

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI

La seduta comincia alle 9,45.

VITTORIO TARDITI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

**In morte dell'ex Presidente
della Repubblica Giovanni Leone.**

PRESIDENTE (*Si leva in piedi e con lui l'Assemblea*). Informo che è deceduto, oggi, a Roma, nella sua abitazione, il senatore Giovanni Leone, senatore a vita dal 1978.

Sospendo la seduta in segno di lutto fino alle ore 10.

La seduta, sospesa alle 9,55, è ripresa alle 10,15.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PIER FERDINANDO CASINI

PRESIDENTE (*Restando in piedi*). Cari colleghi, è mancato questa notte il senatore a vita Giovanni Leone.

Egli è stato uno dei Padri della nostra Repubblica, componente dell'Assemblea Costituente, deputato dal 1948.

Ha ricoperto con grande autorevolezza l'incarico di Presidente della Camera dei deputati negli anni dal 1955 al 1963. Di lui tutti ricordano la grande umanità, la capacità di comprendere le ragioni di ogni parte politica, di tenere conto, in ogni decisione, delle esigenze dei vari Gruppi.

Il suo rigore nell'applicazione del regolamento non si è mai separato da intelligenza e buon senso. Nei momenti

importanti sapeva interpretare la solennità della funzione, perseguendo però sempre la comprensione e l'accordo.

Nel 1963 fu chiamato a presiedere il primo dei suoi due Governi.

Eletto Presidente della Repubblica nel dicembre del 1971, si dimise nel giugno del 1978, travolto da accuse poi non confermate, e riprese il suo seggio al Senato della Repubblica, continuando il suo impegno parlamentare con grande dignità e misura.

La politica, a volte, sa provocare amarezze ingiuste, come ebbero del resto a riconoscere molti di quelli che allora lo accusarono.

Tra i fondatori della Democrazia Cristiana, egli ha dato un contributo importante alla storia del suo partito, anche se la sua esperienza politica si è sempre indirizzata verso incarichi e responsabilità che esaltassero il suo alto profilo istituzionale.

Di lui non possiamo non ricordare l'opera di docente e di studioso del diritto. Quanti di noi si sono formati sul suo manuale di procedura penale! Né possiamo dimenticare la misura e la serenità con cui ha vissuto gli anni della sua vecchiaia e del suo ritiro dalla politica attiva.

La Camera dei deputati ricorderà con più solennità la sua figura e la sua opera di Presidente della Camera e di uomo di Stato. Oggi tutta l'Assemblea si stringe intorno alla signora Vittoria, ai figli Mauro, Paolo e Giancarlo e ricorda questo grande italiano con rispetto e rimpianto.

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento,

i deputati Baccini, Giovanardi, Loiero, Michelini, Pisanu, Possa, Ruggeri, Selva, Tortoli, Tremaglia, Valducci, Valentino e Viceconte sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono quarantotto, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Discussione del disegno di legge: S. 633 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria (approvato dal Senato) (1876) (ore 10,19).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge, già approvato dal Senato: Conversione in legge del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.

Ricordo che nella seduta di ieri sono state respinte le questioni pregiudiziali presentate.

(Discussione sulle linee generali – A. C. 1876)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Informo che il presidente del gruppo parlamentare Democratici di sinistra-Ulivo ne ha chiesto l'ampliamento senza limitazione nelle iscrizioni a parlare, ai sensi del comma 2 dell'articolo 83 del regolamento.

Avverto che la XII commissione (Affari sociali) si intende autorizzata a riferire oralmente.

Il relatore, onorevole Massidda, ha facoltà di svolgere la relazione.

PIERGIORGIO MASSIDDA, *Relatore*. Signor Presidente, cari colleghi, questa mattina affrontiamo la discussione di un disegno di legge di conversione di un decreto-legge recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria. Lo sottolineo perché credo sia importante puntualizzare che le misure contenute in tale disegno di legge sono improrogabili, proprio per le sue finalità, le quali possono essere riassunte nella capacità di conferire stabilità alla spesa sanitaria e di bloccare, così, quel *trend* tra la spesa prevista e quella reale.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI (ore 10,21)

PIERGIORGIO MASSIDDA, *Relatore*. Il secondo punto è relativo all'attuazione dell'accordo legato al patto di stabilità interno, sottoscritto nella Conferenza permanente Stato-regioni l'8 agosto del 2001. Passo quindi a puntualizzare meglio questi scopi, anche illustrando, quanto più sinteticamente possibile, l'articolato di questo provvedimento.

Il patto di stabilità consiste in una stabilità di spesa ed è inderogabile e indilazionabile. Voi tutti sapete che, ormai, la spesa sanitaria supera annualmente il 7 per cento del previsto; quindi, sapete benissimo che non è più possibile continuare, come negli anni passati, nel pagamento, a piè di lista, di tutti i disavanzi di gestione delle regioni, anche perché, da qualche anno, con grande piacere di tutta la nazione, facciamo parte di una Unione europea che ci detta delle condizioni e che ci impone, di anno in anno, di rispettare le spese, incluse quelle per la sanità. Quest'ultima non può quindi adeguarsi, con un aumento delle risorse, a quella grande crescita che, invece, sta avendo fortunatamente la medicina, che, come voi sapete, insieme a tanti altri fattori, determina l'invecchiamento della nostra popolazione; quindi, essa porta ad un'età media elevata, e ciò è un fatto positivo perché i nostri cittadini vivono di più, ma determina anche la necessità di servizi nuovi e

sempre più completi, che hanno costi onerosissimi. Quindi, per questo patto, come vedremo, non è più possibile lasciare la spesa sanitaria così libera come era negli anni passati.

Questo provvedimento ripropone soprattutto quello che tutti, maggioranza e opposizione attuale, già negli anni passati, richiedevano: una maggiore autonomia in assoluto delle regioni, un federalismo unito ad una condivisione delle responsabilità da parte delle stesse regioni (anche con le loro stesse risorse) che impedisca questo forte aumento.

