

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3153

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SOLAROLI, GIANNOTTI, REICHLIN, PELLICANI, MUSSI,
AUGUSTO BATTAGLIA, BEEBE TARANTELLI, CACCAVARI,
JANNELLI, PERINEI, POLLASTRINI MODIANO, TRUPIA
ABATE, SORIERO, VOZZA, CAMPATELLI**

Norme per il risanamento della spesa sanitaria

Presentata il 23 settembre 1993

ONOREVOLI COLLEGHI! — Da tempo si discute della necessità di fare una vera e propria « operazione-verità » sui conti della sanità pubblica. Bilanci regionali in disavanzo, unità sanitarie locali in dissesto, ospedali e centri sanitari gravati dai debiti. Sembra proprio che comporre il conflitto tra scarsità di risorse finanziarie e servizi sanitari più efficienti e fruibili per tutti sia quasi impossibile. Le strade sin qui seguite dal Governo hanno portato o all'aumento dei *ticket*, o all'inasprimento dei contributi, oppure al taglio delle prestazioni e dei servizi sanitari, tutto questo senza apprezzabili risultati sul fronte della riduzione dei disavanzi della sanità, che continuano ad essere « sommersi » e ripianati a pié di lista dopo aspri contrasti tra Stato ed enti regionali.

Dal consuntivo 1992 emerge che il debito sommerso delle unità sanitarie locali, che occorrerà ripianare, non è di 6.254 miliardi di lire, come valuta il Governo, ma ben più elevato, arrivando a sfiorare i 9.000 miliardi di lire. La spesa sanitaria corrente ha raggiunto, alla fine del 1992, la cifra di 96.705 miliardi di lire, invece dei 93.341 miliardi iscritti nel preconsuntivo. Molte voci di spesa hanno registrato un'imprevista accelerazione. In particolare, la spesa per beni e servizi è cresciuta dell'11 per cento; all'interno di questa alcuni aggregati hanno registrato un'espansione quasi incontrollabile. I cosiddetti « appalti convivenza » degli ospedali (spese di lavanderia e pulizia, mensa, riscaldamento) crescono del 18,6 per cento; la voce « mensa » che assorbe, da sola,

245 miliardi di lire è aumentata del 30 per cento circa in un anno. Anche le spese per riscaldamento hanno registrato una crescita elevata (+ 22 per cento), nonostante l'invarianza dei prezzi del gasolio. I lavori di lavanderia e pulizia — spesso appaltati all'esterno, con duplicazione di personale e di mezzi — assorbono un volume crescente di risorse. Nel 1991 si spendevano non più di 1.000 miliardi; nel 1992 gli esborsi hanno raggiunto i 1.233 miliardi. Solo la dinamica della spesa per il personale rimane contenuta (il relativo aggregato cresce del 3 per cento). L'aumento esasperato dei *ticket* su farmaci, analisi e prestazioni diagnostiche ha determinato un calo drastico del consumo di medicine e della spesa per prestazioni specialistiche convenzionate esterne (cliniche, ambulatori privati), che accusa una flessione del 30 per cento. Cresce invece il ricorso alle cure ospedaliere. Mentre gli acquisti di medicine nelle farmacie sono diminuiti del 5 per cento, la spesa per farmaci e per analisi negli ospedali ha riscontrato un aumento del 16 per cento nel primo caso e del 18 per cento nel secondo. Enorme la dimensione degli sprechi nel settore sanitario. In cinque anni, tra il 1986 e il 1991, i prezzi degli acquisti delle famiglie sono cresciuti del 34,9 per cento; quelli degli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie sono invece lievitati sino al 78,4 per cento. Uno studio del dipartimento sanità della Spi-Cgil arriva ad un risultato sorprendente: se i prezzi degli acquisti delle unità sanitarie locali fossero cresciuti al ritmo dei prezzi degli acquisti delle famiglie, e non con una dinamica esponenziale, dall'87 al '91 lo Stato avrebbe risparmiato 30.600 miliardi di lire. L'equivalente della manovra finanziaria proposta dal Governo per il 1994.

Cresce intanto il divario nella composizione della spesa sanitaria tra Nord e Sud del Paese. Strutture sottoutilizzate ed esuberi di personale nel Mezzogiorno; una migliore distribuzione tra attrezzature sanitarie e personale tecnico nelle regioni settentrionali. La composizione della spesa

è un indizio significativo dell'efficienza della struttura. In Emilia Romagna la spesa per il personale incide per il 41 per cento sul totale; quella per beni e servizi per il 24 per cento.

Calabria e Sardegna spendono quasi il 46 per cento delle disponibilità per il personale sanitario, ma solo il 12,72 e il 17 per cento, rispettivamente, in acquisti di beni e servizi destinati ai ricoverati.

L'inefficienza del Servizio sanitario nazionale e l'invecchiamento della popolazione rendono necessario stanziare sempre nuove risorse e avviare investimenti; ciò nonostante il Governo progetta di contenere la spesa sanitaria per il 1993 entro il limite di 89.000 miliardi di lire; di questi, 82.590 miliardi, attribuiti al Fondo sanitario nazionale, saranno a carico dello Stato, mentre 5.849 miliardi dovranno essere coperti dalle regioni. L'obiettivo appare di difficile realizzazione: già nei primi sei mesi del 1993 la spesa sanitaria viaggia a ritmi di crescita dell'8,3 per cento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Non a caso lo stesso piano sanitario stima in 10.843 miliardi di lire il fabbisogno aggiuntivo, necessario a coprire mutui per disavanzi pregressi (6.863 miliardi), finanziare attività di ricerca (1.850 miliardi), istituire fondi di riequilibrio territoriale (2.130 miliardi). Facile prevedere che a fine anno la spesa sanitaria sfiorerà i 100.000 miliardi, oltre diecimila miliardi più del previsto.

