



RASSEGNA PARLAMENTARE

- ***Conversione in legge del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*** - Atto Camera 4509. Approvato in via definitiva (15 luglio 2011).

Assegnato alla Commissione Bilancio. Si riporta di seguito la relazione del Sen. Calabro' durante l'esame in sede consultiva del provvedimento presso la Commissione Igiene e Sanità del 23 luglio 2011.

Il relatore [CALABRO'](#) (PdL) illustra il provvedimento in titolo, segnalando, per quanto di interesse della Commissione, l'articolo 17, concernente la spesa sanitaria. In particolare, il comma 1 prevede che il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (a cui concorre lo Stato) sia incrementato, per il 2013, nella misura dello 0,5 per cento (rispetto al livello vigente per il 2012) e, per il 2014, di ulteriori 1,4 punti percentuali. Tali incrementi - secondo la relazione tecnica allegata al disegno di legge di conversione del decreto - sono inferiori rispetto a quelli derivanti dai livelli tendenziali (per i medesimi anni 2013 e 2014) e determinano, quindi, un'economia di spesa (pari, in termini di indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni, a 2.500 milioni di euro per il 2013 e a 5.000 milioni per il 2014).

Dà quindi conto del comma 1, il quale demanda la definizione delle misure

necessarie, ai fini del conseguimento dei nuovi livelli finanziari, ad un'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome, che deve essere stipulata entro il 30 aprile 2012. Qualora tale termine non venga rispettato, trovano applicazione le norme di cui alle lettere a), b), c) ed d) del medesimo comma 1; tali norme concorrono al conseguimento dei risparmi secondo le quote percentuali fissate dal comma 2. In particolare, la lettera a) del comma 1 prevede che, a decorrere dal 1° luglio 2012, l'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture indichi alle regioni i prezzi di riferimento alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, prestazioni e servizi, sanitari e non sanitari, individuati, da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, tra quelli di maggiore impatto, in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale.

Si sofferma quindi sulla lettera b), concernente la spesa farmaceutica ospedaliera e, in via eventuale, la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, sempre con riguardo all'ipotesi di mancata stipulazione dell'intesa. Per tale ipotesi, si pone, a decorrere dal 2013, a carico delle aziende farmaceutiche una quota, non superiore al 35 per cento, dell'eventuale superamento del tetto, a livello nazionale, della spesa farmaceutica ospedaliera; l'onere è imputato alle aziende in proporzione ai rispettivi fatturati, relativi ai farmaci ceduti alle strutture pubbliche. L'attuazione della norma è demandata ad un regolamento governativo, da emanarsi entro il 30 giugno 2012. Qualora tale termine non venga rispettato, l'Agenzia Italiana del Farmaco modifica, con decorrenza dal 2013, le tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni e, in corrispondenza di questa revisione, il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è ridotto, a livello nazionale ed in ogni singola regione, al 12,5 per cento, sempre a decorrere dal 2013. A tale riguardo, sarebbe opportuno a suo giudizio far confluire nell'ambito della spesa farmaceutica territoriale quella per farmaci di uso domiciliare ancorché distribuiti a livello ospedaliero, affinché il relativo importo non vada a gravare sulla farmaceutica ospedaliera.

La lettera c), insieme con il successivo comma 2, introduce - sempre con riguardo all'ipotesi di mancata stipulazione dell'intesa - un limite di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, a decorrere dal 2013, a livello nazionale e in ciascuna regione; il limite è pari al 5,2 per cento, rispettivamente, del fabbisogno sanitario nazionale standard e di quello regionale. Coglie l'occasione tuttavia per rilevare come l'individuazione di un limite di spesa all'acquisto di dispositivi medici comporterebbe, rispetto al fabbisogno stimato oltre ad un rallentamento dell'innovazione tecnologica nell'assistenza sanitaria in rapporto agli altri Paesi, anche il rischio di una intensificazione della mobilità attiva infraregionale verso le Regioni del Nord Italia, dove la spesa per dispositivi medici ha da sempre registrato importo superiori.

Segnala inoltre la lettera d) del comma 1, in cui si prevede - sempre con riguardo all'ipotesi di mancata stipulazione dell'intesa - l'introduzione, a decorrere dal 2014, mediante regolamento governativo, di misure di compartecipazione alla spesa (*tickets*) per l'assistenza farmaceutica e per le altre prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. Tali misure sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e possono essere ridotte dalle medesime regioni, purché sia assicurato, anche con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, il quale deve essere, a tal fine, certificato in via preventiva.

Passa quindi ad illustrare il comma 3, il quale estende agli anni 2013 e 2014 l'applicazione dell'articolo 2, commi 71, 72 e 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191; tali commi recano disposizioni, per il triennio 2010-2012, in materia di spese per il personale (ivi compresi i soggetti non inquadrati come lavoratori dipendenti) del Servizio sanitario nazionale, ponendo misure di contenimento di tali spese, ai fini del concorso al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica e al rispetto dei livelli di finanziamento previsti per il Servizio sanitario nazionale.