Nelle scorse tre legislature, ricorderete che abbiamo votato un patto di stabilità. Oggi, con questo provvedimento, noi, nel campo sanitario, stipuliamo un patto con le regioni, che, per il prossimo triennio, costringerà le regioni, le province autonome ed i comuni sopra i 5 mila abitanti, nell'arco del 2002, a non impegnare nel proprio bilancio, allo stesso titolo dell'esercizio, una somma superiore al 4,5 per cento dell'anno precedente, nel 2003 al 1,7 per cento, nel 2004 all'1 per cento; così, legandoci per un triennio al tasso di programmazione dell'inflazione, noi obblighiamo le regioni a contribuire all'azione dello Stato finalizzata alla contrazione delle spese. A tale scopo però, con questo provvedimento, noi introduciamo anche degli strumenti che permettano alle regioni di intervenire immediatamente sul loro bilancio, sulla loro organizzazione, per consentire ad esse di svolgere questa loro funzione. Perché nell'immediatezza? A nessuno sfuggirà il fatto che, di lì a poco, tutte le regioni dovranno presentare doverosamente un bilancio, per cui hanno bisogno urgentemente delle disposizioni che andremo a votare.

Ecco perché inizio subito, sinteticamente, a chiarire, con l'illustrazione degli articoli, quali sono gli strumenti che cerchiamo di fornire per raggiungere un obiettivo che tengo a sottolineare, perché è un obiettivo che tutte le forze politiche, negli anni passati e anche attualmente, hanno portato avanti come tra quelli primari della propria conduzione politica: raggiungere una disponibilità economica

per la sanità, rispetto al PIL nazionale, che sia sufficiente a mantenere livelli di qualità distribuiti omogeneamente in tutto il territorio. Non appena questa legge potrà attuarsi, infatti, verrà raggiunto il 5,8 per cento, quindi poco meno di quel 6 per cento che rappresenta la media ideale in campo europeo della destinazione di risorse al servizio sanitario nazionale.

Passando all'articolato, l'articolo 1 fa riferimento a quel patto di stabilità del quale ho parlato poc'anzi, cioè quello che fissa la spesa sanitaria ad un massimo del 4,5 per cento di maggiorazione rispetto all'anno precedente per il 2002, all'1,7 per il 2003 e all'1 per cento per il 2004. Naturalmente, in questo obiettivo vengono coinvolte direttamente le regioni a statuto ordinario ma lo saranno anche le regioni a statuto speciale e le province autonome e, come recita il quarto comma dell'articolo 1, concorderanno questo patto col Governo per seguire la stessa linea.

L'articolo 2 attiene alle disposizioni in materia di spesa nel settore sanitario. Con questo articolo riusciamo a coinvolgere le regioni ma, soprattutto, ad aiutarle a contrarre le spese e a razionalizzare certi acquisti. In che modo? Stabilendo, innanzitutto, che tutte le regioni e, naturalmente, anche tutte le strutture ad esse collegate debbano far riferimento alle convenzioni stipulate e fissate dal CIPE e dalle leggi dello Stato, che permettano un acquisto centralizzato e soprattutto tendano a ridurre enormemente i costi dell'acquisto. Naturalmente, a tale scopo vengono anche introdotte sanzioni da applicare a quegli amministratori che invece, troppo spesso, negli anni passati, non assumendosi certe responsabilità e non venendo perseguiti erano, di fatto, coloro che permettevano questo sfondamento. In questo articolo si interviene in maniera estremamente efficace anche per favorire lo sviluppo del commercio elettronico, dunque con una ulteriore semplificazione nell'acquisto dei beni in materia sanitaria. A questo articolo, è stato anche aggiunto, rispetto al testo originario presentato al Senato, il comma 1-bis, che interviene in materia di smaltimento dei rifiuti sanitari

e dei rifiuti sanitari speciali. Durante la scorsa legislatura, come sapete, fu segnalato alla competente Commissione parlamentare l'eccessivo costo per le aziende sanitarie, che i rifiuti ospedalieri comportavano, soprattutto per via delle leggi vigenti. Con questo comma, si cerca di contrarre le spese in questo settore e di aiutare le aziende sanitarie a destinare certe risorse ad altre funzioni. Viene, comunque, consentito alle aziende sanitarie o agli ospedali di fare anche degli acquisti singoli, non aderendo, dunque, a convenzioni, ma solo qualora sia dimostrata la non convenienza e quindi il minor costo nei confronti del costo tramite convenzione. Naturalmente, di tutto ciò deve essere data informazione, per cui non può essere attuato senza giustificazione.

A tal proposito l'articolo in esame prevede l'introduzione dell'osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria, che presuppone anche la predisposizione di un apposito sito Internet. Ciò risponde soprattutto alle richieste di trasparenza provenienti dalla società civile, richieste che il Parlamento ed il Governo intendono soddisfare anche tramite l'impiego di tali strumenti. Naturalmente, la spesa complessiva trarrà beneficio dal monitoraggio che viene introdotto con questo provvedimento; in tal senso vengono individuate anche le metodologie, i principi di standardizzazione e, soprattutto, i criteri di interoperabilità di tale monitoraggio all'interno delle regioni e tra queste ed i ministeri. Ciò per permettere al Ministero della salute ed ai ministri competenti, nonché alle regioni, di poter valutare costantemente l'operato e, quindi, di poter intervenire in tempo utile per evitare il verificarsi di quanto potrebbe alterare o deviare da quelli che sono gli scopi di stabilità e di equilibrio. Si tratta, quindi, di monitorare prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche, ospedaliere e così via.

A tale scopo sono previste, perché se così non fosse non si potrebbero avere garanzie, alcune sanzioni, prima non contemplate o comunque non ben individuate. Le sanzioni possono intervenire nei con-

fronti di tutti coloro che parteciperanno ad un'eventuale alterazione di tali finalità.

L'articolo 3 attiene alle disposizioni in materia di equilibrio dei presidi ospedalieri e sperimentazioni gestionali. Viene fissato un obbligo nei confronti delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome, di garantire quell'equilibrio economico che ricordavo poc'anzi. Contestualmente, si fissa l'obbligo di individuare i criteri per raggiungere tale equilibrio, nonché le misure necessarie nei confronti dei direttori generali che mancassero il raggiungimento dello stesso.

Un altro passo importantissimo — previsto sempre in quest'articolo — è la ristrutturazione della rete ospedaliera, che deve portare in tempi brevissimi alla riduzione da 5,5 a 5 posti letto ogni mille abitanti, garantendo che almeno l'uno per mille di essi venga riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie. Ricorderete che tutto ciò era già previsto nella legge finanziaria per l'anno 1995, ma tutti sapete che ciò in molte regioni non ha trovato attuazione, ed ecco perché nel presente articolato si cerca di intervenire, anche con sanzioni ed eventuali azioni suppletive da parte centrale, qualora tali obiettivi non venissero raggiunti.