Gli interventi proposti dalla manovra finanziaria per il 1994 non sembrano affatto sufficienti a tenere sotto controllo la spesa sanitaria. Nel piano sanitario nazionale, il fabbisogno per il 1994 viene stimato pari a 89.121 miliardi di lire sulla base di una spesa *procapite* di 1.580.000 lire.

Tali valutazioni sono largamente ottimistiche.

Ancora una volta, si propone una sotto-stima delle erogazioni necessarie per finanziare i programmi di spesa; le unità sanitarie locali e gli enti regionali saranno così costretti ad accendere mutui onerosi con istituti di credito.

L'obiettivo principale della presente proposta di legge è la cosiddetta « operazione verità » sui conti della sanità pubblica. A tale scopo si è scelto di programmare, per il prossimo triennio, una gestione solo di cassa del Servizio sanitario nazionale. In sostanza, si prendono come base di riferimento non le risorse impegnate o da impegnare, bensì le spese « documentate e documentabili » accertate a consuntivo nel 1992.

All'articolo 1, i commi 1 e 2 sottolineano la differenza, positiva, tra fabbisogno di cassa tendenziale e fabbisogno di cassa programmatico del Servizio sanitario nazionale per il triennio 1994-1996. Gli obiettivi programmatici sono realizzati con le misure proposte, la cui quantificazione in termini finanziari è indicata all'articolo 12.

L'articolo 2 detta alcune raccomandazioni alle regioni in materia di buona amministrazione e di corretta gestione delle risorse. C'è da notare che gli eventuali risparmi realizzati in tal modo dalle regioni non sono quantificati tra gli effetti finanziari della proposta. Questo equivale a concedere un margine di piena discrezionalità alle regioni per realizzare risparmi aggiuntivi ed economie di spesa. Un significato analogo ha l'istituzione del « ticket moderatore » previsto all'articolo 9.

La parte più significativa della « mini-manovra sanitaria » è contenuta nell'articolo 3. Sino a questo momento tutte le strutture sanitarie hanno fatto conto sulla possibilità di indebitarsi, di ottenere mutui e di finanziare in questo modo ogni nuova spesa. Questa « produzione di debiti a mezzo debiti » produce effetti deleteri: unità sanitarie locali e ospedali si sono indebitati, negli ultimi tempi, a un tasso d'interesse medio del 15 per cento, accumulando oneri spesso insostenibili. Per non dire delle « cattive abitudini » che si sono così diffuse. Il ripianamento da parte dello Stato dei deficit della gestione annuale ha generato nelle unità sanitarie locali incertezza iniziale sull'entità dei fondi disponibili, ma anche la convinzione che qualsiasi spesa effettuata per « non

interrompere un pubblico servizio » sarebbe stata comunque sanata. Nessuno, quindi, aveva interesse ad esercitare un effettivo controllo sulla dinamica della spesa sanitaria. Il meccanismo di erogazione dei fondi, molto dilazionato nel tempo, sommandosi alla sottostima delle spese effettive, non ha consentito di pagare alla scadenza gli acquisti fatti. Una circostanza che ha generato costi aggiuntivi sui beni e sui servizi acquistati (i fornitori, inevitabilmente, caricano sul prezzo il ritardato pagamento), la cessazione del rapporto con fornitori disposti a offrire condizioni vantaggiose, interessi passivi spesso molto elevati sulle anticipazioni della tesoreria e sui prestiti bancari. Senza dire dei conflitti e del contenzioso sorto tra strutture sanitarie e varie categorie di fornitori. Dal 1985 al 1992 le regioni hanno accumulato disavanzi per 57.660 miliardi di lire, che creano allo Stato oneri finanziari per una cifra annua pari a circa 9 mila miliardi di lire. Altri 1.000 miliardi di oneri gravano sui bilanci regionali. Il ricarico applicato dai fornitori per rivalersi delle dilazioni di pagamento è di circa il 20 per cento. Il comma 2 dell'articolo 3 della presente proposta di legge, che stabilisce che i contratti di fornitura di beni e servizi non possano essere stipulati con dilazione di pagamento superiore a 90 giorni, consente di risparmiare almeno il 10 per cento della spesa per beni e servizi, grazie alla riduzione degli oneri per interessi. Basti pensare che normalmente i pagamenti avvengono non prima di 365-400 giorni. Non solo: i fornitori, in concorrenza tra loro, troveranno conveniente praticare prezzi scontati per assicurarsi vantaggiose commesse. Il risparmio complessivo potrebbe essere di almeno 4-5 mila miliardi di lire nel 1994. Per rendere possibile l'effettiva liquidazione delle obbligazioni entro 90 giorni, vengono costituiti fondi di rotazione per l'acquisto di beni e servizi, a cui affluiscono le risorse necessarie per i versamenti trimestrali. Si esclude per il futuro il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, che non siano mutui per spese d'investimento.

Un ulteriore risparmio, pari al 10 per cento della spesa per beni e servizi, può essere realizzato iscrivendo le spese tecniche e per appalti tecnici — normalmente classificate come spese correnti — tra le spese in conto capitale. Per la realizzazione degli obiettivi dell'articolo 3, si istituisce in ciascuna regione un osservatorio regionale sulla spesa per acquisto di beni e servizi e, all'articolo 4, un provveditore alla spesa individuato nel direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, o in un funzionario da questa delegato.

