

**Legislatura 17ª - 12ª Commissione permanente - Resoconto sommario n. 442 del 20/04/2017****PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE SUL DOCUMENTO LVII, N. 5 E CONNESSI ALLEGATI**

La Commissione,

esaminato il Documento di economia e finanza 2017,

premesso che :

il Documento in esame reca un nuovo quadro programmatico di finanza pubblica che prevede:

- un incremento del PIL pari all'1,1 per cento per l'anno in corso, dell'1,0 per cento per ciascuno degli anni 2018 e 2019, dell'1,1 per cento per il 2020;
- un tasso di disoccupazione pari all'11,5 per cento per l'anno in corso, all'11,1 per cento per il 2018, al 10,5 per cento per il 2019, al 10,0 per cento per il 2020;
- un tasso di indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni (in rapporto al PIL) pari al 2,1 per cento per l'anno in corso (comprensivo della manovra correttiva dello 0,2 per cento di imminente approvazione), all'1,2 per cento per il 2018, allo 0,2 per cento per il 2019, con un valore percentuale pari a zero nel successivo anno 2020 (nel quadro tendenziale il tasso di indebitamento netto è invece pari al 2,3 per cento per il 2017, all'1,3 per cento per il 2018, allo 0,6 per cento per il 2019 ed allo 0,5 per cento per il 2020).
- la neutralizzazione delle clausole di salvaguardia previste (in via eventuale) da precedenti provvedimenti legislativi che comporterebbero un incremento delle imposte indirette (IVA ed accise), attraverso misure "sul lato della spesa e delle entrate, comprensive di ulteriori interventi di contrasto all'evasione";

riguardo al settore sanitario, il Documento ricorda i recenti provvedimenti adottati in materia:

- il [Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017](#), che ha operato una revisione complessiva dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), garantiti dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa comprensivi del nuovo nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, (incluse tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, erogate a carico del Servizio sanitario nazionale, finora possibili solo in regime di ricovero); del nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica, anche al fine di "erogare ausili altamente innovativi e con elevati criteri di qualità costruttiva"; l'estensione dei livelli essenziali agli *screening* neonatali (per tutti i nuovi nati), con riferimento alla sordità congenita nonché alle malattie metaboliche ereditarie; la revisione dell'elenco delle malattie croniche ed invalidanti e di quello delle malattie rare;
- l'Accordo concluso il 15 settembre 2016 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, che definisce il Piano nazionale della cronicità;
- l'intesa sancita il 19 gennaio 2017 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, che ha dato il via libera al varo del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, con l'obiettivo "di ridurre o eliminare le conseguenze delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee sull'intero territorio nazionale";
- il Patto per la sanità digitale - adottato mediante intesa sancita il 7 luglio 2016 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome -, inteso all'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità ed alla rimozione degli ostacoli che rallentano la diffusione dell'informatizzazione del Servizio sanitario nazionale;
- il Regolamento di cui al decreto ministeriale 7 dicembre 2016, n. 262, sulle procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario

nazionale per l'allestimento dell'infrastruttura tecnologica per l'assegnazione del "Codice Unico Nazionale dell'Assistito (CUNA)", "grazie al quale sarà possibile ricostruire il percorso sanitario del cittadino nei diversi *setting* assistenziali" del Servizio sanitario nazionale;

- la costituzione del Tavolo tecnico di monitoraggio e indirizzo per l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico sulla base delle novelle relative poste dalla legge di bilancio per il 2017;
- la recente approvazione della nuova disciplina legislativa, posta dalla [legge 8 marzo 2017, n. 24](#), concernente la sicurezza delle cure sanitarie, la responsabilità, civile e penale degli esercenti le professioni sanitarie e delle strutture sanitarie sociosanitarie in cui esse operino, le relative coperture assicurative obbligatorie, la nuova disciplina dei CTU e dei Periti;

considerato che:

- i dati di previsione, a legislazione vigente e nel quadro macroeconomico elaborato per il periodo di riferimento, esposti nella Sezione II (Analisi e tendenze della finanza pubblica) prevedono:
  - a) per l'anno in corso una spesa sanitaria corrente pari a 114.138 milioni di euro, con un tasso di crescita dell'1,4 per cento.
  - b) per il triennio 2018-2020, una crescita della spesa sanitaria secondo un tasso medio annuo dell'1,3 per cento, mentre la stima di crescita, nello stesso arco temporale, del PIL nominale è pari ad una media annua del 2,9 per cento;
  - c) una riduzione del rapporto tra la spesa sanitaria ed il PIL da un valore pari a 6,7 per cento nel 2017 al 6,5 per cento nel 2018 e ad un livello pari a 6,4 per cento sia nel 2019 sia nel 2020;

esprime, per quanto di propria competenza, parere favorevole, con le seguenti osservazioni:

- 1) la previsione programmatica della spesa sanitaria nel triennio 2018-2020, ancorché inserita in uno scenario di riduzione del deficit pubblico e di lenta crescita del PIL, è meritevole di opportune integrazioni nei documenti successivi (nota di aggiornamento al DEF 2017 e legge di bilancio 2018);
- 2) il Servizio sanitario nazionale può e deve ancora migliorare sul piano dell'efficienza, della qualità, della appropriatezza e della trasparenza, ma ha consolidato, soprattutto in questi anni di contrazione di risorse pubbliche un modello di *governance* Stato/Regioni basato su regole e procedure idonee a garantire che la spesa sia sempre più prossima al costo di un servizio efficace, appropriato e di qualità. In altre parole, restrizioni di finanziamento, soprattutto nelle regioni più virtuose, potrebbero incidere sempre meno su prestazioni inefficienti ed inappropriate e determinare invece riduzione di offerta di prestazioni efficaci ed appropriate, aumentando le difficoltà di governo delle liste di attesa e di contenimento delle mobilità interregionali. La stessa comparazione tra tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria (1,3 per cento) e tasso di crescita del PIL nominale (2,9 per cento), con conseguente discesa dal 2019 e confermato nel 2020 del rapporto spesa sanitaria /PIL al 6,4 per cento (ulteriore incremento del gap con i paesi avanzati EU-15), comporta una restrizione ancora più marcata in termini di spesa reale, posto che l'indice dei prezzi del settore sanitario è sempre superiore all'indice generale dei prezzi al consumo;
- 3) in linea con la straordinaria innovazione di introdurre tra gli obiettivi di finanza pubblica indicatori di "benessere equo e sostenibile", pare matura l'opportunità di individuare uno o più indicatori di salute individuale e collettiva che corrispondano al meglio ai nuovi bisogni di cura ed assistenza, nonché di inclusione sociale, determinati dai grandi cambiamenti demografici ed epidemiologici (prevalenza di malattie cronico invalidanti) e dagli straordinari sviluppi delle biotecnologie in cui rientrano a pieno titolo i farmaci innovativi;
- 4) occorre altresì dare certezza di finanziamenti per un tempo adeguato (triennale), evitando riduzioni in corso d'opera come spesso è avvenuto, come anche quest'anno è avvenuto, determinando la necessità di interventi emergenziali sulle organizzazioni e sulle prestazioni che producono riduzioni di offerta e incertezze sulla gestione dei servizi. Più in generale, va garantita la piena esigibilità dei vecchi e nuovi LEA in tutte le regioni e in tutti i territori delle regioni considerando le peculiarità del tessuto socio economico e delle caratteristiche epidemiologiche e geografiche dei territori, anche superando al più presto la vigente procedura di verifica dell'erogazione dei LEA (cd. "griglia LEA") perchè poco sensibile nel rilevare l'effettiva erogazione dei LEA stessi;
- 5) il contrasto alle disuguaglianze e il sostegno all'inclusione sociale, al centro del *welfare* italiano, ha un terreno proprio anche nella tutela della salute individuale e collettiva, macroscopicamente evidente nel confronto Nord-Centro/Sud-Isole (e tra regioni sottoposte a commissariamento e non); un *gap* che richiede la programmazione di politiche di intervento sui fattori strutturali che lo determinano e lo mantengono nel tempo;

6) in questi contesti programmatici appare problematico restituire ai ticket la fisiologica funzione di regolazione della domanda in ragione dell'appropriatezza rendendo più eque le regole di esenzione, (gli inoccupati, ad esempio, attualmente non sono esenti,) essendo invece i *ticket* diventati una robusta fonte di finanziamento del SSN (circa 3 Mld) ed essendo essi caratterizzati da effetti distorsivi quali l'indirizzo di prestazioni verso la sanità privata (*superticket* di 10 euro) o verso l'acquisto diretto delle stesse, farmaci compresi (spesa sanitaria privata verso il 2,2 per cento del PIL);

7) la spesa per redditi da lavoro dipendente per l'anno 2017 evidenzia un tasso di crescita, peraltro confermato nel triennio 2018/2020, che rende difficile lo sviluppo di politiche proattive nei confronti del personale. Le esigenze sono note: sblocco del *turn over*, stabilizzazione del precariato, adeguamento degli organici in tema di riposi e orario di lavoro, avvio di una positiva stagione dei rinnovi dei contratti e delle convenzioni, valorizzazione delle risorse umane (che sono strategiche per la diffusione di modelli di cura e assistenza multidisciplinari e multi professionali, per una efficace integrazione tra cure specialistiche ospedaliere e cure primarie territoriali e servizi socio assistenziali, per campagne di educazione e di informazione sui corretti stili di vita, sulle vaccinazioni, sugli screening oncologici prenatali, sulla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro);

8) occorre una nuova *governance* del farmaco e delle nuove tecnologie sanitarie fondata sull'appropriatezza delle indicazioni, sull'accessibilità, sulla sicurezza, sulla trasparenza ed autorevolezza delle fonti scientifiche, nonché sulla sostenibilità dei costi per evitare cadute dell'equità. Al riguardo, va meglio definita la *mission* dell'AIFA, soprattutto nel governo della spesa per i farmaci, con riferimento sia alla piena solvibilità del *payback*, oggi gravato da contenziosi con le imprese farmaceutiche, sia all'ambito dei farmaci innovativi con un pieno e tempestivo recupero di risorse derivanti da contratti di fornitura per costo/volume;

9) va incentivata con idonei finanziamenti strutturali la ricerca sanitaria, pura e applicata, in progettazione e produzione di tecnologie avanzate, di organizzazioni sicure ed efficaci, nonché in luoghi di cura sicuri, che promuovano l'umanizzazione e personalizzazione delle cure realizzando, quindi, gli obiettivi di un ritorno sicuro in termini di qualità e quantità di produzione e di buona occupazione in settori strategici.