Naturalmente, si interviene anche nei confronti del personale che, a seguito di dimissioni e, soprattutto, ristrutturazioni di alcuni presidi sanitari, dovrà trovare una ricollocazione. Le leggi attuali già individuano tali possibilità di ricollocazione, ma anche nel provvedimento oggi al nostro esame viene riconfermato che questo verrà prioritariamente riassorbito nelle stesse strutture dopo la riconversione, nonché nella copertura di tutti i posti che si renderanno disponibili per la conclusione del rapporto di lavoro per pensionamento e, naturalmente, per dare effettiva attuazione — si tratta di uno scopo da tutti condiviso, indipendentemente dallo schieramento politico di appartenenza — ad un servizio medico a domicilio per i malati cronici e terminali. Sapete benissimo che, al di là dell'attivazione di tale servizio, era veramente fondamentale rea-

lizzare quelle strutture per malati cronici che, ancora oggi, mancano o difettano in quasi tutto il paese.

Sempre nell'articolo 3 viene richiesto — non solo alle regioni ordinarie, ma anche alle regioni a statuto speciale e alle province — di relazionare a livello ministeriale sulle azioni intraprese, per poter monitorare l'attuazione di questi provvedimenti e, quindi, per poter intervenire e, soprattutto, prevenire eventuali difficoltà di attuazione.

L'articolo 4 concerne l'accertamento e la copertura dei disavanzi sanitari delle regioni. Naturalmente, l'accertamento dei disavanzi è fondamentale. Con il provvedimento in esame lo Stato cerca di aiutare le regioni; dal momento che vi sono grandissimi disavanzi, per l'ultima volta lo Stato interviene con grosse risorse per cercare di tamponarli e far ripartire le regioni da una situazione ottimale, costringendole — lo ripeto — a partecipare e ad assumersi le proprie responsabilità per mantenere adeguati livelli di salute e di sanità in tutto il territorio, senza utilizzare come unico mezzo per ottenere tale risultato lo sfondamento delle risorse ad esse destinate.

A tale scopo si prevede alternativamente o anche, qualora ve ne fosse la necessità, cumulativamente, l'introduzione di una eventuale compartecipazione alle spese sanitarie da parte dei cittadini con l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione di certi soggetti che concorrono alla determinazione della spesa sanitaria, talvolta abusandone; si prevedono, inoltre, un eventuale aumento dell'IRPEF e, non ultimo, anche meccanismi di distribuzione del farmaco che possano consentire il contenimento della spesa.

Al Senato è stato approvato un emendamento che, in deroga alle leggi vigenti, prevede per le regioni la possibilità di una maggiorazione dell'imposta IRPEF, ma qualora quest'ultima sia superiore alla aliquota dello 0,5 per cento deve essere determinata con legge regionale.

Inoltre, un altro passaggio importante che sento il dovere di sottolineare è costituito dal fatto che, ancora una volta in

deroga ad alcune leggi vigenti, viene data alle regioni la possibilità di contrarre mutui con oneri a carico dei rispettivi bilanci, soprattutto per appianare i deficit sanitari.

L'articolo 5, invece, concerne i tetti della spesa farmaceutica. Per taluni l'aumento della spesa farmaceutica, che ormai sembrava quasi incontrollabile, è addebitabile a motivi nobili, per altri a motivi meno nobili. Sicuramente, è ormai appurato che l'abolizione dei ticket prevista nella scorsa legge finanziaria e la copertura totale di quel dispositivo hanno creato (ma, più che per la copertura, tale risultato si è prodotto per l'innescò di un meccanismo psicologico) un arretramento — consentitemi di usare questo termine — da parte di molti cittadini volto ad acquisire quanti più farmaci possibile; quindi, vi è stato un aumento della spesa enorme.

Con le regioni si è discusso a lungo al riguardo; si tratta di uno dei maggiori problemi che si verificano nelle regioni. Pertanto, si è sottoscritto un tetto di spesa pari al 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. A tal fine, la legge stabilisce che le regioni, sentite le associazioni di categoria interessate per trovare strategie comuni e per studiarle assieme, adotteranno i provvedimenti necessari per mantenere tale limite di spesa.

PRESIDENTE. Onorevole Massidda, ha esaurito i suoi 20 minuti.

PIERGIORGIO MASSIDDA, *Relatore*. Chiedo scusa, signor Presidente. È un provvedimento di grandissima portata...

MAURA COSSUTTA. È per questo che non è presente il ministro!

PRESIDENTE. Si è lasciato prendere dall'illustrazione, ma vorrei pregarla di concludere.

PIERGIORGIO MASSIDDA, *Relatore*. Signor Presidente, credo che, tutto sommato, posso anche concludere il mio intervento. La prassi mi obbligava a spiegare all'Assemblea il provvedimento, ma esso ormai è diventato così conosciuto, non

solo ai colleghi ma anche alla stessa nazione, che ritengo di concludere la mia illustrazione, per consentire ai colleghi di intervenire nella discussione sulle linee generali che precede l'esame degli articoli che si terrà nella prossima settimana.

Tengo a precisare che la maggioranza ieri ha votato tutti gli emendamenti. Abbiamo portato avanti lealmente il nostro mandato e, quindi, credo che la prossima settimana potremo votare serenamente questo provvedimento e concludere i nostri lavori.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo.

COSIMO VENTUCCI, Sottosegretario di Stato per i rapporti con il Parlamento. Signor Presidente, il Governo concorda con l'illustrazione del relatore, lo ringrazia e ringrazia tutti i commissari che ieri sera hanno lavorato fino a tarda notte per questo provvedimento importante.

Aggiungo brevemente che nel provvedimento in esame la questione della spesa farmaceutica è importante, ma marginale rispetto al complesso dell'articolato e dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto scorso, considerata l'importante novità che tale accordo ha portato al trattamento sanitario dei cittadini. Per la prima volta la spesa sanitaria è stata innalzata fin quasi al 6 per cento del PIL: si tratta di una decisione significativa per il trattamento sanitario dei nostri concittadini, in particolare di coloro che si trovano in condizioni di maggiore difficoltà economica. I cittadini hanno la possibilità di una cura seria anche in ordine alla definizione dei livelli essenziali di assistenza: ciò significa dare certezza dei trattamenti, a livello europeo garantiti per tutti.

Il decreto e l'accordo dell'8 agosto tendono a dare a tutti un trattamento di base superiore rispetto a quello attuale e consentono alle regioni, che ne avranno facoltà, di offrire trattamenti migliorativi aggiuntivi. C'è da osservare che nei rapporti tra Stato e regioni la sovranità del Parlamento resta immutata. Tuttavia, il Parlamento in certe attività risulta limitato

nella sua sfera di libertà. È limitato nei temi di finanza pubblica dal patto di stabilità europeo ed è limitato circa la regolamentazione di certi rapporti con le regioni. Questi andranno meglio definiti ma realizzano, tuttavia, un principio costituzionale, soprattutto dopo l'entrata in vigore della legge di riforma della Costituzione, novellata dei nuovi articoli 117 e 119, per cui le regioni gestiscono direttamente la sanità assumendosi alcune responsabilità e, con l'accordo dell'8 agosto, anche alcuni rischi nel caso di sfondamento della spesa.

Al Senato il Governo ha presentato un emendamento nel quale ha accolto molte osservazioni della Commissione che, comunque, migliorano il provvedimento, ma non producono modifiche al testo originario rispetto al quale le regioni si sono espresse in senso favorevole, se non per alcuni punti che possono definirsi marginali.

Questo provvedimento ribalta l'ottica che finora ha governato la spesa sanitaria, cioè quella della spesa fissata a livelli irrealisticamente bassi, con il successivo sfondamento ed il successivo pagamento a piè di lista a carico dello Stato. Si è, invece, definito un livello di spesa più elevato, sufficiente e pari a quello dei nostri partner europei responsabilizzando gli operatori e ponendoli in condizione di erogare servizi degni di un paese civile.

Il decreto avvia una seria riforma sanitaria nella quale trattamenti seri e dignitosi sono resi compatibili con le risorse erogate. Questo è un risultato che, ad avviso del Governo, è stato ottenuto con il predetto accordo dell'8 agosto con le regioni.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Labate. Ne ha facoltà.

GRAZIA LABATE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signori del Governo, non posso non sottolineare a questa Assemblea come nella discussione di un decreto-legge così importante, che riguarda uno dei settori più vitali dei diritti dei cittadini italiani, quello alla salute —

senza mancare di rispetto professor Baldassarri in rappresentanza del Ministero dell'economia ed al sottosegretario Ventucci, che in questo momento si è allontanato —, l'assenza dei rappresentanti del Ministero della sanità sia un segno di non rispetto, anche per quella discussione avvenuta ieri a tarda sera su punti di merito del testo al nostro esame.

Vorrei rivolgere un invito al relatore perché il decreto-legge al nostro esame non riguarda solo la spesa sanitaria ed, infatti, il sottosegretario Ventucci ha fatto riferimento anche a elementi di riforma del nostro sistema. Si tratta, quindi, di un provvedimento che, nei confronti del Parlamento italiano, deve ricevere tutta la concreta attenzione e discussione di merito, anche serrata nella diversità delle opinioni politiche, perché esso pone in fibrillazione alcuni punti cardine del servizio sanitario nazionale.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, ieri l'Assemblea ha respinto le pregiudiziali di costituzionalità ma, a tale riguardo, vorrei fare un piccolo riferimento. Essendo diventata legge dello Stato, da ieri è pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del nostro paese la modificazione del titolo V della nostra Costituzione, che introduce quel federalismo sul quale, per tanti anni e nelle diverse opzioni culturali e politiche, ci siamo confrontati in queste aule.

Si tratta di un federalismo che l'Ulivo e lo schieramento di centrosinistra hanno sempre sottolineato — nel nostro paese, nessuno disconosce la necessità di un sistema federato, di pieni poteri legislativi, oltre che amministrativi e di controllo, concessi alle regioni — perché costituisce la sostanza del nuovo Stato moderno italiano, connotandolo, tuttavia, con un altro sostantivo importante, perché è sempre stato un punto di valore determinante: un federalismo solidale.

Ieri, professor Baldassarri, abbiamo posto in quest'aula una questione molto importante, attinente al decreto-legge all'attenzione parlamentare: non è possibile che, attraverso un decreto-legge, che si configura più come uno strumento di regolazione amministrativa, all'articolo 6,

comma 1, si preveda che i livelli essenziali di assistenza di questo paese, che rappresentano l'esplicitazione del diritto sostanziale dell'articolo 32 della Costituzione (il diritto di tutti noi alla salute) siano da un lato fissati con atto amministrativo, e dall'altro liquidati con una serie di incontri tecnici e, poi, sostanziali e formali in Conferenza Stato-regioni, senza che il Parlamento italiano — tutti noi — sia in grado di fornire il proprio contributo per la sostanza dell'articolo 32 della Costituzione.

Naturalmente, su tali aspetti non intendo spendere molto del mio tempo; rispetto il voto espresso dall'Assemblea, tuttavia, vorrei sottolineare che, nel decreto-legge alla nostra attenzione, si pongono questioni di spessore, non solo di politica di spesa.

A mio modo di vedere, tutto ciò costituisce uno dei punti fondamentali del provvedimento: come fornire garanzie e sostanza agli strumenti che estrinsecano il diritto alla salute di questo paese, che non siano racchiusi in meri atti amministrativi o in confronti nell'ambito dell'attuale Conferenza Stato-regioni, del resto molto soggiogata e pressata dalle questioni di spesa inerenti alla sanità, che si discutono e si dibattono da molti anni.

Vorrei evidenziare un secondo elemento fondativo del provvedimento, cioè quello relativo al modo con cui fornire sostanza anche al principio del federalismo — in materia di sanità, quasi tutta delegata allo stesso — e alla possibilità che le regioni italiane sperimentino, organizzativamente e gestionalmente, il modello più efficace e più efficiente di risposta alle domande dei cittadini.

Sulle sperimentazioni gestionali noi siamo stati sempre d'accordo, però a condizione che — questa vicenda l'ho sollevata in Commissione ai colleghi dell'attuale maggioranza — non si riproducano in Italia venti sistemi sanitari regionali.

Dico ciò non perché temo le diversità e nemmeno l'elemento di competizione, che nel confronto con le diversità può esservi, ma perché ho timore dal punto di vista del diritto fondamentale che, credo, noi tutti

vogliamo garantire ai cittadini italiani. Mi riferisco ad un'eguaglianza di trattamento e ad una uniformità di prestazioni sanitarie ovunque i cittadini si trovino, in un'isola, nel nord o sulle Alpi del nostro paese.

Dunque, in questo decreto non è accettabile che le sperimentazioni gestionali non trovino, anche nella sostanza del cambiamento del titolo V della Costituzione, nell'ambito della Conferenza Stato-regioni, una cabina di regia, pur modificando l'idea o i processi autorizzatori che presuppongono la configurazione di uno Stato centrale con sovranità più elevata rispetto al sistema regionale. Non è accettabile che nemmeno la Conferenza Stato-regioni possa essere individuata come cabina di regia che verifichi preventivamente che le libere sperimentazioni gestionali delle regioni rispondano almeno ai quattro principi fondamentali su cui, finora, ad ordinamento vigente, si regge il diritto alla salute dei cittadini italiani. Questo, colleghi della maggioranza, è inaccettabile e vi porrà di fronte ad un rischio relativo — mi rivolgo anche al professor Baldassarre — anche alle questioni di spesa del nostro servizio sanitario nazionale.

Nonostante il patto sancito con l'accordo dell'8 agosto 2001, vorrei ricordare al relatore Massidda che la corresponsabilità dello Stato e delle regioni non è una novità di questo patto, ma che sono anni (dal rispetto dei parametri di Maastricht all'opera di risanamento del Governo di centrosinistra) che l'idea della corresponsabilità Stato-regioni rappresenta un faro della nostra politica sanitaria.

Professor Baldassarre, vorrei dirle che, se andremo incontro ad una specie di autarchia regionale dei sistemi sanitari, non ci sarà più nessuna possibilità e nessuno strumento di controllo reale della spesa. Certo, il deterrente vi è, poiché sia la normativa vigente sia la libera legislazione regionale potranno — lo ricordava il relatore Massidda — o elevare la percentuale di IRPEF o agire sull'IRAP o introdurre nuovi ticket per le prestazioni sanitarie.

Allora, attenzione, le sperimentazioni gestionali e il federalismo, in sanità, si attuano anche con la possibilità di un rigoroso controllo contro gli sprechi e le irrazionalità che nel sistema esistono. Tuttavia, ciò sarà possibile solo se il sistema rimane solidale anche nel suo momento di organizzazione, di efficienza e di gestione a livello regionale, altrimenti, dovremo aspettarci dal Governo un nuovo decreto che consegni ai cittadini italiani i passaporti sanitari regionali.

Qualcuno mi dovrà spiegare come potremo mai impedire che io, cittadina della Liguria — regione nella quale si dovesse decidere, in omaggio alla sperimentazione gestionale, di non offrire un certo tipo di prestazione, incentivando e organizzando il sistema su altre prestazioni — possa recarmi nella vicina Lombardia, in Piemonte o in Veneto per ricevere una prestazione di *day hospital*, magari molto più efficace e più tempestiva di quella fornita nella mia regione. E qualcuno del Governo mi dovrà spiegare, a questo punto, come sarà la transazione sulla mobilità delle prestazioni sanitarie.

Attenzione, colleghi della maggioranza, va bene la sperimentazione di modelli gestionali nuovi laddove ciò porta efficienza al sistema, individua maggiore efficacia delle prestazioni, risponde ad una domanda e ad un bisogno di salute che, oggi, nei cittadini italiani si è molto dilatato. Non va bene se questa diventa un'autarchia regionale: venti sistemi sanitari regionali e, soprattutto, incertezza del diritto alla salute sancito dalla Costituzione.

Per chiudere l'intervento, vorrei affrontare le questioni di merito sulla spesa. Come sapete, noi abbiamo dato un giudizio positivo sull'accordo intervenuto tra Governo e regioni l'8 agosto; il collega Massidda ne ha parlato, senza, però, soffermarsi nel merito: il decreto-legge alla nostra attenzione viene da un sofferatissimo braccio di ferro verificatosi al Senato non solo tra maggioranza ed opposizione, ma, nelle ultime quarantotto ore, anche tra maggioranza e Governo su punti di merito del provvedimento; ripeto: su punti di merito del provvedimento. E vorrei

rivolgermi al collega Massidda e ai membri del Governo: non è vero che questo decreto-legge ricalca l'accordo dell'8 agosto. Esso introduce alcune novità rispetto all'accordo.

Vorrei che il Governo mi desse una spiegazione. Che senso avrebbe l'introduzione in questo testo, per esempio, della traslazione all'anno 2002 dei contratti del personale a tempo definito? Si è deciso di rivedere la riforma? Bene, questa è una facoltà del Governo. Ma, allora, se si vuole ragionare intorno alle risorse umane del servizio sanitario nazionale, pensate davvero sia sufficiente fare una traslazione di soli 30 giorni, a partire dal 31 dicembre 2001, per proporre una diversa visione della politica del personale in sanità? Oltretutto, tale marchingegno temporale riguarda un'unica tipologia di professionalità medica all'interno del servizio sanitario nazionale, e nemmeno — come dire — la migliore per esistenza.

Il sottosegretario Ventucci faceva riferimento ad elementi modificativi della riforma sanitaria nazionale. Dunque, se intendete cambiare la riforma, non sarebbe stato più coerente presentare un disegno di legge? Perché, allora, usare questo decreto-legge per infilare surrettiziamente strumenti che, in qualche modo, vogliono cambiare — e denunciano tale volontà — un sistema, che, non da molto tempo, è stato riformato nel nostro paese? Badate, signori del Governo, è stata proprio questa la storia infinita della politica sanitaria italiana: non si è data ad alcuna riforma la possibilità di sperimentarsi e di farsi nell'arco di tempo necessario a dire, anche in senso sperimentale, se essa fosse giusta o sbagliata e quali aspetti andassero modificati. Oggi si introduce, surrettiziamente, questa partita.

Noi leggiamo ed ascoltiamo le affermazioni del ministro della sanità, la cui assenza dall'aula, ancora una volta questa mattina, è per me fonte di rammarico: egli sembra avere una visione molto particolare sull'uso delle risorse professionali in questo sistema. Allora, coerenza vorrebbe che un Governo, dotato, peraltro, della forza della maggioranza numerica delle

Assemblee, si presentasse al Parlamento italiano con un disegno di legge in cui fossero indicati chiaramente i punti della riforma non condivisi e proponesse gli strumenti ordinamentali e legislativi sui quali confrontarsi. Non è, invece, coerente utilizzare surrettiziamente questo decreto-legge che avrebbe dovuto, in qualche modo, fotografare l'accordo dell'8 agosto. Su questo aspetto, mi rivolgo di nuovo al Governo: l'accordo è stato un po' snaturato nei suoi principi, se è vero che i venti governatori delle regioni italiane — e voi sapete bene che anche nelle regioni italiane c'è una maggioranza della Casa della libertà — ieri hanno denunciato che, già rispetto all'8 agosto, siamo di fronte ad una mancata copertura di 2 mila miliardi, dovuta alle modificazioni introdotte con il maxiemendamento presentato al Senato. La notizia è stata pubblicata dal *Il Sole-24Ore* ed era in corso la Conferenza Stato regioni.

Vorrei concludere il mio intervento, dicendo: è vero, noi abbiamo lavorato alacremente in Commissione affari sociali, ci siamo confrontati con i colleghi della maggioranza sui punti di merito, abbiamo presentato emendamenti senza alcuna vocazione ostruzionistica. I colleghi della maggioranza lo fanno: le nostre proposte sono tutte precise, puntuali, rivolte, nel merito, al miglioramento di questo decreto-legge, perché ciò è possibile.

Attenzione anche alla vicenda dei rifiuti sanitari ospedalieri tossici e non pericolosi.

Attenzione a non trattare questa partita in meri termini ragionieristici, pensando che assimilandoli ai rifiuti urbani si risparmia un bel po', perché così noi stiamo contravvenendo alle norme comunitarie e non stiamo mettendo il nostro sistema in grado di dotarsi di inceneritori; inoltre, la pericolosità di quei rifiuti richiede la sterilizzazione e non il termine generico, come quello usato in questo decreto, di « disinfezione ». Attenzione a non usare surrettiziamente queste vicende, perché potrebbero produrre un costo molto più elevato al nostro paese. Infatti, è noto a tutti che la ricerca scientifica ci

dice che i materiali chimici impiegati per eliminare quel tipo di rifiuti penetrano nel nostro terreno e che la loro non tossicità non è ancora dimostrata. Attenzione a non usare strumenti solo per risparmiare qualche lira in più su un terreno così delicato. Attenzione anche ai comuni e alle loro popolazioni, perché non sfugge a nessuno cosa è successo in questo paese quando nelle discariche, così incontrollate, si sono visti arrivare i sacchetti dei rifiuti tossici ospedalieri.

Noi abbiamo discusso nel merito, abbiamo proposto emendamenti nei contenuti per migliorare questo decreto. Tuttavia, ci siamo resi conto che nulla è possibile fare: purtroppo, il decreto è blindato. Anche se i colleghi della maggioranza hanno dimostrato disponibilità nei confronti di alcune delle questioni che ho citato, che i colleghi condividono perché sanno bene di cosa parliamo quando si entra nel merito di questa materia, purtroppo ci hanno offerto solo la possibilità di tramutare aspetti migliorativi del decreto in ordini del giorno. Certo, anche un ordine del giorno è importante perché impegna il Governo, e noi lo incalzeremo alla verifica degli impegni assunti. Tuttavia, noi chiediamo al Governo e ai colleghi della maggioranza di ragionare e riflettere ancora, a partire da martedì, magari, per trovare la possibilità, tra questa Camera e il Senato, su alcuni punti di contenuto fondamentali, di modificare questo decreto. Infatti, non è questione di maggioranza e di opposizione: è questione di diritto alla salute degli italiani (*Applausi dei deputati dei gruppi dei Democratici di sinistra-l'Ulivo, di Rifondazione comunista e Misto-Comunisti italiani*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Maura Cossutta. Ne ha facoltà.

MAURA COSSUTTA. Signor Presidente, questo provvedimento è finalmente arrivato all'esame di quest'aula. Sappiamo tutti, l'ha detto anche il relatore, che la discussione è stata molto accesa nelle aule parlamentari, ma anche nel paese, tra gli

operatori e gli amministratori, visto che avrebbe dovuto essere un provvedimento di recepimento di un accordo con le regioni, il che è non stato, come ha già illustrato ampiamente la collega Grazia Labate.

Parlavo di discussione molto accesa come fanno anche i colleghi della maggioranza, perché abbiamo notato un profondo disagio, anche ieri in Commissione, dove abbiamo lavorato a lungo. Ci sono colleghi, che nella scorsa legislatura hanno fatto un'opposizione dura, che oggi sono profondamente a disagio: persone competenti in materia, per esperienza professionale, visto che sono medici. Li abbiamo trovati in difficoltà a difendere l'articolato di questo decreto, perché alcuni articoli sono stati scritti frettolosamente (l'onorevole Labate faceva riferimento, per esempio, alla questione dello smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi), per questa alternanza disinvolta tra regionalismo spinto e centralismo fuori tempo massimo (altro che centralismo statalista della riforma Bindi!), ma anche perché, lo voglio dire con chiarezza — è questo il punto —, c'era un disagio profondo in alcuni colleghi della maggioranza perché la qualità, le cose vere di questo provvedimento, non erano apparse in modo trasparente. In altre parole, le scelte strategiche di politica sanitaria compiute in questo provvedimento non sono state fatte alla luce del sole.

Quali scelte sulla sanità? Noi l'abbiamo definito un provvedimento truffa, esattamente perché maschera questo falso recepimento dell'accordo con le regioni. In realtà, ha forti elementi di discontinuità, di rottura, ossia di scelta alternativa al modello che abbiamo adottato sulla sanità, come centrosinistra.

Né la maggioranza né, tantomeno, il Governo hanno il coraggio di indicare con chiarezza l'alternativa al servizio sanitario nazionale; di questo si tratta! Per noi si tratta di difendere la riforma Bindi, ma soprattutto di difendere il modello rappresentato dal servizio sanitario nazionale. Voi non osate ammettere di voler costruire un altro modello, alternativo al servizio

sanitario nazionale; non avete la volontà di modificare la riforma Bindi, siete contro il servizio sanitario nazionale e non usate dirlo, non potete dirlo, perché anche tra voi vi sono profonde differenze. Oggi il ministro Sirchia ed i sottosegretari non sono presenti in aula: si vede che ormai la sanità rappresenta una variabile strettamente dipendente dall'economia e dal mercato. Comunque, lo stesso ministro Sirchia, quando è venuto in Commissione, ha banalizzato il buono sanità, il cuore di un modello che anche voi dovreste rivendicare in modo alternativo; lo ha banalizzato come se il buono sanità rappresentasse una variabile di un modello gestionale regionale.

Voi avete detto che non c'è tempo — apprezzo il disagio palese del relatore, ieri in Commissione ed oggi in aula — neanche di prendere in considerazione emendamenti di merito che voi condividete, tant'è che ci avete proposto di trasferirne il contenuto in ordini del giorno. Sto parlando con chiarezza, sperando di essere ascoltata da qualche cittadino italiano malato o sano, da associazioni, da operatori del settore.