Il comma 4 concerne le regioni sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario. In particolare, la lettera a) introduce una procedura per l'ipotesi in

cui si riscontri che l'attuazione dei piani di rientro o dei programmi operativi sia ostacolata da disposizioni regionali di rango legislativo. Qualora il consiglio regionale non adotti le modifiche adeguate entro i termini indicati, provvede il Consiglio dei Ministri (nell'esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'articolo 120 della Costituzione), adottando misure anche normative.

La lettera *b)* riguarda i programmi operativi, già previsti, in via transitoria, ai fini della prosecuzione, oltre i termini temporali originariamente stabiliti, dell'attuazione del piano di rientro.

Le lettere *c)* e *d)* concernono la Regione Abruzzo, mentre la lettera *e)* modifica la disciplina sul divieto transitorio di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni sottoposte ai summenzionati piani di rientro e in cui, alla data del 1° gennaio 2011, operasse il commissario *ad acta* per l'attuazione del piano medesimo.

La lettera *f)* infine, riguarda le regioni, sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario, per le quali operi eventualmente il blocco automatico del *turn over* del personale del Servizio sanitario regionale, in conseguenza della mancata adozione dei provvedimenti necessari per il ripianamento del suddetto disavanzo. La nuova norma consente, nel rispetto di determinate condizioni e procedure, il conferimento, in deroga al blocco, di incarichi di dirigenti medici responsabili di struttura complessa.

Illustra quindi il comma 5, concernente la copertura degli oneri finanziari relativi agli accertamenti medico-legali sui dipendenti pubblici, assenti dal servizio per malattia, e il comma 6, il quale incrementa di 486,5 milioni di euro, per il 2011, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato.

L'aumento in oggetto è, in sostanza, volto ad assicurare, per il periodo 1° giugno 2011-31 dicembre 2011, la copertura finanziaria, in favore delle regioni, ai fini della sospensione della quota di partecipazione al costo per le

prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (*ticket* relativo agli assistiti non esentati).

Dà quindi conto del successivo comma 7, il quale contempla la proroga fino al 2013 del progetto di sperimentazione gestionale, coordinato dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) e volto alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione ed alla cura delle malattie connesse alle migrazioni ed alla povertà. Il comma 9 prevede, in relazione alla proroga, un finanziamento di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011-2013; alla copertura si fa fronte, per il 2011, riducendo l'autorizzazione di spesa per l'attuazione del cosiddetto trattato italo-libico (fatto a Bengasi il 30 agosto 2008) e, per gli anni 2012-2013, nell'ambito delle risorse del fondo sanitario nazionale. In base al comma 8, il Ministero della salute verifica l'andamento della sperimentazione gestionale, ai fini della definizione dell'assetto a regime dell'INMP o della soppressione del medesimo Istituto.

Il comma 10 prevede una revisione del regolamento ministeriale di organizzazione e funzionamento dell'Agenzia Italiana del Farmaco, secondo le disposizioni di cui alle lettere da *a)* a *d)* del medesimo comma. Mentre le lettere *a)* e *b)* concernono l'organizzazione dell'Agenzia, le successive lettere *c)* e *d)* riguardano anche i corrispettivi e i diritti annuali a carico di soggetti privati.

Segnala che il comma 2 dell'articolo 10 del decreto-legge prevede che le amministrazioni centrali dello Stato assicurino, a decorrere dal 2012, una riduzione della spesa, in termini di saldo netto da finanziare e di indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni, corrispondente agli importi indicati nell'allegato C.

Si sofferma poi in merito all'articolo 16, commi 1 e 2, del decreto-legge, ai sensi del quale si prevede che, con regolamento governativo, si possa, tra l'altro, prorogare fino al 2014 la normativa transitoria che limita la crescita dei trattamenti economici, anche accessori, dei dipendenti pubblici, nonché,

come specifica il comma2, del personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. I successivi commi 9 e 10 dell'articolo 16 riformulano la disciplina sui controlli sulle assenze per malattia dei dipendenti pubblici.

Il comma 22 dell'articolo18 consente che le regioni affidino all'INPS, mediante la stipula di convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità. **Nella seduta del 14 luglio 2011** l'Assemblea del senato ha approvato l'emendamento interamente sostitutivo dell'articolo unico del ddl di conversione n. [2814](#), in materia di stabilizzazione finanziaria, sul quale il Governo ha posto la questione di fiducia. La parola passa ora alla Camera. Nella seduta del 15 luglio 2011 l'Assemblea della Camera dei Deputati ha approvato in via definitiva il disegno di legge di conversione, con modificazioni, del decreto-legge n. 98 del 2011: Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria.