamente nella seconda metà del 2011 – dopo i moderati segnali di ripresa

di inizio anno – si sia interrotta, in Italia, nell'ultimo trimestre del 2013, in cui il PIL ha manifestato una inversione di tendenza, dopo nove trimestri consecutivi di contrazione del PIL nel 2013. Nel complesso, nel 2013 il PIL ha registrato una contrazione dell'1,9 per cento, a fronte della contrazione del 2,4 per cento registrata nel 2012.

Le stime di crescita del PIL per il 2014 sono fissate allo 0,8 per cento, al ribasso rispetto alla crescita dell'1,1 per cento prevista ad ottobre 2013 nel Documento programmatico di bilancio (DPB).

Per gli anni successivi, il DEF prevede una crescita del PIL nel 2015, pari all'1,3 per cento, e pari in media dell'1,7 per cento nel triennio successivo.

Per quanto riguarda le parti di competenza della XII Commissione, osserva che, in materia di sanità, vengono in rilievo i temi trattati nella Sezione II (*Analisi e tendenze della finanza pubblica*) e III (Programma nazionale di riforma) del Documento di economia e finanza 2014.

Per quanto attiene alle analisi e tendenze della finanza pubblica (sez II), fa presente che prendendo le mosse dai dati relativi alle previsioni di spesa, per il 2014 è prevista una spesa sanitaria in termini di PA pari a 114.474 milioni, con un incremento del 2 per cento rispetto al 2013. Nel dettaglio si prevede per il personale, un livello di spesa pari a 36.054 milioni, per i consumi intermedi un livello di spesa pari a 30.378 milioni, per le prestazioni acquisite da produttori market, un livello di spesa pari a 40.140 milioni.

Per quanto attiene alle singole componenti costituenti l'aggregato, per l'assistenza farmaceutica è prevista una spesa di 8.766 milioni, per la medicina di base una spesa di 6.676 milioni per le altre prestazioni (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è prevista una spesa di 24.572 milioni. Infine, per le altre componenti di spesa è previsto un livello di spesa pari a 5.029 milioni.

I dati sopra illustrati scontano una serie di fattori e di stime specificamente enunciati.

Nel periodo 2015-2018 è previsto che la spesa sanitaria cresca – prendendo a riferimento l'anno 2014 – ad un tasso medio annuo dell'2,1 per cento con un rapporto spesa sanitaria PIL pari al 6,8 per cento. A suo avviso questo rappresenta un dato molto significativo, riguardo al quale appaiono difficilmente comprensibili le previsioni del Commissario per la *spending-review* Cottarelli che sono decisamente inferiori.

Nella parte relativa ai risultati viene evidenziato che, con riferimento all'anno 2013, la spesa sanitaria in termini di PA è risultata pari a 109.254 milioni, con una riduzione di 0,3 per cento rispetto all'anno 2012.

Questo risultato conferma il sensibile rallentamento della dinamica della spesa sanitaria negli ultimi anni, che per il terzo anno consecutivo registra un tasso di crescita negativo rispetto all'anno precedente.

Ricorda, poi, che molti sono i profili trattati nel Programma Nazionale di Riforma (Sezione III del Documento).

In riferimento alle azioni previste, nella parte I del Programma viene in primo luogo sottolineata come la principale criticità del Servizio sanitario Nazionale (SSN) sia rappresentata dalla sua sostenibilità nel medio-lungo periodo in relazione sia alle esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica che alle tendenze demografiche in atto. Viene inoltre rilevato come tale sostenibilità si basi sul ripensamento dell'attuale modello di assistenza, con l'obiettivo di garantire prestazioni rivolte a chi ne ha effettivamente bisogno: tale formulazione desta perplessità poiché non appare coerente con i principi universalistici del nostro servizio sanitario nazionale.

Allo scopo di ripensare il SSN in un'ottica di sostenibilità ed efficacia è necessario rafforzare le politiche legate alla prevenzione e predisporre il nuovo Piano Nazionale di prevenzione, con un'attenzione particolare alla prevenzione di tutti i comportamenti a rischio, alle tossicodipendenze, al piano nazionale per le vaccinazioni e agli interventi per la sicurezza sul lavoro. Occorre anche dare impulso a

tutti i processi di informatizzazione (tra i quali il Fascicolo sanitario elettronico), perfezionare il Patto per la salute 2014-2016, riorganizzare l'assistenza ospedaliera con trasferimento di attività alla rete territoriale e potenziare il ruolo delle farmacie.

