

[Versione HTML base](#)[Versione per la stampa](#)[Mostra rif. normativi](#)**☐ Documento completo (206K)****Frontespizio****☑ IN SEDE CONSULTIVA**

Bilancio di previsione triennio 2015-2017

**☑ Legge di stabilità 2015**

PRESIDENTE

PRESIDENTE

DIRINDIN (PD)

RIZZOTTI (FI-PdL XVII)

PRESIDENTE

VALDINOSI (PD)

SIMEONI (M5S)

FLORIS (FI-PdL XVII)

FUCKSIA (M5S)

PRESIDENTE

BIANCO (PD)

PRESIDENTE

GRANAIOLO (PD)

Maurizio ROMANI (Misto-MovX)

ANITORI (Misto)

VICECONTE (NCD)

SCAVONE (GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI))

RIZZOTTI (FI-PdL XVII)

FUCKSIA (M5S)

TAVERNA (M5S); ICHINO (SCpI)

PADUA (PD)

VALDINOSI (PD)

ROMANO (Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE)

SILVESTRO (PD)

PRESIDENTE

BIANCO (PD)

PRESIDENTE

PRESIDENTE

BIANCO (PD)

PRESIDENTE

D'AMBROSIO

**Legislatura 17ª - 12ª Commissione permanente - Resoconto sommario n. 186 del 10/12/2014****RAPPORTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE SULLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ANNO FINANZIARIO 2015 E PER IL TRIENNIO 2015-2017, E RELATIVA NOTA DI VARIAZIONI (DISEGNI DI LEGGE NN. 1699 E 1699-BIS - TABELLA 14 E 14-BIS), E SULLE PARTI CORRISPONDENTI DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1698**

La 12ª Commissione permanente;

esaminati i documenti in titolo;

premessi che le risorse pubbliche attribuite al finanziamento del SSN rappresentano non un mero costo di bilancio ma un investimento nello sviluppo civile, sociale ed economico del Paese, in quanto la filiera della salute, costituita da una rilevante concentrazione di fattori produttivi umani e tecnologici ad altissima contenuto di competenze, ricerca ed innovazione, nell'economia reale contribuisce al PIL secondo stime per il 12,5 per cento; presidia tutele di diritti posti a fondamento della identità e coesione sociale e redistribuisce reddito sotto forma di servizi alla persona proteggendo le fasce più deboli soprattutto in condizioni di crisi economica;

considerato che la garanzia di un quadro di certezze economiche alla programmazione regionale in materia sanitaria è un obiettivo da perseguire e soprattutto da tutelare nelle forme e nei contenuti più avanzati possibili, proprio nelle fasi più difficili anche come strumento di governo della crisi economica;

formula, per quanto di competenza, un rapporto favorevole,

con le seguenti osservazioni:

1) fermo restando il principio secondo cui i risparmi conseguiti nella gestione dei servizi sanitari restano nelle disponibilità delle Regioni per esclusive finalità sanitarie, la riduzione dei trasferimenti finanziari alle amministrazioni regionali e comunali implicherà oggettivamente ulteriori misure di contenimento della spesa sanitaria, esaltando quindi la necessità di azioni di monitoraggio e

vigilanza sulla effettiva erogazione dei LEA e sui connessi profili di efficacia, qualità e sicurezza, anche mediante le incisive misure di commissariamento dei governi regionali e di decadenza dei vertici delle aziende sanitarie introdotte dal disegno di legge di stabilità;

2) la prevista confluenza delle quote fino ad oggi vincolate a specifici obiettivi di tutela di cui ai commi 229 e 230 dell'articolo 2 del disegno di legge di stabilità nel fondo sanitario da ripartire secondo parametri di costi standard, pur rispondendo ad una logica di funzionalità e disponibilità delle risorse stesse, non deve trascurare una funzione di attenta valutazione sull'effettiva tutela dei soggetti e delle condizioni ai quali quei fondi erano riferiti. Potrebbe risultare coerente a tale scopo prevedere, anche con norme regolamentari, che l'esito di tale valutazione entri a far parte dei criteri per il riparto della quota premiale. Sempre con atti regolamentari sarebbe quindi appropriato identificare agili strutture di monitoraggio sull'erogazione di tali prestazioni, in relazione ai bisogni espressi sulla base di flussi informativi standardizzati;

3) il grande contributo che il SSN ha concretamente dato all'opera di contenimento della spesa pubblica e dei suoi riflessi sugli indici macroeconomici ha pesantemente gravato sulle condizioni di lavoro degli operatori ai quali vanno dati segnali di attenzione al loro *status* operativo, normativo e retributivo, a cominciare dalle situazioni più critiche sia nell'ambito ospedaliero (urgenze, emergenze, rianimazioni, trapianti, alta specialità) che in quello delle cure primarie (cure domiciliari integrate ai non autosufficienti, oncologici, psichiatrici);

4) la particolare attenzione che opportunamente viene rivolta alle attività di governo dei farmaci e dei presidi biomedicali e degli ausili nella logica del *technology assessment* necessita di una attenta rivalutazione del ruolo, delle competenze e della funzionalità operativa dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'AIFA quali riferimenti di eccellenza pubblica della ricerca e della valutazione di efficacia e sicurezza delle attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. A tale fine appaiono indispensabili interventi di stabilizzazione relativamente al personale di tali strutture, personale di elevata qualificazione oggi impiegato con contratti di lavoro precari e condizionato dalle commesse di ricerca o valutazione a tali enti affidati;

5) la disponibilità di farmaci ad altissima efficacia ed altissimo costo unitario per trattamento capaci di eradicare il virus della Epatite C, cambiando radicalmente la storia clinica dei soggetti infetti e i costi conseguenti al loro trattamento, rende improcrastinabile una misura specifica che, in coerenza con una strategia di approccio a tutti i farmaci innovativi, definisca, sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici e priorità cliniche, una appropriata disponibilità economica e relative fonti di finanziamento;

6) la prevista disponibilità di risorse per l'edilizia sanitaria rappresenta lo sforzo massimo possibile in questa fase e proprio per questa ragione dovrebbe riconoscere tra i criteri di priorità di spesa un progetto per la messa in sicurezza degli ospedali.