Perché si deve avere tanta fretta? Fra poco cominceremo ad esaminare in aula la legge finanziaria, e credo che quest'ultima rappresenti lo strumento più consono, logico per recepire un provvedimento riguardante la spesa sanitaria, i contenuti, la sostanza dell'accordo Stato-regioni. Perché non avete usato la legge finanziaria? Perché non avete previsto una necessaria pausa di riflessione per correggere questo decreto inserendolo poi nella manovra di bilancio?

In realtà voi sapete che la sostanza di questo provvedimento — che non è rappresentata solo dal problema della spesa sanitaria ma anche dalla modifica normativa alla legislazione vigente — non avrebbe potuto passare in finanziaria: questo è il punto, per questo motivo avete fretta. Non si tratta di recepire l'accordo sulla spesa sanitaria ma di introdurre in modo surrettizio in questo provvedimento elementi fortemente distorsivi del decreto legislativo

n. 229 del 1999, un grimaldello per scardinare l'assetto del servizio sanitario nazionale.

Ieri mattina abbiamo parlato con molta chiarezza riguardo le pregiudiziali di costituzionalità che, badate, non si presentano con leggerezza. Ci tenevamo a sottolineare che non si tratta di un problema di spesa, ma di introdurre elementi profondamente distorsivi del modello istituzionale e di finanziamento del servizio sanitario nazionale. Le critiche sono state pesanti. Non potete far riferimento al patto di stabilità, non potete parlarci di federalismo, di regionalismo; noi abbiamo iniziato con coraggio un processo di decentramento ed introdotto — di fatto — delle profonde innovazioni, anche difendendo una riforma costituzionale che non avete voluto.

Noi sentiamo la forte necessità di un raccordo tra tutte le profonde riforme delle quali si è reso artefice il centrosinistra, riguardanti l'assistenza, la scuola, la sanità. Queste profonde riforme — che mettono in gioco un assetto istituzionale relativo ai poteri nazionali e regionali — debbono essere raccordate con la nuova riforma costituzionale. C'è bisogno di un raccordo, di un monitoraggio, bisogna evitare le incongruenze.

Voi invece state facendo un'altra scelta; per voi non si tratta di correlare le riforme con la riforma costituzionale che oggi è in vigore, ma di tradire — utilizzando un'idea distorta del regionalismo, un neocentralismo regionale alla Formigoni — i principi contenuti nella prima parte della Costituzione che la riforma costituzionale che abbiamo approvato non avrebbe mai messo in discussione.

Di questo si tratta. Come dicevo prima, la vostra idea è talvolta molto confusa perché alternate in modo molto opportunistico il regionalismo al centralismo; c'è una idea di fondo molto pericolosa che viene fuori da questo neocentralismo regionale; non si considerano più gli enti locali e si salta il momento della sponda istituzionale dell'ente locale vanificando il livello nazionale della responsabilità pubblica. Questo neocentralismo regionale, di

fatto, introduce una cultura molto pericolosa. Il diritto di cittadinanza sarebbe legato all'appartenenza territoriale regionale: è il territorio regionale fonte primaria del diritto e delle risorse. Bossi, adesso chiederà conto dell'alleanza che ha stretto con voi. Stanno chiedendo conto tutti, la Confindustria, le gerarchie del Vaticano, adesso Bossi...

GIACOMO BAIAMONTE. Più ne hai, più ne metti!

MAURA COSSUTTA. ...tutti lo stanno chiedendo e siete in difficoltà perché dovete mettere insieme i cocci; si vedono già i primi segnali! Dovete scegliere; su questo provvedimento siete in difficoltà perché anche nella vostra maggioranza ci sono posizioni contrarie a questa idea di neocentralismo...

GIACOMO BAIAMONTE. Quando ti conviene!

MAURA COSSUTTA. ...a questo modello oggettivamente, non in modo ideologico, oggettivamente eversivo.

Noi abbiamo adottato scelte coraggiose e abbiamo detto con chiarezza che volevamo difendere il servizio sanitario nazionale, l'organizzazione mondiale della sanità. Lo sanno ormai tutti, ma voi non lo ripetete, mai! Non c'è una dichiarazione che ripeta queste cose ovvie; al secondo posto del mondo c'è il nostro paese mentre l'America si trova al trentottesimo. Noi vogliamo difendere questo modello e contemporaneamente innovarlo.

Noi non abbiamo mai inteso difendere l'indifendibile. Sappiamo che, per difendere questo modello, bisogna correggere elementi di squilibrio, anche di iniquità (*Commenti dell'onorevole Baiamonte*)...

PRESIDENTE. La prego, onorevole Baiamonte, la prossima settimana ci sarà una ampia possibilità di espressione in aula.

MAURA COSSUTTA. Evidentemente la libertà di espressione che rispettano è solo

quella del *Foglio*, ma comunque quella dei deputati c'è. Io continuo, onorevole Baiamonte!

GIACOMO BAIAMONTE. Puoi continuare, non ti voglio interrompere.

MAURA COSSUTTA. Allora, non vogliamo difendere l'indifendibile (*Commenti del deputato Baiamonte*)... Posso parlare?

PRESIDENTE. Onorevole Baiamonte, la prego, siamo anche pochi!

MAURA COSSUTTA. Siamo talmente pochi! Incontriamoci fuori, se vuoi, chiacchieriamo volentieri.

GIACOMO BAIAMONTE. No, per carità, mi sfida a duello.

PRESIDENTE. Non esageriamo, onorevole Cossutta.

MAURA COSSUTTA. No, per carità. Intendo dire che magari fuori sei più libero di essere te stesso, di difendere esattamente le tue posizioni, cosa che tu oggi qui non puoi fare, purtroppo per te...

GIACOMO BAIAMONTE. Mi dice di essere me stesso, ma io lo sono sempre...

PRESIDENTE. Onorevole Baiamonte!

MAURA COSSUTTA. Andiamo avanti. Stavo parlando di scelte coraggiose per difendere, ma anche per innovare; è esattamente questo che abbiamo inteso fare con il decreto legislativo 229 del 1999. È un'idea quindi di una programmazione che si doveva svolgere contestualmente alla raccolta delle risorse; una idea di una partecipazione che non è solo decentramento di poteri ma di più! È una partecipazione intesa come risorsa, elemento forte di innovazione, come risorsa democratica; la partecipazione degli utenti, delle associazioni, delle forze sindacali nella verifica dei risultati, come risorsa di controllo dal basso, alla faccia della vostra idea della sussidiarietà. Abbiamo avuto

un'idea della rete dei servizi ospedalieri e di quelli territoriale, costruendo, nei fatti, insieme alla riforma dell'assistenza, finalità, obiettivi e risorse per l'integrazione sociosanitaria.