È necessario, quindi, rafforzare, insieme alle regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità. Ridisegnare il perimetro dei LEA e adottare l'approccio del cd. *Health Technology Assessment* (HTA), al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti. Definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del SSN e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale. Portare a compimento e migliorare le scelte attuate nella scorsa legislatura in tema di responsabilità professionale e di precariato nelle professioni sanitarie.

Rileva, poi, che nell'ambito della revisione della spesa pubblica, fra gli interventi ipotizzati nel settore della sanità, viene posta particolare attenzione agli elementi di spreco, da individuare nell'ambito del cosiddetto 'Patto per la Salute' con gli enti territoriali, tramite l'assunzione di misure contro le spese che eccedono significativamente i costi *standard*. A tale proposito nel documento viene evidenziato che il Patto per la salute 2014-2016 è in fase di avanzato confronto con le regioni.

Per quanto riguarda poi le iniziative adottate dal Governo nei principali ambiti delle politiche sanitarie, queste vengono illustrate nella parte II del Programma (Sezione III).

Rileva, in proposito, che al fine di adempiere alle disposizioni comunitarie e internazionali in tema di assistenza sanitaria da e per l'estero è stato emanato il decreto legislativo n. 38 del 2014, che ha recepito la direttiva n. 2011/24/CE sulle cure transfrontaliere. La legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013) ha inoltre stanziato 50 milioni per il 2014 e per il

2015 per gli indennizzi a favore di determinati soggetti danneggiati in ambito sanitario. Essa è inoltre intervenuta stanziando 2 milioni per il 2014 e 1 milione per il 2015 per l'istituzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) per la gestione dei dati contenuti nelle anagrafi tenute dalla ASL.

Osserva, quindi, che vengono descritte le misure adottate nell'ambito del Sistema « tessera sanitaria » per l'estensione a tutto il territorio nazionale delle attività di dematerializzazione delle ricette mediche cartacee e viene ricordato che è in corso di definizione la procedura che disciplina, con d.p.c.m., i contenuti del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Tali misure sono menzionate e descritte anche nel paragrafo sull'Agenda digitale italiana (Par. II.13), con la qualificazione di sanità digitale.

Con il decreto-legge n. 52 del 2014, all'esame del Senato, è stato prorogato dal 1° aprile 2014 al 31 marzo 2015 il termine per completare il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. All'esame del medesimo ramo del Parlamento è anche il disegno di legge del Governo (AS 1324) recante norme in tema di sperimentazione clinica dei medicinali, riordino delle professioni sanitarie e formazione medico-specialistica, nonché di sicurezza alimentare.

Fa presente, poi, che sono numerosi i provvedimenti approvati in materia di farmaci.

Tra essi ritiene che vadano ricordati il decreto legislativo n.17 del 2014, con il quale si è dato attuazione alla direttiva n. 2011/62/UE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale, il decreto legislativo n. 42 del 2014, diretto a rafforzare e a rendere più efficiente il sistema di farmacovigilanza, nonché il decreto legislativo n. 26 del 2014 che attua la direttiva n. 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, introducendo un livello di tutela più elevato per tali animali.

Con l'articolo 3 del decreto-legge n. 36 del 2014, all'esame, in sede referente, delle Commissioni riunite II e XII della Camera, è stata rivista la disciplina in materia di farmaci *offlabel*, favorendo l'uso di un farmaco per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata al momento della sua commercializzazione.

Gli articoli 1 e 2 del decreto-legge citato apportano invece una serie di modifiche al testo unico sugli stupefacenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990. L'intervento normativo è apparso necessario a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014 che, avendo interessato alcune norme della disciplina vigente in tema di stupefacenti ha determinato l'effetto di escludere dal novero delle sostanze sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute tutte quelle sottoposte a controllo in attuazione di convenzioni internazionali e anche le nuove sostanze psicoattive introdotte sulla base delle acquisizioni scientifiche degli ultimi anni.

Fa presente inoltre che nel paragrafo II. 2 (*Efficienza e qualità della spesa pubblica*) vengono ricordate le misure adottate dal Governo per consentire alle regioni sottoposte a Piano di rientro del disavanzo sanitario di evitare le massimizzazioni delle aliquote dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF. Tenuto fermo che una quota parte del relativo gettito deve essere finalizzata alla copertura del disavanzo, per la restante quota di gettito la regione interessata può disporre la riduzione delle aliquote ovvero la destinazione anche a finalità extrasanitarie.

In tema di politiche sociali vengono messi in rilievo i temi trattati nella sezione III del Documento (Programma nazionale di riforma), Parte I e II.

Per le azioni previste, rileva che la parte I del PNR (Par. 1, *Un cambio di marcia*) individua nella sperimentazione del SIA (Strumento inclusione attiva) l'azione messa in campo per la « Lotta alla povertà ». La sperimentazione è una misura aggiuntiva rispetto alla Carta acquisti ordinaria ed è finalizzata ad avviare una misura generalizzata di contrasto alla po-

vertà assoluta « che coniughi misure passive e attive al fine di colmare progressivamente la distanza rispetto a una misura universale, indipendente cioè da elementi territoriali e categoriali e rivolta a tutte le persone in condizione di povertà ».

L'obiettivo è favorire il reingresso nel mercato del lavoro delle persone che ne restano escluse, mediante la combinazione di tre pilastri: un adeguato sostegno al reddito; lo sviluppo di mercati del lavoro inclusivi; l'accesso a servizi sociali di qualità.

Fa presente che la Carta acquisti sperimentale o Carta acquisti per l'inclusione si inserisce all'interno della rete integrata di interventi e servizi sociali poiché l'erogazione del sussidio si associa alla predisposizione di misure attive di reinserimento lavorativo e di inclusione sociale, coinvolgendo il Comune di residenza del richiedente, i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché soggetti privati, con particolare riferimento agli enti *non profit*.

Per le risorse necessarie alla sperimentazione si provvede con uno stanziamento di 50 milioni e durerà un anno. La sperimentazione è stata avviata nelle 12 più grandi città (50 milioni) e, di recente, estesa a tutti i Comuni del Mezzogiorno (167 milioni, cui si sommeranno ulteriori 300 milioni già stanziati per il 2014 e il 2015). A questi si aggiungono altri 40 milioni destinati a estendere la sperimentazione del SIA anche al Centro-Nord.

La seconda riprogrammazione di fondi comunitari 2007-2013 dovrebbe dedicare ulteriori 300 milioni al rafforzamento della sperimentazione dello Strumento per l'inclusione attiva (SIA), strumento con il quale viene sempre più spesso identificata la Carta per l'inclusione. Come sottolineato dal Documento informativo del Ministro per la coesione territoriale, del dicembre 2013, la misura, che rafforza l'intervento già in essere, esteso all'intero Mezzogiorno con la riprogrammazione operata dal decreto-legge n. 76 del 2013, prevede un trasferimento monetario mensile a famiglie in situazione di gravissimo disagio socioeconomico, condizionato al-

l'accettazione di un percorso di presa in carico da parte dei servizi sociali e di inserimento lavorativo.

Nel Documento viene sottolineato che, nel prossimo ciclo di programmazione 2014-20, il Governo adotterà un Programma operativo nazionale sull'inclusione attiva che permetterà di sostenere, soprattutto nelle regioni meno sviluppate, i percorsi di accompagnamento al reinserimento lavorativo e all'inclusione sociale. Sono anche allo studio forme di supporto materiale per i beneficiari del SIA a valere sul Fondo europeo di aiuti agli indigenti.

Per quanto riguarda la tempistica, il PNR prevede che nel corso del 2014 la misura verrà progressivamente estesa a tutto il territorio nazionale. In vista dell'estensione della sperimentazione al resto del Paese, i criteri di erogazione e di individuazione potranno essere rivisti e gli aspetti procedurali migliorati alla luce delle prime evidenze della fase in corso.

Tra le iniziative adottate nel corso del 2013 (Parte II) vengono ricordate, tra le altre: misure di sostegno alla conciliazione dei tempi di lavoro e di cura della famiglia al fine di favorire la partecipazione delle donne al mercato del lavoro, attraverso uno stanziamento per l'incremento delle strutture socio-educative per l'infanzia, in particolare la fascia neonatale e pre-scolastica. Ad agosto 2013 è stato firmato l'Accordo tra Governo, Regioni, Province e Comuni per la realizzazione di un'offerta di servizi educativi a favore di bambini dai due ai tre anni volta a migliorare i rapporti tra nido e scuola dell'infanzia e a concorrere allo sviluppo territoriale dei servizi socio educativi 0-6 anni; rifinanziamento per l'anno 2014 del Fondo per le non autosufficienze per complessivi 350 milioni, a disposizione delle Regioni per interventi nell'ambito dell'offerta integrata dei servizi sociosanitari in favore delle persone non autosufficienti, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare. In particolare, una quota del fondo è riservata alle persone con disabilità gravissime.

La legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013), commi 199-200, ha stanziato

275 milioni di euro per il 2014 per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, inclusi quelli a sostegno delle persone affette da SLA e di ulteriori 75 milioni di euro, sempre per il 2014, come aggiunta alle risorse ordinariamente previste dal Fondo, da finalizzare per interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, incluse quelle affette da SLA.

Il DEF ricorda quindi, tra le misure adottate, l'adozione del Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, che prevede sette linee di intervento che coprono trasversalmente gli aspetti più importanti per la realizzazione della piena inclusione nella vita sociale delle persone con disabilità e, per ogni intervento, individua l'obiettivo e il tipo di azione necessaria per conseguirlo.

Una altra misura adottata è costituita dallo stanziamento, nell'ambito dell'attuazione del Piano di azione e coesione, di 730 milioni per il 2014-2015, di cui 440 milioni per servizi socio-educativi per la prima infanzia e 330 milioni per l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, riservati alle Regioni ex obiettivo Convergenza.

Ai fini di una migliore efficacia dei trasferimenti sociali è stata prevista la sperimentazione di un programma di inclusione attiva fondato su tre pilastri: sostegno al reddito, mercati del lavoro inclusivi e servizi sociali personalizzati di qualità. La sperimentazione è stata avviata nelle 12 città più grandi del Paese (quelle con più di 250.000 abitanti), limitatamente alle famiglie a basso reddito con figli. Il programma è stato successivamente esteso a tutti i territori del Mezzogiorno. L'intervento è stato finanziato con 167 milioni e sarà avviato nel corso del 2014. Tale misura va posta in correlazione con l'obiettivo n. 8, *Contrasto alla povertà* (cfr. Par. IV.2, I target nazionali della Strategia Europa 2020) che nell'ambito della Strategia Europa 2020 prevede la riduzione di 20 milioni del numero delle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale.

Tra le iniziative adottate si ricorda infine la riforma dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) operata dal D.P.C.M. n. 159 del 2013 che diverrà completamente operativa quando sarà completato l'iter di attuazione che prevede, fra l'altro, la messa a punto del nuovo modello di Dichiarazione sostitutiva unica (Dsu) e gli atti applicativi dei Comuni e degli enti erogatori di prestazioni sociali agevolate. Con la riforma, gli enti erogatori sono tenuti a utilizzare l'ISEE come indicatore della situazione economica, anche se possono prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari. Ai fini dell'applicazione del nuovo ISEE, gli enti erogatori devono adeguare i regolamenti con l'individuazione delle nuove soglie. Non è prevista alcuna estensione dell'applicazione dell'ISEE a prestazioni nazionali che non lo utilizzavano precedentemente.

In conclusione, dopo aver rilevato come i contenuti prospettici del DEF in materia di sanità e di politiche sociali appaiono molto contenuti rispetto alla illustrazione delle misure già adottate nel corso del 2013, preannuncia che nel parere che si appresta a sottoporre alla Commissione figureranno due osservazioni relative, l'una, agli investimenti strutturali futuri sui quali il DEF prefigura il ricorso alla strategia cd delle tre P, ovvero partenariato pubblico-privato: riguardo a questo aspetto, pur non avendo alcun pregiudizio ideologico rispetto a tale forma di reperimento delle risorse finanziarie, ritiene che la medesima presenti profili di inadeguatezza se applicata al settore della sanità. L'altra osservazione riguarda l'assunto secondo il quale va ripensato l'attuale modello di assistenza, che giudica non coerente con i principi universalistici del nostro sistema sanitario nazionale.

Delia MURER (PD) condivide le osservazioni che il relatore, on. Miotto, ha già preannunciato di voler inserire nel parere da rendere alla V Commissione. Ritiene infatti necessario che il Sistema sanitario nazionale continui a garantire il rispetto del principio dell'universalità delle prestazioni, pur non trascurando l'esigenza di assicurare l'appropriatezza delle prestazioni medesime, che pertanto non vanno ridotte ma erogate adeguatamente. Condivide inoltre le perplessità espresse dal relatore con riferimento al ricorso al *project financing* in sanità.

Paola BINETTI (PI), riservandosi di intervenire nella seduta di domani, chiede sin d'ora al sottosegretario delucidazioni in merito alla presenza o meno nel DEF di previsioni volte ad incrementare le risorse per il finanziamento delle scuole di formazione specialistica dei medici, come dichiarato dal Ministro Lorenzin. Inoltre, sarebbe opportuno conoscere se per le tabelle ISEE sono previste modifiche.

Massimo Enrico BARONI (M5S), intervenendo sull'ordine dei lavori, chiede di sapere di quanto tempo la Commissione potrà disporre per l'esame del DEF.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che le Commissioni possono esprimere il parere di competenza sul Documento entro la giornata odierna o al massimo entro domani mattina e che la Commissione Affari sociali, essendo allo stesso tempo impegnata anche nell'esame del DL 36 del 2014 insieme alla Commissione giustizia, dovrà concentrare l'esame del DEF in tempi piuttosto ristretti.

Infine, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 13.40.