

INTRODUZIONE

Gli Stati si stanno dimostrando sempre più inadeguati a gestire in maniera centralista alcuni settori, che tradizionalmente sono sempre stati di loro competenza. Tale inadeguatezza è particolarmente evidente e manifesta in tutte le funzioni relative ai servizi alla persona. Ecco spiegata, quindi, la grande battaglia avanzata in questi ultimi tempi dalla Lega Nord in favore del sociale, della famiglia e della sanità.

Proprio il comparto sanitario si presta in modo perfetto ad una devoluzione completa di poteri normativi e gestionali dallo Stato alle Regioni nella convinzione che solo gli enti territoriali più vicini ai cittadini sono maggiormente in grado di risolvere i problemi della quotidianità delle persone, tra cui anche la sanità. Come è noto, la vicinanza tra governo pienamente autonomo e governato consente di acquisire una migliore conoscenza dei problemi presenti sul territorio e di risolverli con efficacia.

A tale proposito, però, è utile considerare il fatto che devolvere completamente alle Regioni le competenze in materia sanitaria, comporta l'affrontare il problema, fortemente sentito, della spesa sanitaria di ogni singola Regione. Il problema è risolvibile solo con la creazione di un vero sistema di federalismo fiscale, con la possibilità, quindi, per ogni Regione di mantenere *in loco* un'elevata quota delle tasse versate dai contribuenti, finanziando direttamente il sistema sanitario regionale. al nefasto sistema dei trasferimenti da Roma alla periferia, con tutte le conseguenze che ciò comporta.

Lo scopo è quello di responsabilizzare ogni Regione in materia di spesa sanitaria migliorandone l'efficienza e dando alle stesse un ruolo primario. Tutto ciò, secondo la Lega Nord, è possibile solo in un sistema fortemente e spiccatamente devolutivo, in cui le Regioni che più si renderanno pronte ad affrontare nuove sfide, potranno ottenere un maggior numero di competenze legislative dallo Stato centrale.

Per queste motivazioni la Lega Nord è pienamente convinta della bontà della riforma federalista-devoluzionista applicata al settore sanitario. La sua realizzazione costituirà la dimostrazione più efficace di come l'intero processo di riforma costituzionale generi benefici e miglioramenti alla vita dei cittadini.

La Lega Nord si impegna a realizzare un sistema sanitario che preveda il rispetto dei diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione.

Attraverso il federalismo, attuato con la devoluzione dei poteri, il Mezzogiorno avrà la possibilità diretta di liberare le proprie energie, attuare un concreto sviluppo, e creare una sanità regionale efficiente. Il nodo dell'intera questione resta comunque il federalismo fiscale e, quindi, un vero sistema di autonomia finanziaria per ogni Regione.

Facendo riferimento alle modalità di finanziamento introdotte dal nuovo Titolo V è necessario operare una svolta fondamentale. Nella falsa riforma federalista voluta dall'Ulivo, infatti, lo Stato resta il titolare del potere impositivo fiscale, applicato in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalle differenziate esigenze delle singole Regioni. Non è ancora stato creato quel sistema imperniato sull'autonomia fiscale indispensabile al raggiungimento concreto del federalismo e all'avvento di un nuovo modello di sistema sanitario.

Dott. Roberto Marraccini
Settore Affari Istituzionali
Segreteria Politica Federale

Dott. Fabrizio Spinnato
Settore Politiche Sociali e per la Famiglia
Segreteria Politica Federale

INTERVENTI A CARATTERE GENERALE

FINANZIAMENTO DEL SSN ED EFFICIENZA DELLA SPESA SANITARIA

Uno dei principali problemi che la maggioranza di centro-destra ha dovuto affrontare nel settore sanitario è quello legato al reperimento di nuove risorse da destinare al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Come noto, infatti, gli stanziamenti pluriennali programmati dalla precedente maggioranza di centro-sinistra apparivano assolutamente inadeguati a finanziare la crescente domanda di prestazioni sanitarie proveniente dai cittadini e legata al progressivo incremento dell'aspettativa media di vita, alla diffusione di pluripatologie, ai progressi della tecnologia biomedica, ecc.

Al fine di adeguare lo stanziamento di risorse ai nuovi bisogni sanitari dei cittadini, questa maggioranza ha provveduto nel corso di tutta la legislatura ad incrementare in maniera significativa le risorse destinate dalla sanità, che sono passate dai 130.842 miliardi di lire stanziati per il 2001 dalla maggioranza di centro-sinistra al termine della XIII legislatura ai 90.960 milioni di euro stanziati per il 2006 dall'ultima legge finanziaria.

La Lega Nord, nel condividere tale scelta di fondo ritenuta essenziale ai fini del soddisfacimento dell'irrinunciabile diritto alla salute, ha lottato affinché fossero garantite l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle maggiori risorse stanziate, soprattutto da parte di quelle Regioni del Sud più naturalmente inclini al disavanzo. Anche grazie all'azione di pressione della Lega, nell'ambito del generale processo di valorizzazione dell'autonomia decisionale e della responsabilità delle Regioni nel settore sanitario sono stati così inseriti nuovi e più stringenti vincoli a carico delle Regioni al fine di garantire l'equilibrio nei saldi economici finanziari e l'appropriatezza della spesa. Si segnalano, in particolare, i seguenti interventi:

Legge 16 novembre 2001, n. 405 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria: con il decreto legge in esame, è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 con il quale è stato incrementato lo stanziamento statale a favore della spesa sanitaria, rideterminando i livelli di finanziamento per un periodo di tempo triennale; strutturato come vero e proprio patto di stabilità tra lo Stato e le Regioni, il d.l. n. 347/01 ha stabilito che le Regioni dovranno pagare con risorse proprie gli eventuali disavanzi rispetto ai tetti di spesa stabiliti. In particolare, per garantire il rispetto degli equilibri di bilancio, il decreto legge ha disciplinato in maniera puntuale le misure che le regioni devono adottare ai fini del rispetto dei limiti di spesa. Specifici obiettivi di appropriatezza di spesa sono stati indicati alle Regioni sia nel settore della ristrutturazione delle rete ospedaliera che nel settore dell'assistenza farmaceutica, ove è stato attuato un significativo decentramento di competenze a favore delle Regioni grazie all'attribuzione a queste ultime del potere decisionale sia in materia di ticket che in materia di esenzioni.

Legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria 2002): il provvedimento ha stabilito specifiche sanzioni finanziarie per le Regioni che non rispettano gli impegni di contenimento e razionalizzazione delle spese sanitarie impropri fissati nell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.

Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005): ancora una volta, si è provveduto ad incrementare lo stanziamento statale per l'assistenza sanitaria, aumentando il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale fino a quota 88.195 milioni di euro. A tali risorse si sono inoltre aggiunti i maggiori stanziamenti (pari a 2.000 milioni di euro per l'anno 2005) per il ripiano dei disavanzi pregressi. L'incremento dei

finanziamenti è stato subordinato alla stipula di un apposito accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, al fine di concordare con le Regioni una serie di adempimenti e di vincoli volti al contenimento della dinamica dei costi di produzione, al pareggio di bilancio aziendale, al rispetto del tetto di spesa programmato nel settore dell'assistenza farmaceutica. Con la legge finanziaria 2005, si sono inoltre disciplinate specifiche procedure correttive e/o sostitutive per ovviare all'inerzia delle Regioni che non provvedono a ripianare i loro disavanzi sanitari; tali misure contemplano, in particolare, l'elaborazione di un programma di riqualificazione del servizio regionale e la stipula di un accordo con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze per la regolazione dei flussi economico-finanziari.

✂ **Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006):** con la legge finanziaria 2006, sono stati ulteriormente incrementati di 3.000 milioni di euro per il 2006 gli stanziamenti statali per il finanziamento della spesa sanitaria. Anche in questo caso, l'accesso alle maggiori risorse è stato subordinato al rispetto, da parte delle Regioni, di una serie di obblighi ed adempimenti, al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario nel settore sanitario. Specifiche misure di ripianamento del disavanzo di gestione sono state peraltro introdotte al fine di garantire il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario sia da parte delle Regioni maggiormente in disavanzo che da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere. A tal fine, è stato attribuito al Ministro della salute il compito di definire i criteri e le modalità della certificazione dei bilanci degli enti pubblici del SSN.

IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELL'EFFICIENZA DEI SERVIZI SANITARI

Una delle principali sfide che la Casa delle Libertà, e in particolare la Lega Nord, ha inteso affrontare nel settore sanitario riguarda il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi sanitari. Come noto, infatti, la limitatezza delle risorse disponibili e l'impatto della tutela della salute sulla qualità di vita dei cittadini impongono di rivolgere primaria attenzione a tutti quei profili che, pur in una prospettiva di progressiva devoluzione di competenze a favore delle Regioni, incidono sull'efficacia dell'organizzazione e degli interventi sanitari erogati. Nel corso della legislatura, la Lega Nord ha svolto una costante azione propositiva e di controllo affinché i profili dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie fossero costantemente promossi dal legislatore. Nel settore in esame, si segnalano in particolare i seguenti interventi:

✂ **Legge 27 dicembre 2002, n.289 (legge finanziaria 2003):** la legge finanziaria 2003 ha cercato di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari, vincolando le Regioni all'adozione di specifiche misure di monitoraggio delle prestazioni erogate e di verifica delle risorse impiegate. L'obiettivo di queste disposizioni è di assicurare al cittadino un sistema di servizi sanitari più efficiente, più conforme alle effettive esigenze del paziente e più puntuale nei tempi di erogazione. A questo specifico riguardo, sono state date alle Regioni compiute indicazioni per la *riduzione delle liste d'attesa*, problema questo che da tempo compromette la qualità del sistema sanitario nazionale e che deve ora trovare una soluzione definitiva. Per garantire ai pazienti un accesso rapido alle visite mediche, agli esami ambulatoriali, nonché ai ricoveri ospedalieri, si è pertanto autorizzato il ricorso a turni di lavoro straordinario da parte del personale sanitario competente, nonché il trasferimento delle risorse attualmente utilizzate per altre finalità non prioritarie. Si è inoltre previsto *l'ampliamento dell'offerta dei servizi sanitari*, con particolare riguardo alle prestazioni più innovative e a tecnologia più avanzata. Per consentire alle Regioni il compiuto monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate, si è infine disposta la trasformazione in via sperimentale della tessera individuale recante il codice fiscale nella "*Carta nazionale dei servizi*", al fine di consentire la progressiva informatizzazione del sistema sanitario, con consistenti vantaggi

sia nella trasparenza della gestione del servizio sanitario, che nell'adeguamento dell'offerta dei servizi alle specifiche esigenze dei pazienti di ogni regione.

Analoghe misure di promozione della qualità ed efficienza dei servizi sanitari sono state previste anche dalle successive leggi finanziarie.

Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006): nuove misure per il contenimento delle liste di attesa sono state introdotte dalla legge finanziaria 2006, che ha previsto la stipula di uno specifico accordo Stato-Regioni sul tema in esame, destinando a tali interventi 2.000 milioni di euro per l'anno 2006. Al fine di garantire certezza ai cittadini nell'accesso alle prestazioni sanitarie, si è inoltre introdotto e regolamentato il divieto per le aziende sanitarie ed ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza.

Sempre con la legge finanziaria 2006, si è prevista l'istituzione di una Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni cui è deputato, in particolare, il compito di predisporre le linee guida per la fissazione e la verifica dei criteri di priorità e di appropriatezza delle prestazioni, nonché i criteri per l'erogazione di sanzioni amministrative.

Infine, è stata autorizzata una rimodulazione delle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza al fine di incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale, nonché di decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero; la suddetta rimodulazione dovrà prevedere l'inserimento tra i LEA della fornitura di prodotti per stomizzati ed incontinenti (misura questa da tempo perseguita dalla Lega Nord anche attraverso la presentazione di una specifica proposta di legge), nonché di prodotti per la cura delle lesioni da decubito.

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Una delle principali battaglie ideologiche portate avanti dalla Lega nel corso di questa legislatura coincide con l'approvazione della legge sulla procreazione medicalmente assistita, al fine di dare una regolazione definitiva ad un settore caratterizzato da una situazione di totale carenza di tutela giuridica. Come noto, la legge n. 40 del 2004, che deriva dall'approvazione di una proposta di legge parlamentare a firma Cé e Giorgetti, ha segnato un importante traguardo politico per la Lega Nord, significativamente confermato dagli stessi elettori con il fallimento totale del referendum abrogativo celebratosi nella primavera dello scorso anno

Legge 19 febbraio 2004, n. 40 – Norme in materia di procreazione medicalmente assistita: Gli aspetti più rilevanti del provvedimento riguardano:

- a) il divieto di ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo: il ricorso alle tecniche di procreazione assistita è infatti consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è circoscritto ai casi di sterilità medicalmente documentate;
- b) il principio per cui il ricorso alla procreazione assistita deve essere visto come soluzione residuale rispetto ai metodi terapeutici di rimozione delle cause di sterilità e di infertilità: il ricorso alle tecniche di procreazione assistita è infatti informato ai principi di gradualità (al fine di evitare il ricorso ad interventi con un grado di invasività fisico e psichico troppo gravoso per l'individuo) e di consenso informato;
- c) l'esclusione delle tecniche di procreazione assistita dai livelli essenziali di assistenza;
- d) la scelta della famiglia come discrimen ulteriore per l'accesso alla procreazione medicalmente assistita: si prevede infatti l'accesso alle tecniche solo per le coppie di

maggioresni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambe viventi. Si è voluto così escludere l'accesso a tutte quelle famiglie di fatto omosessuali o monoparentali, che non sembrano rispondere a quei canoni di maternità consapevole e responsabile che è intento della legge promuovere;

- e) la manifestazione del consenso e della revocabilità, che deve essere espresso per iscritto dalla coppia: spetta infatti al medico l'onere di informare le coppie che accedono alla procreazione assistita sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, nonché sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti. E' altresì richiesta ampia e dettagliata informazione sui costi economici del trattamento;
- f) lo status giuridico del soggetto nato: preoccupandosi di disciplinare i diritti del nato, la legge n. 40 ha attribuito ai nati a seguito di procreazione medicalmente assistita lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime. E' inoltre esplicitamente previsto il divieto di disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre;
- g) la specificazione del concepito tra i soggetti portatori di diritti che la legge deve tutelare nella disciplina della procreazione assistita: la legge ha vietato ogni sperimentazione sull'embrione, ad eccezione di quelle volte a perseguire finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche. Sono state inoltre vietate ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni o dei gameti, nonché ogni intervento volto a manipolare ed alterare artificialmente il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Settore strategico del sistema sanitario, l'assistenza farmaceutica ha sollecitato nella maggioranza di governo l'adozione di numerosi importanti provvedimenti al fine di controllare la spesa per consumo di farmaci e di promuovere l'innovazione e la ricerca farmacologica. La Lega Nord ha dedicato specifica attenzione al settore farmaceutico, cercando di contemplare il fondamentale diritto dei cittadini all'erogazione dei farmaci necessari alla tutela della salute e del benessere individuale con l'altrettanto importante esigenza di mantenere la competitività dell'industria farmaceutica intesa quale strategico settore di produzione e di impiego. I principali provvedimenti approvati nel corso della legislatura sono:

Legge 27 dicembre 2002, n.289 (legge finanziaria 2003): la legge finanziaria 2003 si è posta come obiettivo l'adeguamento della politica farmaceutica nazionale al crescente consumo di medicinali da parte dei cittadini e ai cambiamenti registrati nella tipologia della domanda. A tal fine, è stata prevista una *riduzione del 7% del prezzo dei medicinali rimborsabili dal Servizio Sanitario nazionale*, riduzione che ha consentito di contenere la spesa farmaceutica statale, garantendo anche per l'esercizio finanziario 2003 l'accesso gratuito ai farmaci essenziali e ai farmaci necessari per le malattie croniche.

In secondo luogo, si è cercato di favorire le attività di ricerca e di innovazione tecnologica delle aziende farmaceutiche che consentono di offrire ai cittadini farmaci più efficaci e meno invasivi nella cura delle patologie. Per questo, è stato previsto a favore delle aziende farmaceutiche che investono in tali attività un "*premio di prezzo*", operante come incentivo economico all'innovazione, che avrà effetti positivi sia sull'occupazione e sugli investimenti nel settore dell'industria farmaceutica che sullo stato complessivo di salute dei cittadini.

Sempre nel settore dell'assistenza farmaceutica, sono state introdotte specifiche misure volte a favorire la produzione e la distribuzione di *medicinali omeopatici*, cercando di adeguare la complessa normativa in materia alla crescente domanda di tali farmaci da parte dei consumatori. E' infatti importante che, garantiti i dovuti controlli sulla commercializzazione di tali medicine non convenzionali, sia comunque assicurata al cittadino la libertà di scegliere, con pari dignità rispetto ai trattamenti tradizionali, le modalità di cura più conformi al proprio stile di vita e alle proprie esigenze sanitarie.

~~Il~~ **Decreto legge n. 269/93 (collegato alla legge finanziaria 2004)**: il provvedimento ha previsto l'istituzione di una nuova struttura centrale di coordinamento della politica farmaceutica, sottoposta alle funzioni di indirizzo del Ministero della Salute, denominata Agenzia Italiana del Farmaco. La creazione di un organismo unitario nel settore si è resa necessaria al fine di realizzare un centro unico di riferimento a carattere nazionale competente su tutte le questioni attinenti la gestione della politica farmaceutica da parte dello Stato. Nello specifico, la nuova Agenzia è stata introdotta al fine di garantire un rapporto più flessibile e coerente tra la domanda di medicinali da parte dei cittadini, le esigenze del settore produttivo e la tutela dell'interesse pubblico sottostante alla gestione della spesa da parte delle pubbliche amministrazioni.

In particolare, si segnala l'attribuzione all'Agenzia di una funzione di impulso per l'individuazione di nuove modalità di promozione della ricerca scientifica, anche attraverso il cofinanziamento pubblico-privato, nonché di una funzione di monitoraggio sull'attività di promozione dalle aziende farmaceutiche attraverso l'organizzazione di convegni medici: il settore, che come noto è stato caratterizzato in passato da irregolarità e da vere e proprie truffe a danno del SSN, è stato infatti sottoposto alla sorveglianza dell'Agenzia, che garantirà che tali convegni siano sorretti da un contenuto scientifico indipendente e non si traducano pertanto in uno strumento promozionale per consentire alle aziende farmaceutiche di ottenere maggiori prescrizioni dei loro farmaci.

Per evitare che in futuro si reiterino i ben noti sprechi nel consumo di farmaci, si è inoltre deciso di attribuire all'Agenzia il compito di individuare le confezioni di medicinali ottimali per l'inizio ed il mantenimento della terapia; in particolare, tale previsione è funzionale ad evitare che si buttino via farmaci inutilizzati a causa della decorrenza della scadenza riportata sulla confezione. Inoltre, sempre per favorire un consumo responsabile di farmaci da parte dei cittadini, spetterà all'Agenzia autorizzare i nuovi schemi di foglietti illustrativi, che dovranno essere redatti in forma semplificata, stampata a grossi caratteri, in modo tale da garantire al paziente la massima trasparenza sugli effetti e sulle controindicazioni del farmaco assunto.

Contestualmente all'istituzione dell'Agenzia unica del farmaco, nel collegato alla finanziaria si è anche cercato di coresponsabilizzare le aziende farmaceutiche alla ricerca di nuove soluzioni terapeutiche nei settori dell'assistenza farmaceutica di regola più trascurati dall'industria produttiva: a tal fine, è stato imposto alle aziende farmaceutiche un contributo annuale, pari al 5% delle spese autocertificate sostenute per le attività di promozione presso i medici, gli operatori sanitari ed i farmacisti (al netto delle spese per il personale addetto), che confluirà in un apposito Fondo istituito presso l'Agenzia unica. Le risorse confluite in tale fondo saranno destinate per il 50% al sostegno a favore dei cosiddetti "farmaci orfani", ovvero quei farmaci, che, essendo destinati a curare malattie rare, non vengono commercializzati dalle imprese, in quanto economicamente non vantaggiosi, ma che sono destinati a dare una speranza di vita a persone altrimenti incurabili.

Per il restante 50%, il Fondo sarà invece destinato: a finanziare un programma di farmacovigilanza (a maggiore tutela e garanzia della sicurezza dei cittadini, è stato attribuito infatti all'Agenzia il compito di vigilare sistematicamente sugli effetti collaterali del farmaco, per consentire che tali effetti siano immediatamente segnalati e che siano contestualmente

modificati gli impieghi del medicinale); a consentire la realizzazione di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci (tale meccanismo di comparazione consentirà di promuovere solo quei farmaci innovativi che, a fronte del loro prezzo più alto, sono in grado di offrire prestazioni più elevate ai cittadini); a sostenere l'istituzione di un Centro di informazione indipendente sul farmaco.

A completamento di questi interventi, si è inoltre cercato di promuovere un'accelerazione dei tempi di immissione in commercio dei medicinali: è noto, infatti, che in Italia le procedure amministrative nazionali di rilascio delle autorizzazioni all'immissione in commercio dei medicinali per uso umano soffrono di gravi ed ingiustificati ritardi rispetto a quanto stabilito per le medesime procedure a livello europeo. Per questo motivo, si è ritenuto opportuno applicare automaticamente i tempi e le procedure fissati dall'Unione Europea anche alle dinamiche autorizzative italiane, consapevoli del fatto che l'allineamento alle norme europee significa in questa circostanza favorire ed incoraggiare gli investimenti in ricerca e sviluppo del nostro paese.

~~///~~ **Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005):** al fine di ovviare ai noti sprechi di farmaci tipici di molte Regioni del Sud (dove il farmaco continua a rappresentare un sostitutivo al ricovero), la legge finanziaria 2005, riprendendo una misura del decreto legge n. 347 del 2001, ha confermato che le Regioni devono contenere la spesa farmaceutica entro il 13% delle risorse annualmente destinate alla spesa sanitaria.

Al fine di promuovere l'efficienza della spesa farmaceutica, si è inoltre prevista l'immissione in commercio dei farmaci a carico del SSN in "confezioni di avvio" che consentano di valutarne l'efficacia, razionalizzando contestualmente l'esborso a carico del Servizio sanitario nazionale.

Specifici interventi sono stati inoltre approvati anche nel settore dei farmaci generici, al fine di orientare il consumo dei cittadini verso quei medicinali più convenienti in termini di rapporto costo/efficacia terapeutica. A tal fine, si è autorizzata l'Agenzia italiana del farmaco ad adottare un piano di comunicazione (nel limite di spesa annuo di 1 milione di euro) volto a diffondere l'uso dei farmaci generici sia tra i consumatori che tra gli operatori del settore (medici e farmacisti); tale misura è stata introdotta grazie all'approvazione di un emendamento della Lega Nord.

~~///~~ **Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006):** la legge finanziaria 2006 ha offerto un fondamentale contributo allo sviluppo di progetti di innovazione e ricerca nel settore farmaceutico, prevedendo la stipula di Accordi di programma tra l'Agenzia italiana per il farmaco e le singole aziende farmaceutiche per l'attribuzione temporanea a queste ultime di un "premio di prezzo" (si intende sul farmaco) commisurato agli investimenti sostenuti dalle aziende per l'insediamento di nuovi siti di produzione nazionali, per l'incremento di personale addetto alla ricerca, per lo sviluppo di sperimentazioni cliniche, per l'incremento delle esportazioni, ecc. L'entità di tale premio di prezzo non può superare il 10% dell'impegno economico derivante dagli investimenti di cui sopra. Per il finanziamento del suddetto premio di prezzo, la legge ha autorizzato un incremento annuo dei finanziamenti a favore del SSN pari a 100 milioni di euro.

INTERVENTI NEL SETTORE DELL'EDILIZIA SANITARIA

L'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sanitarie dipende anche dall'adeguatezza delle strutture deputate allo svolgimento delle attività di assistenza e cura; in questo senso, la Casa delle libertà ha ritenuto essenziale intervenire nel settore dell'edilizia sanitaria, al fine di promuovere un uso efficace ed efficiente delle risorse annualmente messe a disposizione dallo Stato per gli interventi nel settore ed evitare che nelle Regioni del Sud continuino a reiterarsi le tradizionali

inerzie nell'impiego delle risorse disponibili e nel completamento dei progetti edilizi avviati. La Lega Nord ha condiviso la priorità attribuita a tali interventi di razionalizzazione e controllo degli interventi di edilizia sanitaria. Nello specifico, sono stati approvati i seguenti provvedimenti:

~~///~~ **Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005):** con il provvedimento in esame, si sono obbligate le Regioni che all'inizio del 2005 non hanno ancora completato il loro programma di investimenti nel settore dell'edilizia sanitaria a destinare una quota delle risorse residue al potenziamento ed ammodernamento tecnologico; la modifica è frutto dell'approvazione di un emendamento della Lega Nord.

~~///~~ **Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006):** con la legge finanziaria 2006, sono state introdotte specifiche disposizioni volte a garantire che le risorse stanziare per l'edilizia sanitaria non rimangano per troppo tempo giacenti ed inutilizzate (è noto, infatti, che i capitoli di bilancio dedicati all'edilizia sanitaria continuano a registrare ingenti residui di cassa); in sostanza, si è determinata la decadenza di quegli Accordi di programma per la ristrutturazione edilizia, stipulati tra il Ministero della salute e le Regioni, che registrano eccessivi ritardi nella fase di ammissione ai finanziamenti o di aggiudicazione dei lavori (per colpe sostanzialmente imputabili alla Regione o all'Ente aggiudicatore). Le risorse che si renderanno disponibili per la decadenza dei suddetti Accordi di programma saranno utilizzate per la sottoscrizione di nuovi Accordi e per la realizzazione di altri interventi edilizi in ambito sanitario.

LOTTA AL FUMO PASSIVO

Una battaglia ideologica perseguita dalla Lega Nord in campo sanitario fin dall'inizio della legislatura coincide con la lotta al fumo passivo, intesa come vera e propria battaglia di civiltà destinata ad incidere positivamente sullo stato di salute complessivo della popolazione, grazie alla limitazione dei danni connessi alla reiterata esposizione al fumo. Come noto, la Lega Nord ha registrato nel settore una significativa vittoria grazie all'approvazione delle nuove disposizioni sul divieto di fumo nei locali pubblici:

~~///~~ **Legge 16 gennaio 2003, n. 3 – Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione:** il provvedimento ha introdotto un divieto generalizzato di fumo nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non adibiti al pubblico (come le abitazioni private) e di quelli pubblici appositamente adibiti ai fumatori. Con decreto del Ministero della Salute, sono state successivamente stabilite le caratteristiche tecniche degli impianti di ventilazione e per il ricambio dell'aria di cui devono essere forniti i locali per i fumatori. Una norma ancora più puntuale è stata introdotta per gli esercizi di ristorazione, che devono destinare ai non fumatori più della metà della superficie del loro locale. Per garantire inoltre una compiuta osservanza delle nuove regole in materia di fumo, si è attribuito alla Conferenza stato-Regioni il compito di ridefinire le procedure volte al rilevamento delle infrazioni ed i soggetti legittimati a rilevare, verbalizzare ed irrogare le relative sanzioni; in particolare, si prevede l'introduzione di una nuova figura, quella dei "controllori della salute", chiamata ad attuare controlli massicci per garantire il rispetto del divieto in questione, con multe salate per i fumatori trasgressori e ulteriori sanzioni per i locali non in regola fino a 2 mila euro. Si evidenzia che la misura in esame è stata inserita nel più ampio pacchetto di iniziative promosse dal Governo per la sensibilizzazione dei cittadini nei confronti dei danni connessi al fumo.

~~///~~ **Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005):** il provvedimento ha aumentato le sanzioni amministrative per infrazioni al divieto di fumare del 10 per cento; le maggiori entrate così determinate sono state assegnate allo stato di previsione del Ministero della

salute e destinate al potenziamento degli organi ispettivi e di controllo, nonché alla realizzazione di campagne di informazione e di educazione alla salute finalizzate alla prevenzione del tabagismo e delle patologie ad esso correlate.

INFORMATIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'informatizzazione del SSN rappresenta un'esigenza improrogabile dell'assetto sanitario contemporaneo, data l'esigenza di garantire, attraverso il costante monitoraggio delle prescrizioni e dei servizi erogati, un tempestivo aggiornamento sull'andamento della spesa e sull'appropriatezza del servizio. Nel corso di questa legislatura, la Casa delle Libertà ha segnato una vera e propria rivoluzione sul versante dell'informatizzazione del servizio sanitario, grazie alla definitiva attivazione della Tessera sanitaria, che, attraverso procedure informatizzate, migliorerà il livello di conoscenza sui reali bisogni assistenziali dei cittadini. Tale importante riforma è stata implementata grazie all'approvazione dei seguenti provvedimenti:

✍ **Decreto legge n. 269/93 (collegato alla legge finanziaria 2004):** riprendendo le previsioni della legge finanziaria 2003 sull'attivazione della cosiddetta "Carta nazionale dei servizi", il provvedimento in esame ha previsto la definitiva introduzione della cosiddetta "Tessera sanitaria", una carta elettronica che d'ora in poi costituirà il documento di riconoscimento, nonché la memoria virtuale di ogni cittadino nell'accesso alle prestazioni del SSN. L'istituzione della nuova tessera elettronica, insieme all'introduzione di nuovi modelli di ricette mediche a lettura ottica, sarà utilizzata per migliorare il sistema di registrazione delle prescrizioni mediche o farmaceutiche, favorendo in particolare la creazione di un'apposita banca dati, suddivisa per Regioni, presso il Ministero dell'economia e delle finanze. Tali nuove procedure di registrazione dei dati consentiranno di monitorare in tempo reale l'andamento dei conti pubblici nel settore sanitario, favorendo l'adozione tempestiva di correttivi per la razionalizzazione dei consumi.

✍ **Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005):** la legge finanziaria 2005 ha impegnato il Ministero dell'economia e delle finanze alla generazione e alla consegna della tessera sanitaria a tutti gli iscritti al SSN entro il 31 dicembre 2005, al fine di accelerare il processo di informatizzazione del sistema sanitario.

EMERGENZE SANITARIE

Nel corso della XIV legislatura, il settore delle emergenze sanitarie è stato oggetto di continui e ripetuti interventi da parte della maggioranza di centro-destra, sia a causa dell'aggravarsi dei rischi connessi al terrorismo internazionale, sia a causa della diffusione sulla scena mondiale di nuovi virus potenzialmente molto pericolosi sia per gli animali che per l'uomo.

Di fronte a tutte le emergenze sanitarie registrate nel corso della legislatura, il Governo ha saputo garantire interventi tempestivi ed efficaci, che hanno evitato il diffondersi di possibili pandemie attraverso un'efficace azione di coordinamento e controllo. La Lega Nord ha sostenuto l'operato del Governo, facendosi promotrice dell'esigenza di garantire il coinvolgimento sia delle Regioni che delle associazioni di volontariato in queste attività di monitoraggio, prevenzione e coordinamento delle attività finalizzate a garantire una tutela dei cittadini nei confronti delle emergenze sanitarie.

I principali provvedimenti approvati dal Parlamento nel settore in esame sono:

✍ **Legge 22 ottobre 2001, n. 387 – Conversione in legge del decreto legge 4 settembre 2001, n. 344, recante ulteriori misure per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica della encefalopatia spongiforme bovina:** prevede l'attivazione di un programma di prevenzione totale contro l'encefalopatia spongiforme bovina, mediante

sottoposizione al test di diagnosi rapida per la malattia di tutti i bovini, bufalini e bisonti macellati in età superiore ai trenta mesi. Grazie a tale iniziativa, si è riusciti ad abbassare il limite di età campionabile dei bovini, sottoponendo a test diagnostici anche i bovini più giovani. Tale misura è stata essenziale sia per ottenere completezza di informazioni epidemiologiche sulla presenza e sulla diffusione della patologia nel territorio, sia per garantire ai massimi livelli la salute del consumatore.

Legge 10 luglio 2003, n. 166 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 9 maggio 2003, n. 103, recante disposizioni urgenti relative alla sindrome respiratoria acuta severa (SARS): con il decreto legge in esame si è disposto l'obbligo per i passeggeri dei voli aerei provenienti dalle aree affette dalla Sars di sottoporsi, presso gli Uffici sanitari competenti, ad un controllo sanitario comprendente, a giudizio del medico, la misurazione della temperatura o altre informazioni necessarie per valutare la presenza del virus nel corpo del passeggero. La misura si è resa necessaria al fine di elevare il livello di sicurezza dei cittadini italiani.

Legge 26 maggio 2004, n. 138 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica: con il provvedimento in esame, è stata disposta l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un Centro di coordinamento tra le istituzioni nazionali e regionali per la valutazione e gestione dei rischi connessi alle emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo. La nuova struttura, denominata "Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi", ha consentito di elevare la capacità del nostro paese di controllare il diffondersi di possibili infezioni o virus, anche di derivazione terroristica, e di garantire la tempestiva adozione di misure correttive e/o assistenziali.

Legge 24 dicembre 2003, n. 353 (legge finanziaria 2004)

Con la legge finanziaria 2004, sono state incrementate le risorse destinate alle attività legate alla prevenzione e monitoraggio delle emergenze sanitarie: nello specifico, è stato disposto uno stanziamento di 8 milioni di euro per gli anni 2004, 2005 e 2006 a favore dell'Istituto Superiore di Sanità, per il coordinamento delle attività di ricerca per la tutela della salute pubblica, la sorveglianza dei fattori critici che incidono sulla salute, nonché la gestione dei registri nazionali.

RICERCA BIOMEDICA

A dispetto delle ricorrenti accuse dell'opposizione di centro-sinistra, che ha sempre incolpato la Casa delle libertà di aver trascurato il settore in titolo, la promozione della ricerca biomedica, soprattutto in alcuni settori strategici come quello delle cure oncologiche o quella della genetica, è stato oggetto di continui interventi di sostegno da parte della maggioranza di centro-destra. La Lega Nord, nel condividere l'impegno della maggioranza nei confronti del sostegno alla ricerca biomedica, ha cercato di promuovere e valorizzare quegli istituti o centri di ricerca del Nord del paese che rappresentano delle vere e proprie strutture di eccellenza non solo a livello nazionale, ma anche europeo. In particolare, sono stati approvati nel settore in esame i seguenti provvedimenti:

Legge 20 luglio 2003, n. 141 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 23 aprile 2003, n. 89, recante proroga di termini relativi all'attività professionale dei medici e finanziamento di particolari terapie oncologiche ed ematiche, nonché delle transazioni con soggetti danneggiati da emoderivati infetti: con il provvedimento in esame sono state disposte due autorizzazioni di spesa, rispettivamente di tre milioni di euro per ciascuno degli anni 2003-2004 e 2005 a favore dell'Istituto Superiore di sanità per la

realizzazione del progetto Oncotec (terapie oncologiche innovative) e di quindici milioni di euro per il 2003 – 10 milioni di euro sia per il 2004 che per il 2005 a favore dell'Ime (Istituto mediterraneo di ematologia).

✂ **Legge 26 maggio 2004, n. 138 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica:** il decreto legge ha previsto l'istituzione di un Istituto di riferimento nazionale specifico sulla genetica molecolare e le altre moderne metodiche di rilevazione e di diagnosi, con sede a Milano. L'Istituto, localizzato presso l'Ospedale Maggiore di Milano, è destinato ad operare come struttura di riferimento per l'attuazione del Memorandum di intesa Italia-Usa e si pone altresì in stretta correlazione con le altre iniziative promosse in Italia nel settore della lotta alle emergenze sanitarie e ai rischi connessi al bioterrorismo. Al finanziamento dell'istituto sono state destinate risorse pari a 7.028.000 euro per il 2004, 6.508.000 euro per il 2005 e 6.702.000 euro per il 2006 (cui si aggiungono i 5 milioni di euro per l'edilizia sanitaria).

Inoltre, il decreto ha stanziato 12.945.000 euro per il 2004, 12.585.000 euro per il 2005 e 12.720.000 euro per il 2006 al fine di realizzare in collaborazione con gli Stati Uniti d'America progetti di ricerca biomedica, relativi alla acquisizione di conoscenze altamente innovative, nei settori dell'oncologia, delle malattie rare e del bioterrorismo. Tali stanziamenti hanno reso possibile la prosecuzione delle iniziative assunte nell'ambito dell'Accordo Bilaterale Usa-Italia nel settore della sanità e della scienza medica.

✂ **Legge 27 dicembre 2002, n.289 (legge finanziaria 2003):** numerosi incentivi alla ricerca biomedica, con particolare riguardo alle malattie oncologiche, sono stati introdotti dalla legge finanziaria 2003. In primo luogo, è stato istituito un *Fondo di finanziamento per i progetti di ricerca di rilevante valore scientifico*, che si occupano della tutela della salute e dell'innovazione tecnologica, complessivamente ammontante in 225 milioni di euro per il 2003 e in 100 milioni di euro a partire dal 2004. Assoluta priorità nell'accesso a tali risorse verrà data ai soggetti che già negli anni precedenti abbiano ottenuto risultati eccellenti nell'utilizzo dei fondi comunitari a tal fine stanziati. Tale destinazione di risorse è particolarmente importante per valorizzare nel nostro paese la ricerca scientifica in campo sanitario, potenziando lo sviluppo di nuove forme di cura per alcune patologie particolarmente diffuse che ancora non hanno trovato efficaci rimedi.

Al fine specifico di favorire la *lotta contro i tumori*, la finanziaria 2003 ha inoltre previsto la deducibilità dal reddito imponibile delle erogazioni liberali di denaro a favore di enti, istituti ed associazioni pubbliche o private che si occupano di attività di studio e di ricerca scientifica sulle malattie neoplastiche. Si è così inteso incoraggiare la preziosa attività di quei soggetti direttamente impegnati nella promozione della salute collettiva del paese, favorendo contemporaneamente una presa di coscienza da parte dei cittadini sull'importanza di una cultura di prevenzione e di ricerca nella lotta di malattie tanto diffuse come i tumori.

Infine, sempre nell'ambito delle patologie neoplastiche, anche grazie all'intervento diretto della Lega Nord, è stato previsto lo stanziamento di un contributo straordinario di 5 milioni di euro per il 2003 e di 10 milioni di euro per il 2004 e il 2005 a favore del *Centro Nazionale di adroterapia (CNAO)* di Pavia, finalizzato alla realizzazione di un centro ad alta tecnologia per la ricerca nel settore.

✂ **Legge 24 dicembre 2003, n. 353 (legge finanziaria 2004):** al fine di valorizzare la ricerca scientifica e l'assistenza nel campo della prevenzione e cura della cecità, la legge finanziaria 2004 ha incrementato di 600.000 euro annui lo stanziamento destinato ad alimentare il Fondo per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva. La liberazione di nuove risorse a favore della causa della cecità è motivata dalla duplice considerazione degli importanti risultati conseguiti in

questi anni nell'obiettivo del pieno inserimento dei minorati della vista nella società e dei potenziali traguardi che ancora rimangono da raggiungere, soprattutto attraverso la valorizzazione delle iniziative di collaborazione e partenariato internazionale.

⚡ **Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005):** la legge finanziaria 2005 ha stanziato 15 milioni di euro per l'anno 2005 a favore della Fondazione "Centro San Raffaele del Monte Tabor", di Milano, in considerazione del rilievo nazionale ed internazionale della struttura nella sperimentazione sanitaria di elevata specializzazione e nella cura delle più rilevanti patologie.

⚡ **Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006):** con la finanziaria 2006 sono state destinate risorse aggiuntive (pari a 100 milioni di euro per il 2006) per la prosecuzione del progetto Oncotec (terapie oncologiche innovative) e la realizzazione di un programma straordinario nazionale per lo sviluppo della ricerca oncologica finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie tumorali. Inoltre, sono stati stanziati 10 milioni di euro per il 2006 per lo sviluppo della ricerca finalizzata alla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo e agli animali, nonché sulla salute ed il benessere degli animali, da realizzarsi da parte degli Istituti zooprofilattici sperimentali.

⚡ **Legge (in corso di pubblicazione) – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250, recante misure urgenti in materia di università, beni culturali ed in favore di soggetti affetti da gravi patologie, nonché in tema di rinegoziazione di mutui:** confermando l'azione intrapresa dalla legge finanziaria 2005 e successivamente ripresa dal decreto legge n. 203 del 2005, il provvedimento in esame ha previsto nuovi stanziamenti a favore della Fondazione San Raffaele del Monte Tabor di Milano, pari rispettivamente a 15 milioni di euro per il 2006 e 1 milione di euro per il 2007 e il 2008.

PREVENZIONE SANITARIA

La politica della Lega Nord in ambito sanitario ha da sempre attribuito ampio rilievo agli interventi di prevenzione che, soprattutto in una prospettiva di lungo periodo, possono contribuire in maniera significativa all'innalzamento del livello di benessere dei cittadini e al contenimento della spesa sanitaria. Numerosi interventi in tema di prevenzione sanitaria sono stati approvati dalla Casa delle Libertà nel corso della XIV legislatura, anche grazie al sostegno ed al contributo della Lega Nord; in particolare, si segnalano i seguenti provvedimenti:

⚡ **Legge 26 maggio 2004, n. 138 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica:** il provvedimento ha stanziato 10 milioni di euro per il 2004, 20 milioni e 975 mila euro per il 2005 e 21 milioni e 200 mila euro per il 2006 per la promozione della prevenzione secondaria dei tumori attraverso l'attivazione dello screening del cancro al colon retto e il consolidamento degli interventi già in atto per lo screening del cancro alla mammella e del collo dell'utero. Il suddetto finanziamento è stato destinato direttamente dal Ministero della salute alle Regioni, alle Province autonome e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, al fine di garantire l'immediata erogazione delle prestazioni di prevenzione ai cittadini.

⚡ **Legge 21 marzo 2005, n. 55 – Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico:** il provvedimento ha introdotto una serie di misure organizzative destinate ad agevolare la prevenzione del gozzo endemico attraverso la diffusione del sale alimentare

arricchito con iodio sia nel consumo diretto che nella preparazione e conservazione dei prodotti alimentari. In particolare, è stata prevista l'adozione delle seguenti misure:

- a) contestuale disponibilità sia del sale iodato che del sale alimentare comune nei punti vendita;
- b) fornitura del sale comune solo su esplicita richiesta del consumatore;
- c) contestuale disponibilità sia del sale iodato che del sale alimentare negli esercizi adibiti alla ristorazione pubblica;
- d) adeguata informazione dei consumatori sui principi e sugli effetti della iodoprofilassi, attraverso l'apposizione di un'apposita locandina (secondo il modello predisposto dal Ministro della salute) negli espositori dei punti vendita di sale alimentare;
- e) autorizzazione all'impiego di sale arricchito di iodio nella preparazione e conservazione dei prodotti alimentari;
- f) apposizione di uno specifico logo sulle confezioni di vendita del sale arricchito con iodio e sulle confezioni dei prodotti alimentari che utilizzano tale ingrediente;
- g) soppressione della regola (di cui all'articolo 3, commi 1 e 2 del decreto ministeriale 10 agosto 1995, n. 562) per cui il sale iodurato e quello iodato possono essere messi in vendita al dettaglio in confezioni di peso netto non superiore rispettivamente a 500 e 1000 grammi.

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA CLASSE MEDICA

Fin dall'inizio legislatura, la Casa delle libertà ha avvertito l'esigenza di eliminare alcune delle incongruenze e di sopperire ad alcune delle inerzie maturate nel corso della precedente legislatura nel settore della disciplina della professione medica; tra i problemi più urgenti emergeva, in particolare, l'esigenza di superare il divieto per i medici dipendenti dal SSN di praticare la libera professione al di fuori della mura dell'ospedale, nonché di ovviare al mancato finanziamento dei contratti di formazione e lavoro dei medici specializzandi. La Lega Nord si è attivata fin dall'inizio della legislatura per risolvere tali problemi:

Legge 26 maggio 2004, n. 138 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica: il provvedimento, anche grazie ai reiterati interventi della Lega Nord che fin dall'inizio della legislatura ha presentato specifiche proposte di legge o emendamenti sul tema, ha reintrodotto a favore dei dirigenti medici la possibilità di optare per la non esclusività del rapporto di lavoro con il SSN, e quindi di esercitare la libera professione anche al di fuori della mura ospedaliere.

Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006): la legge finanziaria 2006 ha regolato la trasformazione delle borse di studio dei medici specializzandi in contratti di formazione specialistica, a decorrere dall'anno accademico 2006-2007. Grazie all'incremento dei fondi destinati al finanziamento della formazione dei medici specializzandi rispettivamente di 70 milioni di euro per il 2006 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2007, si è così risolto un problema che non solo rischiava di infliggere all'Italia una pesante sanzione a livello comunitario, ma che soprattutto continuava a compromettere il diritto degli specializzandi ad una retribuzione e ad un contratto di lavoro commisurati all'effettivo ed importante impegno prestato negli ospedali.

RIORGANIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

All'inizio della legislatura, il settore delle professioni sanitarie lamentava una situazione di evidente disordine e carenza di organico. Fin dall'inizio della legislatura, la Lega Nord ha mostrato una particolare sensibilità ed attenzione nei confronti dell'ormai consolidato problema della carenza del personale infermieristico, che svolge un ruolo di primo piano nell'assistenza sanitaria al paziente. Gli sforzi della Lega, in particolare, sono stati rivolti in due direzioni: da una parte, l'adozione di misure finalizzate ad agevolare la soluzione delle situazioni contingenti di emergenza di personale; dall'altra parte, l'approvazione di una riforma organica del settore che potesse incentivare l'accesso dei giovani a professioni destinate ad assumere un rilievo centrale nel futuro contesto organizzativo sanitario. Anche grazie alla costante attenzione rivolta dalla Lega al tema in esame, sono stati adottati nel corso della legislatura i seguenti provvedimenti:

Legge 8 gennaio 2002, n. 1 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario: al fine di ovviare all'emergenza legata alla carenza di personale infermieristico, si sono autorizzate le strutture sanitarie a coprire i posti di infermieri e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a strumenti alternativi a quello della selezione per pubblico concorso, tra cui: la riammissione in servizio di infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro da non oltre cinque anni; la stipula di contratti di lavoro a tempo determinato anche al di fuori delle specifiche ipotesi previste dal contratto collettivo nazionale di lavoro; l'ammissione allo svolgimento di prestazioni aggiuntive degli infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica dipendenti in possesso dei requisiti. La disposizione in esame, originariamente di durata temporale limitata, è stata reiteratamente prorogata nel corso della legislatura, anche grazie all'approvazione di emendamenti della Lega Nord.

Legge (in attesa pubblicazione) – Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini professionali: il provvedimento ha riformato l'intero settore delle professioni sanitarie delegando il Governo ad istituire, con uno o più decreti legislativi, appositi ordini professionali per ciascuna area organica di professioni sanitarie (professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione). Inoltre, al fine di incentivare l'accesso alla professione e di riconoscere e valorizzare la competenza ed esperienza professionale, sono state individuate specifiche progressioni di carriera per le professioni infermieristiche, con conseguente riconoscimento alla figura del cosiddetto "caposala" di un ruolo di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

RISARCIMENTO DEI SOGGETTI DANNEGGIATI DA EMODERIVATI INFETTI, TRASFUSIONI E VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

La Lega Nord ha da sempre dimostrato particolare sensibilità ed attenzione nei confronti dei soggetti emofilici o dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che da anni stanno lottando per ottenere dallo Stato il giusto risarcimento per il danno subito. Per venire incontro alle richieste dei pazienti, numerosi sono stati gli interventi approvati nel corso della legislatura nel settore in esame; molti di questi interventi hanno visto il coinvolgimento diretto della Lega Nord, che si è fatta promotrice delle istanze di volta in volta sollecitate dalle associazioni dei pazienti presenti sul territorio:

- ⚡ **Legge 20 luglio 2003, n. 141 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 23 aprile 2003, n. 89, recante proroga di termini relativi all’attività professionale dei medici e finanziamento di particolari terapie oncologiche ed ematiche, nonché delle transazioni con soggetti danneggiati da emoderivati infetti:** il provvedimento ha autorizzato la spesa di novantotto milioni e cinquecentomila euro per il 2003 e di centonovantotto milioni sia per il 2004 che per il 2005 per il risarcimento dei soggetti emotrasfusi danneggiati da emoderivati infetti. La definizione dei criteri per la stipulazione delle transazioni con i suddetti soggetti è stata rimessa ad un decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze.
- ⚡ **Legge 29 ottobre 2005, n. 229 - Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati:** con il provvedimento in esame, si è riconosciuto un ulteriore indennizzo ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, consistente in un assegno mensile vitalizio di importo pari a sei, cinque o quattro volte l’indennizzo già percepito dagli aventi diritto ai sensi della legge n. 210 del 1992. Tale assegno verrà corrisposto per la metà al soggetto danneggiato e per l’altra metà ai congiunti che prestano o abbiano prestato al danneggiato assistenza in maniera prevalente e continuativa. Con i medesimi criteri è stato inoltre riconosciuto ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie l’ulteriore beneficio di un assegno *una tantum*, sino alla misura massima di dieci annualità dell’assegno vitalizio erogato, per il periodo compreso tra il manifestarsi dell’evento dannoso e l’ottenimento dell’indennizzo medesimo. Il riconoscimento di tali ulteriori benefici economici ha rappresentato un importante traguardo ai fini del risarcimento dei danni esistenziali, morali, patrimoniali e biologici causati da vaccinazioni obbligatorie, consentendo di porre fine a contenzioni giudiziarie che continuavano a protrarsi ormai da molti anni.
- ⚡ **Legge (in corso di pubblicazione) – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250, recante misure urgenti in materia di università, beni culturali ed in favore di soggetti affetti da gravi patologie, nonché in tema di rinegoziazione di mutui:** al fine di portare a rapido compimento anche i contenzioni giudiziarie per risarcimento danni avviati dai soggetti emofilici, con il provvedimento in titolo è stato riconosciuto ai soggetti emofilici che avevano avviato le procedure transattive ai sensi del decreto legge n. 89 del 2003 la corresponsione di un ulteriore indennizzo, di valore corrispondente all’entità del risarcimento concordato nell’ambito delle suddette procedure transattive.

INTERVENTI SPECIFICI

DIFFUSIONE DELL’USO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI

- ⚡ **Legge 15 marzo 2004, n. 69 – Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici:** al fine di garantire ai pazienti affetti da problemi cardiovascolari la possibilità di un intervento tempestivo in caso di attacco cardiaco, si è inteso diffondere l’uso del defibrillatore semiautomatico, consentendone l’impiego anche in sede extraospedaliera ed anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare. La Lega Nord ha mostrato particolare interesse nei confronti dell’iniziativa, che con una semplice modifica normativa ha indubbiamente contribuito ad aumentare il livello di tutela e sicurezza dei sempre più numerosi soggetti a rischio cardiovascolare.

TUTELA DEI MALATI DI CELIACHIA

Legge 4 luglio 2005, n. 123 - Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia: il provvedimento ha introdotto specifiche disposizioni a tutela dei malati di celiachia, stabilendo che l'etichetta dei prodotti alimentari segnali la presenza di glutine nel prodotto finito (per la presenza di cereali contenenti glutine o sostanze da essi derivanti nel prodotto finito o nei suoi ingredienti composti o per la possibilità che dal processo produttivo derivi una quantità di glutine) riportando, in calce all'elenco degli ingredienti, in modo ben visibile, la dicitura: "il prodotto contiene glutine". Tale obbligo sussiste ogni qual volta la quantità di glutine presente nel prodotto finito sia superiore a 20 parti per milione. Il provvedimento ha inoltre posto a carico dei soggetti gestori della ristorazione collettiva (con particolare riguardo a quella scolastica ed ospedaliera) l'obbligo di garantire la somministrazione di pasti privi di glutine.

PROMOZIONE DELLE INIZIATIVE DI BENEFICIENZA ALIMENTARE

Legge 25 giugno 2003, n. 155 – Disciplina della distribuzione dei prodotti alimentari ai fini di solidarietà sociale: con il provvedimento in titolo si è stabilito che le organizzazioni di volontariato iscritte negli appositi registri regionali, le associazioni di promozione sociale, gli enti ecclesiastici e le fondazioni che effettuano, a fini di beneficenza, distribuzione gratuita di prodotti alimentari agli indigenti siano assimilati ai consumatori finali ai fini del corretto stato di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo degli alimenti. Tutti i soggetti così individuati sono esonerati dalle vigenti autorizzazioni e controlli sanitari ai fini della distribuzione dei prodotti alimentari. Il provvedimento si è reso necessario al fine di evitare che la realizzazione di importanti iniziative di assistenza sociale fossero ostacolate da difficoltà e ritardi di carattere burocratico-amministrativo.

RIORDINO DELL'ENTE ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

Legge 21 gennaio 2005, n. 4 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 novembre 2004, n. 277, recante interventi straordinari per il riordino e il risanamento economico dell'Ente Ordine Mauriziano di Torino: il decreto-legge ha previsto una serie di disposizioni dirette al risanamento economico dell'Ordine Mauriziano attraverso la sua trasformazione in fondazione, ferma restando la permanenza dell'Ente Ordine Mauriziano anche a seguito dell'istituzione della relativa Fondazione. Alla neo-istituita Fondazione Ordine Mauriziano è stato trasferito l'ingente patrimonio immobiliare dell'Ordine, ad esclusione dei presidi ospedalieri Umberto I di Torino e dell'Istituto per la ricerca e la cura del cancro (IRCC) di Candiolo (TO).

La Fondazione assume lo scopo di gestire il patrimonio trasferito e di procedere al risanamento dell'Ordine anche mediante la dismissione dei beni del patrimonio disponibile, nel rispetto delle norme del Codice dei beni culturali. Nell'ambito della Fondazione, è stato inoltre istituito un comitato composto da cinque membri (di cui tre di nomina governativa e due nominati, rispettivamente, dal Presidente della Regione Piemonte e dall'Ordine diocesano di Torino), chiamato a vigilare sulla gestione della Fondazione medesima. Per la

conservazione, la manutenzione, il restauro e la valorizzazione del patrimonio culturale di pertinenza sabauda esistente nella Regione Piemonte, è stata prevista l'istituzione di una specifica fondazione, alla quale partecipano sia la Fondazione Ordine Mauriziano che il Ministero per i beni e le attività culturali e la Regione Piemonte.

Il provvedimento ha infine introdotto alcune misure urgenti volte ad assicurare il risanamento economico dell'ente, anche attraverso la nomina di un Commissario straordinario per la definizione delle procedure transattive con i debitori.

REALIZZAZIONE DEL PARCO DELLA SALUTE E DELLE NUOVE MOLINETTE DI TORINO

~~---~~ **Legge 24 dicembre 2003, n. 353 (legge finanziaria 2004):** la legge finanziaria 2004 ha disposto uno stanziamento quindicennale di 5,5 milioni annui circa a decorrere dal 2005 per la realizzazione del Parco della salute e delle nuove Molinette di Torino: come noto, il centro ospedaliero delle Molinette rappresenta non solo per la città di Torino, ma per l'intero Piemonte un punto di riferimento ospedaliero molto importante, anche ai fini della formazione e dell'aggiornamento del personale medico della Regione. E' pertanto per valorizzare il ruolo svolto da tale struttura che è stato stanziato il nuovo contributo, a sostegno non solo dell'eccellenza ospedaliera, ma anche dell'integrazione di quest'ultima con l'attività di ricerca scientifica e di alta formazione ed aggiornamento degli operatori.

Milano, 6 Marzo 2006