



Legislatura 17^a - 12^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 289 del 04/11/2015

IGIENE E SANITA' (12^a)

MERCOLEDÌ 4 NOVEMBRE 2015

289^a Seduta (pomeridiana)

Presidenza della Presidente

DE BIASI

RAPPORTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO 2016 E PER IL TRIENNIO 2016-2018 (DISEGNO DI LEGGE N. 2112 - TABELLA 14) **E SULLE PARTI CORRISPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2111 (Legge di stabilità 2016)**

La 12^a Commissione,
esaminati i disegni di legge in titolo;

rilevato che è condivisibile la scelta di operare una manovra espansiva dopo lunghi e sofferti anni di compressione determinati dai riflessi sulla finanza pubblica della grave crisi economica che ha colpito il nostro Paese;

considerato in particolare che:

a) la manovra è espansiva sul versante della produzione del reddito, incoraggiando fiscalmente investimenti delle imprese nei mezzi di produzione, stimolando le assunzioni a tempo indeterminato, rafforzando una fiscalità di vantaggio per le cosiddette piccole partite IVA, detassando quote di salario di produttività, prefigurando - se accettata la cosiddetta "clausola migranti" - riduzioni dell'IRES che nel triennio ci porterebbero ad un tasso del 24 per cento e cioè il più basso in Europa;

b) la manovra è espansiva sul versante della crescita della domanda interna di consumi, stimolata soprattutto attraverso una riduzione delle pressione fiscale, con la sterilizzazione delle clausole di salvaguardia previste nelle manovre 2014-2015, l'abolizione della TASI sulla abitazione principale e a carico degli inquilini, l'abolizione dell' IMU sui terreni agricoli e i cosiddetti imbullonati, l'abolizione dell'IRAP per settori particolari e in difficoltà quali la pesca e imprese agricole;

c) la manovra è espansiva anche laddove allarga le misure poste a tutela delle fasce sociali più deboli o rese tali dagli effetti della crisi: basti pensare all'istituzione del fondo di contrasto alla povertà, al fondo cosiddetto "dopo di noi", all'incremento del fondo non autosufficienza, al rifinanziamento degli ammortizzatori sociali in deroga, alla 7^a salvaguardia degli esodati;

d) la manovra è altresì espansiva agendo sul volano degli investimenti, sia diretti sia in cofinanziamento con le varie linee di fondi europei, ed in questo contesto non vanno sottovalutati gli sforzi compiuti nel finanziare i rimedi al disastro ambientale della "terra dei fuochi", la salvaguardia del patrimonio industriale ILVA, lo *start up* di Bagnoli, alcune importanti infrastrutture di viabilità autostradale ferroviaria e le reti a banda ultra larga;

e) la manovra è inoltre espansiva investendo nelle risorse strutturali del Paese, che sono i suoi beni culturali, le sue intelligenze, le sue bellezze naturali, i suoi presidi formativi, i suoi giovani: basti pensare al piano assunzioni di professori e ricercatori, alla riqualificazione delle risorse per beni museali, cinema, teatro, *media* informatici, ecobonus;

rilevato che, in termini di manovra netta (sanità compresa), oggetto di successiva e specifica valutazione, si configurano i seguenti effetti sul conto delle PA: minori entrate di 18.047 mld per il 2016, di 22,384 mld per il 2017; di 21,852 mld per il 2018, a cui corrispondono nuove spese 3.465 mld per il 2016, 3,215 mld per il 2017 e 5,668 mld nel 2018. Questo quadro, quantifica un peggioramento del saldo delle pubbliche amministrazioni pari a 14,582 (0,9 per cento PIL) mld per

pubblicato su:



il 2016; 19,179 (1,1 per cento PIL) mld nel 2017; e 16,184 (0,9) per cento PIL) mld nel 2018. In questi termini è qualificato il cuore finanziario della manovra, che scambia una maggiore crescita del prodotto interno lordo stimato in circa 1,6 punti del PIL nel biennio 2016-2017 e di un ulteriore punto nel 2018 con la minore velocità di riduzione del *deficit* pubblico con l'utilizzo quest'anno di tutti i margini di flessibilità già consentiti dalla Unione europea e pari allo 0,8 per cento del PIL, portando il deficit tendenziale previsto all'1,4 per cento al 2,2 per cento comunque ben al disotto della soglia del 3 per cento è in diminuzione assoluta rispetto a quella del 2015;

rilevato altresì che, nel triennio, viene garantita la persistenza di un avanzo primario medio dello 0,5 per cento annuo, a testimonianza che le spese correnti sono inferiori alle entrate correnti se valutate al netto degli interessi sul debito pubblico;

considerato che è in questo impegnativo contesto, ossia nelle condizioni date, che vanno interpretati e valutati gli interventi direttamente e indirettamente connessi al settore sanitario;

formula, per quanto di competenza, un rapporto favorevole, con le seguenti osservazioni:

1. per il 2016, dei complessivi 3,583 mld di riduzione al comparto regioni a Statuto ordinario del finanziamento pubblico ad essi affidati, 1.783mld vanno in riduzione del finanziamento dei SSR portandolo in valore assoluto a 111 mld pari al 6,6 per cento del PIL atteso; nel biennio successivo 2017-2018 non sono contabilizzate riduzioni al Fondo sanitario nazionale ma le previsioni di un concorso delle Regioni a Statuto Ordinario all'equilibrio di finanza pubblica pari a 3,980 mld per il 2017 e a 5,480 mld per il 2018, **ciò che prefigura, nella migliore delle ipotesi, una sostanziale invarianza del Fondo che, anche solo per gli effetti dell'auspicata crescita del PIL, porterebbe tale quota intorno al 6,4 per cento ovvero tra gli ultimi posti dell'UE 2015: la correzione di questo tendenziale di finanza pubblica dovrebbe costituire una priorità nell'agenda del Governo nella predisposizione della prossima Legge di Stabilità;**

2. la riduzione di 1,783 mld operata su tendenziale finanziamento del Servizio sanitario nazionale è affidata a misure di efficientamento della spesa, nel testo del provvedimento non analiticamente individuata e contabilizzata. In particolare, all'articolo 30 del disegno di legge di stabilità sono previste misure di pubblicità e trasparenza dei bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale e, a partire già dal 2016 l'attivazione di sistemi di monitoraggio e di valutazione dei volumi, della qualità e degli esiti delle attività assistenziali per le A.O., per le A.U.O. e I.R.R.C.S pubblici con estensione nel 2017 per tutti gli enti delle SSN; a questa attività viene affiancata una valutazione dello scostamento del rapporto costi e ricavi tale che se supera il 10 per cento o in valore assoluto i 10 ml vengono attivati veri e proprio piani di rientro dal *deficit* nell'arco di un triennio. Al riguardo, fermo restando il livello qualitativo dell'erogazione dei LEA, occorre che il piano di rientro possa svilupparsi in un arco di tempo più flessibile, fino a 5 anni, in ragione dell'entità dello scostamento;

3. i commi 17 e 18 dello stesso articolo 30 prevedono la possibilità di costituire aziende sanitarie uniche, attraverso la confluenza in un unico soggetto delle AO e delle AUO con le aziende sanitarie, fatta eccezione per le regioni in piano di rientro. Al riguardo, la portata della norma potrebbe richiedere una modifica del decreto legislativo n. 517 del 1999, che costituisce la cornice legislativa regolante i rapporti convenzionali tra università e servizi sanitari regionali, per le norme che prevedono l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale e l'emanazione dell'atto aziendale. Inoltre, appare opportuno prevedere che tale integrazione possa operarsi solo in ragione del conseguimento, da parte degli enti interessati, di un sostanziale pareggio di bilancio nel biennio precedente;

4. l'articolo 31 del disegno di legge di stabilità prevede la centralizzazione presso la Consip S.p.a o enti analoghi dei contratti di acquisto di beni e servizi anche relativamente a categorie merceologiche di pertinenza sanitaria, da individuarsi con la configurazione di vincoli cogenti per gli amministratori che, se inadempienti, risponderebbero per danni erariali. Pur essendo condivisibile lo spirito della norma in questione, andrebbero tuttavia previsti meccanismi stringenti di periodico aggiornamento degli elenchi Consip, stante la rapida evoluzione del mercato, soprattutto inerenti alle categorie merceologiche specifiche, sia in termini di prezzi che di efficacia;