L'articolo 5 introduce, per il triennio 1994-1996, un rigoroso blocco del *turn-over* nelle unità sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere, salvo deroghe a carico dei bilanci regionali. Da tempo si propone il blocco del *turn-over* per i dipendenti del Servizio sanitario nazionale. Si tratta di 672 mila lavoratori, con un *turn-over* annuale prossimo al 14 per cento, il doppio rispetto a quello dei ministeri ed il triplo rispetto alla scuola. Una situazione che costa a Stato e regioni circa 40 mila miliardi di lire, con un incremento del 65 per cento nell'ultimo quinquennio. Per il 1994 il Governo conta di ridurre di 34.896 unità gli organici. Ma proprio il settore sanitario registra un eccezionale numero di deroghe ai numerosi « blocchi » del *turn-over* imposti per legge nella pubblica amministrazione. Nell'85 le cessazioni dal servizio sono state 6.786, e le nuove assunzioni 17.923; nell'86, mentre hanno « lasciato » 21.269 dipendenti, ne sono stati immessi in ruolo 39.157; stessa « musica » nell'87 (28.281 neopensionati e 46.035 neoassunti), nell'88 (per 37.714 cessazioni, 50.064 assunzioni), nell'89 (saldo positivo di assunzioni per 7.773 unità), nel '90 (saldo positivo di assunzioni per 13.707 unità), nel '91 (i neoassunti superano gli uscenti per 7.647 unità). E nel 1992 i dipendenti sono aumentati di altre 15.811 unità grazie a cospicue immissioni in ruolo di precari. Negli ultimi cinque anni le cessazioni dal servizio hanno sempre oscillato tra i 30 e i 40 mila addetti, con una costante diminuzione dell'età media del personale.

Nel '93 sono stati bloccati i prepensionamenti e le pensioni di anzianità. Il blocco del *turn-over* applicato secondo le modalità previste dalla presente proposta di legge, dovrebbe consentire un risparmio di almeno 1.310 miliardi di lire.

L'articolo 6 prevede una modifica delle modalità di finanziamento degli investimenti delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Entro il 1° gennaio 1994, queste dovranno provvedere alla ridefinizione delle condizioni contrattuali dei mutui in essere, attualmente stipulati ad un tasso medio del 15 per cento. I mutui così ricontrattati non potranno essere stipulati ad un tasso superiore a quello stabilito dal Tesoro, secondo quanto disposto al comma 6 dello stesso articolo. A partire dalla medesima data non potranno stipulare mutui con istituti diversi dalla Cassa depositi e prestiti, se non dopo che la Cassa abbia manifestato la propria indisponibilità a concederli. In questo modo si risparmiano almeno sei punti sugli oneri per interessi relativi a mutui per spese d'investimento, per una cifra non inferiore a 1.900 miliardi di lire a partire dal 1994. Un volume consistente di risorse per il finanziamento degli investimenti viene reso disponibile con le norme di cui al comma 5 dell'articolo 6. I fondi stanziati dalle leggi finanziarie 1986 e 1988 confluiscono nel Fondo sanitario nazionale e da questo alle regioni, che hanno facoltà di utilizzarli come limiti di impegno per l'accensione di mutui. In tal modo si rendono disponibili circa 10 mila miliardi di risorse per investimenti da realizzare nel triennio. Lo stesso articolo 6 dispone che il Tesoro stabilisca il tasso massimo applicabile ai prestiti alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere, secondo un criterio già applicato per gli enti locali.

L'articolo 7 prevede una radicale operazione di riordino finanziario delle unità sanitarie locali, analoga a quella realizzata nella finanza locale alla fine degli anni '70.

Entro il 31 dicembre 1994, le regioni, d'intesa con il Ministro della sanità, provvedono all'emanazione di decreti per la

messa in liquidazione delle unità sanitarie locali.

È prevista la nomina di un commissario liquidatore che, entro due anni dalla data del provvedimento che dispone la liquidazione, accerta la consistenza delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale per l'inventario dei beni delle unità sanitarie locali, individua eventuali disavanzi pregressi e procede alla chiusura di tutte le operazioni di liquidazione. Alla fine di ogni semestre presenta alle regioni e al Ministro della sanità una relazione sulla situazione patrimoniale delle unità sanitarie locali e sulla consistenza dei debiti. Alla chiusura della liquidazione, una commissione, in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 6-bis del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, certifica il bilancio finale di liquidazione, con il conto della gestione e il piano di riparto tra i creditori. Ovviamente, l'unità sanitaria posta in liquidazione lascia contestualmente il posto ad una « nuova unità sanitaria locale », che potrà funzionare indipendentemente dall'attività del commissario liquidatore.

Al comma 3 dell'articolo 7 si dispone per l'estinzione dei debiti non rimborsati, per il ripiano dei disavanzi in essere al 31 dicembre 1993 e per la graduale estinzione dei mutui contratti dallo Stato e dalle regioni per il finanziamento della spesa sanitaria pregressa. Con un'emissione straordinaria di titoli del debito regionale, autorizzati e garantiti dal Tesoro dello Stato, ed un piano di ammortamento a carico della regione, per un importo annuale pari all'ammontare dei debiti da rimborsare, dei mutui da estinguere e dei disavanzi pregressi accertati, si provvede alla copertura dei relativi oneri. La durata dei titoli, le modalità di emissione e la remunerazione dei titoli sono stabilite con legge dello Stato.

È inoltre prevista la costituzione di società regionali per azioni denominate « immobiliari sanitarie regionali ».

Queste provvedono al censimento, alla valutazione e alla valorizzazione dei cespiti patrimoniali delle unità sanitarie lo-

cali e delle aziende ospedaliere anche mediante dismissioni (quando sia accertata l'impossibilità di provvedere all'economica utilizzazione dei cespiti nell'ambito della struttura sanitaria regionale) oppure tramite locazioni, ad un canone non inferiore a quello stabilito dalla legge. Si stabilisce inoltre che il ricavato delle operazioni sia attribuito, per l'80 per cento, all'ente proprietario, e, per il 20 per cento, ad un fondo amministrato dalla regione da destinarsi alla realizzazione di investimenti sanitari, in particolare nelle zone in cui sia accertata la carenza di strutture sanitarie.

L'articolo 8 prevede l'abolizione di tutti i *ticket*, una forma di imposizione fiscale potentemente regressiva che colpisce, in particolare, i cittadini malati (ma non affetti da patologie croniche o di tale gravità da giustificare l'esenzione) che consumano farmaci ed esprimono una domanda elevata di servizi e prestazioni sanitarie. I *ticket* sono stati introdotti, per la prima volta, nel nostro sistema sanitario a partire dagli anni '80, nell'intento di realizzare un intervento moderatore sul consumo, in particolare nei settori ritenuti più esposti all'abuso. Col passare degli anni, la funzione moderatrice è venuta meno per lasciare il posto ad una vera e propria forma di prelievo fiscale, che raggiunge oggi, in taluni casi, il 100 per cento del costo della prestazione. La funzione moderatrice, peraltro, è limitata al 30 per cento delle preparazioni farmaceutiche, essendo il restante 70 per cento acquistato da cittadini esenti dal *ticket*.

Nel comma 2 dell'articolo 8 si unifica l'aliquota contributiva per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, abrogando le norme che stabiliscono aliquote ridotte in funzione del livello di reddito del contribuente.

Com'è noto, il sistema contributivo si basa su aliquote decrescenti al crescere del reddito. Un sistema regressivo, che premia i contribuenti con un reddito superiore ai 40 milioni di lire. I vantaggi del sistema attuale sono significativi anche per interi settori, come quelli del credito e delle assicurazioni, nei quali le retribuzioni sono sensibilmente più elevate ri-

spetto alla media salariale. Una banca finisce per pagare un'aliquota contributiva media inferiore del 30 per cento a quella corrisposta da un'impresa edile. A conti fatti, un manovale paga i servizi sanitari più di un bancario. Ripristinare un criterio proporzionale nel pagamento dei contributi (analogamente a quanto avviene in campo previdenziale) significa introdurre un criterio di equità e giustizia sociale, aumentando nel contempo il gettito contributivo.

L'articolo 9 consente la riduzione della spesa farmaceutica (quattromila miliardi di lire) grazie all'eliminazione delle specialità medicinali copia di altre già presenti nella lista, delle specialità destinate alla cura di patologie minori o coadiuvanti, dei medicinali dal prezzo più elevato a parità di qualità, efficacia e sicurezza. In particolare la Commissione unica del farmaco definisce, entro il 31 dicembre 1993, una lista di specialità medicinali comprendente le specialità medicinali di comprovata efficacia clinica idonee ed essenziali per la cura delle malattie clinicamente rilevanti, fascia *a*), compresi i farmaci salvavita e, come fascia *b*), le specialità medicinali di comprovata efficacia clinica, idonee ad assicurare la cura di malattie clinicamente rilevanti ma passibili di prescrizione incongrua o allargata.

La definizione di « uso incongruo o allargato » di un farmaco è relativa alla sua possibile utilizzazione per indicazioni più ampie rispetto a quelle per le quali il farmaco è stato utilizzato, oppure in assenza di diagnosi accertata. I farmaci della fascia *b*) possono essere soggetti ad un *ticket* moderatore a carico di tutti gli assistiti, tranne gli indigenti (i relativi

oneri sono posti a carico della regione) stabilito dalla regione o provincia autonoma in misura non superiore al 20 per cento del prezzo del farmaco. Sono stabilite anche particolari misure di sorveglianza sul consumo dei farmaci e sanzioni nei confronti dei medici, che possono giungere anche alla sospensione del rapporto convenzionale. Nelle unità sanitarie locali dove non viene effettuata l'attività continuativa di monitoraggio sulla spesa farmaceutica, i contributi dello Stato saranno erogati in base al valore rilevato dall'ultima verifica effettuata, ridotto del 10 per cento.

La copertura del prezzo dei farmaci a carico dello Stato si intende riferita al prezzo al netto dell'imposta sul valore aggiunto.

L'articolo 10 prevede che le regioni predispongano protocolli terapeutici per cicli di malattia, con l'aiuto degli ordini dei medici.

L'articolo 11 prevede norme per il controllo della spesa per indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio. È istituita in ogni regione la commissione per la definizione dei protocolli per le indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio e per il controllo della spesa. La commissione ha competenza per le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio eseguite direttamente o tramite convenzioni. Anche per questa spesa, qualora siano riscontrati e documentati fenomeni di abuso, le regioni e le province autonome possono stabilire un *ticket* moderatore sugli accertamenti diagnostici e le indagini di laboratorio a carico degli assistiti (sono esclusi gli indigenti), in misura non superiore al 20 per cento.

ALLEGATO

NOTA TECNICA

1. — L'articolo 3 prevede, per effetto della riduzione dei tempi di pagamento e dell'esclusione degli oneri per appalti tecnici, la riduzione della spesa per beni e servizi nella misura prudenziale del 20 per cento.

La spesa per acquisto di beni e servizi è stimata, per il 1992, in 17.800 miliardi di lire. Si è applicato un tasso di crescita dell'aggregato, pari alla media degli ultimi 4 anni.

Con i seguenti risultati:

1993 lire 19.900 miliardi;

1994 lire 22.200 miliardi;

1995 lire 24.840 miliardi;

1996 lire 27.770 miliardi.

Il risparmio (20 per cento) è così quantificato:

1994 lire 4.440 miliardi;

1995 lire 4.970 miliardi;

1996 lire 5.550 miliardi.

2. — All'articolo 5, la proposta di legge prevede il blocco del *turn-over* dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale. Il personale che lascerà il Servizio nel 1994 è stimato in 34.896 unità. Calcolata una retribuzione lorda media di 42 milioni di lire, il blocco produce un risparmio valutabile su base annua in 1.300 miliardi di lire, al netto di minori contributi sanitari per 146 miliardi di lire.

3. — All'articolo 6, si prevede la ricontrattazione dei mutui in essere per investimenti, e la possibilità di contrarre nuovi mutui con la Cassa depositi e prestiti.

Stimati in 6.800 miliardi di lire i mutui in essere, ad un tasso medio del 16 per cento, il risparmio derivante dalla ricontrattazione è valutato in 400 miliardi. La trasformazione in limiti d'impegno dell'attuale spesa in conto capitale, e l'attribuzione alla Cassa depositi e prestiti dell'esclusività delle linee di credito consente risparmi complessivi (per capitale ed interessi) stimati in 1.000 miliardi di lire, al netto degli oneri di tesoreria per l'accollo di quota parte dei mutui in essere da parte della Cassa depositi e prestiti.

XI LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

4. — All'articolo 8 sono abrogate tutte le forme di compartecipazione alla spesa sanitaria. Per la medicina specialistica le entrate delle compartecipazioni sono valutate in 2.500 miliardi di lire. Per la farmaceutica, i *ticket* hanno un gettito di 3.500 miliardi di lire. L'onere stimato è pertanto di 6.000 miliardi di lire.

5. — Al comma 2 del medesimo articolo 8 si parificano le aliquote per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale a tutti i livelli di reddito. La materia imponibile oltre 40 milioni di reddito (3,5 milioni di contribuenti) è valutata in 80.000 miliardi di lire; quella oltre 100 milioni di reddito (1 milione di contribuenti) è valutata in 15.000 miliardi di lire. L'incremento dell'aliquota media è del 6 per cento da 40 a 100 milioni, e del 9 per cento, al netto della fiscalizzazione, oltre i 100 milioni. Nella prima fascia, l'aumento di gettito contributivo è valutabile in 4.800 miliardi di lire; nella seconda in 1.360 miliardi di lire. Considerata la deducibilità dei contributi in sede di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) (con aliquota marginale media del 48 per cento), il gettito netto a regime è di circa 3.200 miliardi di lire, quello del primo anno di 16.150 miliardi di lire.

6. — All'articolo 9, si sopprime il prontuario terapeutico nazionale. I farmaci della prima fascia, esenti da *ticket*, saranno pari a 5.000 miliardi di lire. I farmaci della fascia *b*) saranno invece consumati per il 60 per cento da esenti e per il 40 per cento da non esenti soggetti al *ticket* moderatore del 20 per cento. La spesa a carico dello Stato sarà pari a 2.000 miliardi per gli esenti e a 1.000 miliardi di lire per i non esenti. La differenza rispetto alla spesa farmaceutica tendenziale è di 4.000 miliardi di lire.

RIEPILOGO

(miliardi di lire)

	1994	1995	1996
Art. 3	4.440	4.970	5.550
Art. 5	1.300	1.700	2.100
Art. 6	1.400	1.500	1.500
Art. 8, c. 1	-6.000	-6.000	-6.000
Art. 8, c. 2	6.160	3.350	3.500
Art. 9	4.000	4.000	4.000
Risparmio	11.300	9.520	10.650

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Stima del fabbisogno di cassa del Servizio sanitario nazionale per la certezza e la trasparenza della spesa sanitaria).

1. Il fabbisogno di cassa tendenziale del Servizio sanitario nazionale è valutato in lire 100.500 miliardi per il 1993, lire 104.000 miliardi nel 1994, lire 107.000 miliardi nel 1995, lire 110.000 miliardi nel 1996.

2. Il fabbisogno di cassa programmatico del Servizio sanitario nazionale è contenuto in lire 92.700 miliardi nel 1994, lire 97.780 miliardi nel 1995 e lire 99.350 miliardi nel 1996.

3. Gli importi di cui ai commi 1 e 2 possono essere rideterminati tenendo conto del consuntivo di spesa per il 1993, dei rinnovi contrattuali, delle convenzioni o di eventuali oneri aggiuntivi derivanti da disposizioni legislative.

ART. 2.

(Provvedimenti per l'efficienza del Servizio sanitario nazionale).

1. A decorrere dal 1° gennaio 1994 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono:

a) alla sospensione, limitatamente all'anno 1994, dell'erogazione dell'incentivazione di cui agli articoli 58 e 124 del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384. A tal fine le regioni e le province autonome, sentite le organizzazioni sindacali, predispongono piani mirati di attività volti al superamento delle liste di attesa ed alla erogazione diretta da parte delle unità sanitarie locali delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio attualmente svolte in regime di convenzione. Le unità sanitarie locali,

sulla base dei piani e degli indirizzi regionali, provvedono alla ridefinizione dei piani di lavoro, con conseguenti adeguamenti alle necessità accertate del *plus* orario del personale dipendente e del relativo fondo, utilizzando la maggiore disponibilità di ore lavorative conseguenti alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo definito in rapporto a tempo pieno, ai sensi dell'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e dell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1992, n. 412. Per gli operatori del Servizio sanitario nazionale, a partire dal 1° gennaio 1994, diviene vigente il principio di incompatibilità con ogni altra attività, anche in applicazione degli articoli 2105 e 2125 del codice civile, fatte salve le prestazioni libere professionali interne, secondo criteri che devono essere definiti dalle regioni sentite le organizzazioni sindacali;

b) a garantire la copertura di almeno il 75 per cento della domanda di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, rese in ambulatorio, attraverso strutture a gestione diretta o convenzionate obbligatoriamente;

c) all'utilizzo a ciclo continuo delle strutture, anche ricorrendo a convenzioni;

d) alla ridefinizione delle prestazioni che sono rese nell'esclusivo interesse di terzi e all'adeguamento delle tariffe per prestazioni a pagamento, con la determinazione di un importo comunque non inferiore al costo di produzione incrementato del 25 per cento;

e) all'introduzione della contabilità aziendale per costi e per ricavi nelle unità sanitarie locali.

ART. 3.

(Spesa per beni e servizi).

1. Per l'anno 1994 le autorizzazioni di cassa per l'acquisto di beni e servizi del Servizio sanitario nazionale sono ridotte, rispetto alla spesa risultante a consuntivo

nell'anno 1993, in misura pari al 20 per cento. Per gli anni 1995 e 1996 le autorizzazioni di cassa sono stabilite nella stessa misura dell'anno 1994.

2. I contratti di fornitura di beni e servizi non possono essere stipulati con dilazione di pagamento superiore a novanta giorni.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano costituiscono propri fondi di rotazione per l'acquisto di beni e servizi, alimentati con versamenti trimestrali pari al 25 per cento degli esborsi dal Fondo sanitario nazionale per beni e servizi accertati a consuntivo nell'anno precedente. Il totale delle risorse assegnate ai fondi di rotazione nel 1995 non può comunque essere inferiore a lire 18.000 miliardi.

4. Alle unità sanitarie locali è vietato il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, esclusi i mutui per spese d'investimento di cui all'articolo 6 della presente legge. Dal 1° gennaio 1994, e fino a diversa disposizione, sono sospese le anticipazioni mensili del tesoriere, di cui all'articolo 50, primo comma, numero 9, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, se relative ad acquisti di beni e servizi.

5. Ai fini del bilancio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 15 febbraio 1989, n. 90, le spese tecniche e per appalti tecnici devono essere obbligatoriamente iscritte tra le spese di cui alla categoria quinta del titolo secondo del bilancio.

6. Il Ministro della sanità, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituisce, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, un Osservatorio nazionale sulla spesa per l'acquisto di beni e servizi nel settore della sanità.

7. L'Osservatorio di cui al comma 6 è organizzato con l'utilizzo di personale del Ministero della sanità e a livello regionale con l'utilizzo del personale delle singole regioni interessate, ed ha il compito di rilevare l'andamento della spesa, segna-

larne eventuali difformità ed andamenti anomali, elaborare analisi a campione sulla spesa e formulare suggerimenti in merito al suo contenimento.

ART. 4.

(Provveditore alla spesa).

1. Il direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera o un funzionario delegato provvede all'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 3. A tale fine:

a) rileva gli elementi previsionali ed i dati periodici di cassa del fondo previsto all'articolo 3, comma 3;

b) può assumere iniziative dirette a modificare e ad accelerare le procedure per la stipula di contratti aventi ad oggetto forniture e prestazioni, tenuto conto dei limiti di cassa del fondo di rotazione;

c) procede alla revisione degli atti di aggiudicazione o di approvazione dei contratti per la fornitura di beni e di servizi e di contratti di appalto che non siano stati eseguiti in misura superiore a un terzo alla data di entrata in vigore della presente legge, allo scopo di emettere un giudizio di congruità dei contratti e dei prezzi concordati avuto riguardo ai prezzi di riferimento segnalati ai sensi del comma 7 dell'articolo 3. In ogni caso i prezzi concordati non dovranno essere superiori ai prezzi correnti di mercato per beni, servizi e prestazioni analoghe, e per le medesime quantità.

ART. 5.

(Personale).

1. Per gli anni 1994, 1995 e 1996 alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere è fatto divieto di procedere ad assunzioni di personale, salvo quanto stabilito al comma 4.

2. I ruoli, le dotazioni organiche, nonché la consistenza complessiva del perso-

nale sanitario sono stabiliti entro il 31 dicembre 1993 dalle regioni, che definiscono le dotazioni complessive di ciascuna qualifica sulla base di *standard* di riferimento.

3. Le regioni, definite le dotazioni organiche e la consistenza complessiva del personale sanitario ai sensi del comma 2, compilano una lista di mobilità del personale in esubero e definiscono i criteri di mobilità in conformità alle vigenti disposizioni in materia. Sulla base di tale lista, le strutture sanitarie regionali dovranno, in via prioritaria, coprire i ruoli vacanti.

4. Eventuali deroghe al divieto di cui al comma 1 sono disposte con decreto del presidente della giunta regionale esclusivamente al fine di assicurare il rispetto degli *standard* di cui al comma 2. Il decreto indica i mezzi finanziari a carico del bilancio della regione o della unità sanitaria locale necessari alla copertura dei relativi oneri per il triennio 1994-1996, e specifica le ragioni che ne richiedono l'emanazione.

5. Le unità sanitarie locali, verificata la compatibilità con gli *standard* regionali e la copertura finanziaria nei relativi capitoli di bilancio, espletata la mobilità secondo i criteri di cui al comma 3, procedono alla copertura dei posti vacanti mediante l'espletamento di concorsi. L'atto deliberativo è trasmesso alla regione, che entro quindici giorni procede alle determinazioni di competenza. In mancanza di tali determinazioni si intende approvato.

ART. 6.

(Finanziamento degli investimenti).

1. Entro il 1° gennaio 1994 le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere devono provvedere alla ridefinizione dei contratti di mutuo in essere stipulati con istituti di credito ordinario o per il credito a medio e lungo termine. I nuovi contratti di mutuo non potranno essere stipulati ad un tasso di interesse superiore a quello massimo di cui al comma 6.

2. A decorrere dal 1° gennaio 1994, la Cassa depositi e prestiti è autorizzata a concedere mutui alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere. I mutui concedibili possono riguardare:

a) la costruzione, ristrutturazione e manutenzione di beni patrimoniali di proprietà dei soggetti di cui al presente comma;

b) l'acquisizione di immobili;

c) l'acquisto di beni mobili, di strumenti tecnici ed attrezzature, di mezzi di trasporto e di automezzi speciali, le spese tecniche e per appalti tecnici;

d) l'acquisto di mezzi informatici.

3. Con la medesima decorrenza di cui al comma 2 le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere non possono stipulare mutui con istituti diversi dalla Cassa depositi e prestiti, ad eccezione della Banca europea per gli investimenti (BEI), come previsto dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, se non dopo che la Cassa depositi e prestiti abbia manifestato la propria indisponibilità alla concessione dei mutui. La Cassa depositi e prestiti deve comunicare la propria disponibilità entro trenta giorni dalla data di trasmissione della richiesta. Trascorso tale termine, la mancata risposta equivale a dichiarazione di indisponibilità.

4. I mutui di cui ai commi 2 e 3, contratti dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, devono essere stipulati in forma pubblica e contenere le seguenti clausole e condizioni:

a) deve essere previsto un piano di ammortamento pluriennale, con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello della stipula del contratto;

b) la rata di ammortamento deve comprendere, fin dal primo anno, la quota capitale e la quota degli interessi;

c) deve essere esattamente indicata la natura della spesa da finanziare con il mutuo e ove necessario, avuto riguardo alla tipologia dell'investimento, deve essere data attestazione dell'intervenuta ap-

provazione del progetto esecutivo, secondo le norme vigenti al momento della deliberazione dell'ente mutuatario.

5. Le risorse stanziare ai sensi dell'articolo 8, comma 14, della legge 22 dicembre 1986, n. 910, non ancora impegnate, confluiscono nel Fondo sanitario nazionale. Tali risorse, nonché i fondi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, relativi alla prima parte di investimenti da effettuare per gli anni 1994, 1995 e 1996, sono iscritti all'entrata dei bilanci regionali e sono stanziati come limiti d'impegno per l'accensione di mutui.

6. Il Ministro del tesoro stabilisce il tasso di interesse massimo applicabile dagli istituti di credito nei prestiti alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere.

7. Alla ripartizione delle risorse di cui al comma 5 del presente articolo, provvede con decreto il Ministro del tesoro, in base ai criteri di cui all'articolo 12, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

ART. 7.

(Riordino finanziario).

1. Entro il 31 dicembre 1994, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, d'intesa con il Ministro della sanità, provvedono all'emanazione di decreti per la messa in liquidazione delle unità sanitarie locali.

2. Con il provvedimento che ordina la liquidazione, viene nominato un commissario liquidatore. Entro due anni dalla data del provvedimento, il commissario accerta la consistenza delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale per l'inventario dei beni delle unità sanitarie locali, individua eventuali disavanzi pregressi e procede a tutte le operazioni della liquidazione. Alla fine di ogni semestre il commissario presenta alle regioni e al Ministro della sanità una relazione sulla situazione patrimoniale delle unità sanitarie locali e sulla consistenza dei debiti. Alla chiusura della liquidazione, una com-

missione, costituita da uno o più soggetti ed in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 6-bis del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, certifica il bilancio finale di liquidazione con il conto della gestione e il piano di riparto tra i creditori.

3. Con decreto del Ministro del tesoro, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede all'estinzione dei debiti di cui al comma 2, al ripiano dei disavanzi in essere al 31 dicembre 1993 e alla graduale estinzione dei mutui contratti dallo Stato e dalle regioni per il finanziamento della spesa sanitaria pregressa.

4. Alla copertura degli oneri di cui al comma 3 si provvede mediante una emissione straordinaria di titoli del debito regionale, con oneri a carico del bilancio regionale, per un importo annuale pari all'ammontare dei debiti da rimborsare, dei mutui da estinguere e dei disavanzi pregressi accertati.

5. Al fine di cui al comma 4 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono autorizzate ad emettere titoli obbligazionari del debito regionale, garantiti dal Tesoro. La durata dei titoli, le modalità di emissione e la remunerazione dei titoli sono stabilite con legge dello Stato. Le regioni stabiliscono, nella delibera, un piano di ammortamento del debito, ed indicano i mezzi con i quali farvi fronte.

6. A partire dal 1° gennaio 1994 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano costituiscono una società per azioni, denominata « Immobiliare sanitaria regionale », che provvede al censimento, alla valutazione e alla valorizzazione dei cespiti patrimoniali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere anche mediante:

a) dismissione, quando sia accertata l'impossibilità di provvedere all'economica utilizzazione dei cespiti nell'ambito della struttura sanitaria regionale;

b) locazione, ad un canone non inferiore a quello stabilito dalla legge.

7. Il ricavato delle operazioni di cui al comma 6 è attribuito per l'80 per cento all'ente proprietario e per il 20 per cento ad un fondo amministrato dalla regione per il finanziamento degli investimenti nelle zone nelle quali sia accertata la carenza di strutture sanitarie.

8. Entro il 31 dicembre 1994, le regioni, d'intesa con il Ministro della sanità, provvedono all'emanazione di leggi regionali per la costituzione delle nuove unità sanitarie locali, secondo i criteri stabiliti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 8.

*(Abolizione dei ticket
e riordino delle aliquote).*

1. Sono abrogate tutte le disposizioni vigenti relative alla compartecipazione alla spesa sanitaria.

2. A decorrere dal 1° gennaio 1994 i commi 13, 14 e 15 dell'articolo 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, e successive modificazioni, sono abrogati.

ART. 9.

(Abolizione del prontuario terapeutico nazionale).

1. Il Prontuario terapeutico nazionale è abrogato dal 1° gennaio 1994.

2. La Commissione unica del farmaco definisce, entro il 31 dicembre 1993, una lista di specialità medicinali del Servizio sanitario nazionale, selezionate singolarmente, che comprenda:

a) le specialità medicinali di comprovata efficacia clinica, idonee ed essenziali per la cura delle malattie clinicamente rilevanti, compresi i farmaci salvavita;

b) le specialità medicinali di comprovata efficacia clinica, idonee ad assicurare la cura di malattie clinicamente rilevanti ma passibili di prescrizione incongrua o allargata. Per suo incongruo o allargato di un farmaco si intende la sua possibile utilizzazione per indicazioni più ampie ri-

spetto a quelle per le quali il farmaco è stato utilizzato, oppure in assenza di diagnosi accertata.

3. Non possono far parte della lista di cui al comma 2:

a) le specialità autorizzate sulla base della procedura nazionale di registrazione riguardante farmaci destinati alla cura di patologie minori o coadiuvanti;

b) le specialità medicinali che a parità di qualità, efficacia e sicurezza abbiano un prezzo più elevato rispetto ad altre specialità aventi indicazioni terapeutiche analoghe.

4. I farmaci di cui alla lettera *a)* del comma 2 sono esenti da compartecipazione; in presenza di fenomeni accertati di abuso, i farmaci di cui alla lettera *b)* del comma 2 possono essere soggetti ad un *ticket* moderatore a carico di tutti gli assistiti, tranne per gli indigenti, stabilito dalla regione o dalla provincia autonoma in misura non superiore al 20 per cento del prezzo del farmaco e comunque non superiore a lire 3.000 per confezione. I comuni provvedono alla copertura delle spese farmaceutiche per gli indigenti e rimettono le relative contabilità alla regione, che provvede al rimborso utilizzando quote del Fondo sanitario nazionale.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle competenze ad esse attribuite da leggi nazionali in materia di sorveglianza e controllo, istituiscono particolari misure di sorveglianza sul consumo dei farmaci, assegnano ad ogni medico di famiglia un *budget* per la prescrizione dei farmaci, ed assumono eventuali provvedimenti di contenimento ed eliminazione di eventuali fenomeni di abuso, anche con la sospensione del rapporto convenzionale e del rapporto di lavoro dipendente nei confronti dei medici che li prescrivono. A tal fine le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano emanano le relative norme attuative.

6. La Commissione unica del farmaco, nel predisporre la lista dei farmaci del Servizio sanitario nazionale ai sensi del comma 2, individua quelli di esclusivo uso ospedaliero.

7. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono stabilire quali farmaci, tra quelli concedibili a pazienti esterni, debbano essere erogati esclusivamente sotto il controllo degli ospedali o di altre strutture e servizi delle unità sanitarie locali.

8. Nelle unità sanitarie locali in cui non viene effettuata l'attività continuativa di monitoraggio, a partire dal 1° gennaio 1994, le risorse erogate a tale titolo vengono stabilizzate al valore rilevato con l'ultima verifica effettuata, ridotto del 10 per cento. Il Ministro della sanità esercita, tramite l'Istituto superiore di sanità, le funzioni di indirizzo e coordinamento, anche con interventi sostitutivi, previa diffida, nei confronti delle regioni inadempienti.

9. La copertura del prezzo dei farmaci a carico dello Stato si intende riferita al prezzo al netto dell'imposta sul valore aggiunto.

ART. 10.

(Protocolli terapeutici).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano segnalano all'ordine dei medici le malattie per le quali devono essere predisposti, entro il 1° gennaio 1994, protocolli terapeutici per cicli di malattia.

2. I protocolli terapeutici di cui al comma 1 sono adottati dalle regioni, che li trasmettono alle unità sanitarie locali perché siano portati a conoscenza dei medici. La prescrizione farmaceutica del medico deve tener conto, in quanto compatibile, dei protocolli adottati e trasmessi.

3. In caso di mancata definizione dei protocolli di cui al comma 1 da parte degli ordini regionali dei medici, la regione costituisce a tal fine apposite com-

missioni di esperti che elaborano proposte da sottoporre al parere dell'ordine regionale dei medici.

ART. 11.

(Norme per il controllo della spesa per indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono la commissione per la definizione dei protocolli per le indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio e per il controllo della spesa riferita a tale settore di attività. La commissione ha competenza per le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio eseguite direttamente o tramite convenzioni, ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, avuto riguardo altresì a criteri di efficacia e di efficienza.

2. La determinazione della spesa di cui al comma 1 è effettuata tenendo presenti i protocolli diagnostici di cui al medesimo comma, la spesa storica per indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio, compresa, per l'attività prodotta direttamente dalle strutture pubbliche, la spesa per la correlata incentivazione, il grado di proprietà della stessa espresso con riferimento alle principali categorie diagnostiche, la tariffa stabilita per le prestazioni convenzionate, la presumibile media di prescrizioni per le principali categorie diagnostiche.

3. La commissione di cui al comma 1, composta da esperti nelle discipline attinenti alle finalità indicate al medesimo comma, ivi compreso uno o più rappresentanti dell'Istituto superiore della sanità, è nominata con decreto del presidente della giunta regionale o provinciale ed è rinnovata ogni tre anni. Il mandato degli esperti uscenti non è immediatamente rinnovabile.

4. Qualora la commissione di cui al comma 1 non abbia provveduto agli adempimenti di cui al comma 1 entro il 31 ottobre 1994, essa è sciolta e il presi-

dente della giunta regionale o provinciale provvede alla sua ricostituzione entro i quindici giorni successivi.

5. Qualora siano riscontrati e documentati fenomeni di abuso, le regioni e le province autonome possono stabilire un *ticket* moderatore sugli accertamenti diagnostici e le indagini di laboratorio a carico degli assistiti, tranne gli indigenti, in misura non superiore al 10 per cento e in misura pari a 20 mila lire per prestazioni sanitarie di costo superiore alle 150 mila lire.

6. I comuni provvedono alla copertura della spesa per accertamenti diagnostici ed indagini di laboratorio degli indigenti e rimettono il relativo rendiconto alla regione, che provvede al rimborso utilizzando quote del Fondo sanitario nazionale.

ART. 12.

(Copertura finanziaria).

1. Alla realizzazione degli obiettivi programmatici di cassa, previsti all'articolo 1, comma 2, e alla copertura degli oneri di cui al comma 1 dell'articolo 8, valutati in lire 6.000 miliardi annui, si provvede:

a) quanto a lire 4.440 miliardi nel 1994, lire 4.970 miliardi nel 1995, lire 5.550 miliardi nel 1996, con la minore spesa derivante dall'applicazione delle norme di cui all'articolo 3;

b) quanto a lire 1.300 miliardi, 1.700 miliardi, 2.100 miliardi, rispettivamente per ognuno degli anni 1994, 1995 e 1996, con la minore spesa conseguente all'applicazione delle norme di cui all'articolo 5;

c) quanto a lire 1.400 miliardi per il 1994 e lire 1.500 miliardi per gli anni 1995 e 1996, con la minore spesa conseguente all'applicazione delle norme di cui all'articolo 6;

d) quanto a lire 6.160 miliardi, 3.350 miliardi e 3.500 miliardi per ognuno degli anni 1994, 1995, 1996 con le maggiori entrate derivanti dall'applicazione della norma di cui al comma 2 dell'articolo 8;

e) quanto a lire 4.000 miliardi per il triennio 1994-1996, con le entrate derivanti dall'applicazione delle norme di cui all'articolo 9.