5. in riferimento alla definizione del Fondo sanitario nazionale per 111 mld per il 2016, nel quale sono compresi 800 ml per i nuovi LEA, e alla procedura per l'adozione dei nuovi LEA (essi sono da individuarsi entro 60 giorni dalla approvazione della legge di stabilità, con due distinte procedure negoziali e due strumenti attuativi: il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per i LEA che comportano effetti sulla finanza pubblica e il decreto ministeriale del Ministero della salute per quelli che non comportano oneri aggiuntivi), che comporta la soppressione dell'articolo 5 del

decreto-legge n. 158 del 2012 (decreto Balduzzi), **emergono due effetti non condivisibili quali conseguenze di detta soppressione**: la cancellazione del parere obbligatorio delle commissioni parlamentari competenti; il venir meno delle indicazioni di priorità per i nuovi LEA, relative alle malattie rare e cronico generative, alle patologie connesse all'abuso del gioco d'azzardo e infine al nuovo nomenclatore tariffario degli ausili protesici;

6. sempre in riferimento al comma 14 dell'articolo 32 del disegno di legge di stabilità, in tema finanziamento del SSN, il finanziamento aggiuntivo del fondo sanitario, al netto della quota vincolata dei nuovi LEA, è meritevole di una riconsiderazione alla luce di alcuni determinanti che incidono non solo sui costi ma che hanno anche un altissimo impatto tecnico-scientifico, sociale e civile, coinvolgendo valori e principi di equità solidarietà e universalismo posti alla base del Servizio sanitario nazionale e più precisamente: a) l'ingresso ormai consolidato di nuovi farmaci innovativi efficaci ma ad alto costo nel trattamento di patologie tumorali, cronico degenerative e infettive (in particolare HCV e HIV), che motiva un ripensamento su ulteriori finanziamenti in questo settore, che va accompagnato da efficaci e trasparenti modelli di *governance* della spesa, che prevedano programmazioni pluriennali delle risposte nel maggior consenso sociale possibile e sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili; b) il piano nazionale vaccini amplia condizioni protette e quindi fasce di utenti determinando un'oggettiva dilatazione della spesa, di entità tale da non poter essere ragionevolmente imputata né al finanziamento dei nuovi LEA né alla spesa già contenuta nel finanziamento indistinto del Servizio sanitario nazionale;

7. appare altresì necessario affrontare le tematiche inerenti al personale che opera all'interno del Servizio sanitario nazionale, il cui profilo, nel contesto del disegno di legge di stabilità, va ricostruito attraverso la lettura combinata di una serie di incisi e di commi di norme diverse. Tali previsioni non scongiurano gli effetti negativi per la qualità e la sicurezza delle prestazioni derivanti dal combinato disposto dell'applicazione della direttiva europea sull'orario di lavoro, turni e riposi e del perdurare del congelamento della spesa per il personale (rapportata a quella storica riferita al 2004, -1,4 per cento). Risulta infatti evidente che si riduce quella flessibilità di utilizzo del personale, spesso sconfinata in eccessi, che fino ad oggi ha reso possibile assicurare i livelli di assistenza, soprattutto nei servizi H24, anche ricorrendo a rapporti di lavoro atipici. Pertanto, garantire il *turn over* del personale senza limiti, compresi quelli di spesa per le attività connesse ai servizi H24, è una priorità da considerare nell'assetto normativo della legge di stabilità. Inoltre, in assenza di significativi aumenti contrattuali non è opportuno impoverire i fondi contrattuali accessori connessi alle contrattazioni locali, quanto meno per sostenere lo sviluppo di carriere professionali orizzontali nell'ambito delle innovazioni organizzative e gestionali dei servizi. Nella declinazione della appropriatezza delle cure e dell'assistenza, su cui giustamente gravano attese di efficientamento della spesa e di miglioramento della qualità, occorre investire nel capitale umano delle professioni sanitarie, riconoscendo loro ruoli, competenze, autonomie e responsabilità;

8. l'apprezzabile sforzo di rifinanziamento dei contratti di formazione specialistica, tale da garantire l'accesso e il mantenimento di 6.000 contratti l'anno, non appare comunque adeguato in una prospettiva di medio periodo. Inoltre, si auspicano interventi per i contratti di formazione specifica in medicina generale;

9. va presa in considerazione l'opportunità di integrare lo stanziamento previsto in materia di indennizzi ai soggetti con malformazioni da Talidomide, per ampliare la platea dei potenziali aventi titolo;

10. è opportuno chiarire il modello di *governance* per il 2016 dei fondi di contrasto alla povertà, in particolare quella minorile, per le ovvie implicazioni che questi hanno nell'ambito della tutela della salute, anche attraverso il coinvolgimento del Ministero della salute.

FONTE: <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=942603>