Soprattutto, abbiamo introdotto con la finanziaria un elemento che avrebbe reso giustizia, costituendo un messaggio concreto che indicava la direzione verso la quale la riforma Bindi, la riforma della sanità, si sarebbe mossa: l'abolizione graduale dei ticket. Dopo la loro riduzione abbiamo introdotto questa misura. I ticket costituiscono una tassa iniqua e ingiusta, un balzello — lo abbiamo chiamato tutti così — sulla malattia dei malati, non un sistema di tassazione; i sistemi di tassazione sono comunque criticabili ma seguono un criterio quello della progressività della fiscalità. No, questa era una tassa sulla malattia, doppiamente iniqua. Noi sappiamo che, tra l'altro, i ceti più bisognosi sono quelli che accedono maggiormente ai servizi sanitari. Essi hanno quindi bisogno di maggiori prestazioni e sono maggiormente penalizzati per ben due volte.

Abbiamo introdotto con coraggio, nella legge finanziaria, questa misura. Voi cosa fate? In questa legge finanziaria voi reintroducete — è una cosa gravissima — i ticket. Successivamente dite: nel 2002 ci penseremo, le regioni decideranno. Nel frattempo, il livello centrale cosa fate? Reintroduce i ticket. Abolite quindi con un articolo quella misura, in questo provvedimento sulla spesa sanitaria, — perché questo devono sapere i cittadini, ovvero che le regioni non l'avevano chiesto, non l'avevano chiesto! — e reintroducete con questo provvedimento esattamente i ticket, gli odiosi ticket. Voi, nell'altra legislatura e dai banchi dell'opposizione, dicevate: troppo poco! Contro il sanitometro: è troppo poco, dobbiamo eliminarli del tutto.

Ebbene, voi li reintroducete con una scorrettezza che dovrete pagare; non li reintroducete infatti nella legge finanziaria, perché in quest'ultima, invece, seguendo l'efficacia e la teoria di talune pratiche del vostro Premier, bisogna lan-

ciare messaggi agli italiani. Le promesse sono mantenute. Il vostro populismo deve essere rispettato: si danno 4 mila miliardi per i pensionati nella vostra legge finanziaria. Ma nella vostra legge finanziaria — dovete dirlo e noi lo diremo — quei quattromila miliardi sono stati prima portati via agli stessi anziani, ai pensionati, ai malati, ai cittadini. Questo noi diremo: questo non è un decreto-legge per le regioni, è un decreto legge contro il servizio sanitario.

Diremo anche che non è un decreto sulla spesa sanitaria, bensì sulla spesa dei malati. Dovremo attaccarvi e faremo su tale questione una battaglia di opposizione, nel merito, perché, come ricordavo, si tratta di un grimaldello pericoloso. Voi proponete — è tutto poco chiaro, ma leggendo dai giornali può arguirsi — modifiche sostanziali del decreto legislativo n. 229 del 1999: la riforma degli IRCS e l'introduzione del buono sanità. Vi è quindi lo scardinamento di un certo modello.

Tuttavia, voi, in modo subdolo, avete fatto passare l'idea che tutto questo sia una variabile ininfluenza, una banale opzione, all'interno della cosiddetta autonomia gestionale dei modelli sanitari. Abbiamo ribadito che con il decreto legislativo n. 229 del 1999 vi è la massima flessibilità, articolazione della sperimentazione, ma anche una coerenza fra l'autonomia del modello sanitario regionale e i principi di fondo ispiratori del piano sanitario nazionale e del servizio sanitario nazionale.

Noi intendiamo difendere questo insieme al servizio sanitario nazionale, al diritto alla salute, ai più deboli; lo faremo con una battaglia forte contro di voi in quest'aula, ma soprattutto nel paese (*Applausi dei deputati del gruppo Misto-Comunisti italiani e dei Democratici di sinistra-l'Ulivo*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Battaglia. Ne ha facoltà.

AUGUSTO BATTAGLIA Signor Presidente, signor rappresentante del Governo,

onorevoli colleghi, non vi è dubbio quello al nostro esame sia un decreto-legge importante, almeno lo è per noi. Se invece giudico dalla presenza dei componenti del Governo, qualche dubbio viene.

Il ministro Sirchia, così solerte nel presentarsi alla CUF per chiedere che questo o quel medicinale per curare l'obesità venga inserito nella fascia A o in quella B, non trova il tempo per seguire qui in aula un dibattito importantissimo quale quello relativo alla spesa sanitaria. Tema che dovrebbe interessarlo direttamente, mentre egli non trova nemmeno il modo di far venire in Parlamento qualche sottosegretario alla sanità che, con lui dovrebbe essere responsabile di questa vicenda.

Per noi, questo provvedimento è invece importante perché ridefinisce i rapporti finanziari fra Stato e regioni e dovrebbe, uso il condizionale, dare corpo e sviluppo a quel patto di stabilità che è stato siglato fra lo Stato e le regioni nell'accordo dell'8 agosto. Proprio per questi motivi, ovvero proprio perché noi riconosciamo grande importanza a questo provvedimento, destinato probabilmente a determinare le vicende dei servizi sanitari regionali per i prossimi anni, il nostro gruppo si era limitato a presentare un numero molto contenuto di emendamenti estremamente puntuali; non si voleva in alcun modo far perdere tempo né impegnare la Commissione o l'Assemblea in discussioni pretestuose. I nostri sedici emendamenti (credo sia questo il numero) erano finalizzati, molto concretamente, a tre obiettivi.

Il primo era quello di migliorare i contenuti dell'accordo sul piano finanziario. Ciò è importante, perché oggi noi abbiamo previsto una spesa per la sanità regionale che si aggira intorno al 5,8 per cento del prodotto interno lordo, mentre, da valutazioni fatte da diversi osservatori, tra cui anche le stesse regioni, sappiamo che per avere una sanità a regime, per i servizi che oggi garantiamo ai cittadini italiani, dobbiamo arrivare al 6 per cento. Pensiamo si debba lavorare, in questa fase, sul decreto-legge e, successivamente, sulla

finanziaria, per raggiungere tale obiettivo. Sappiamo tutti, perché è scritto nel provvedimento al nostro esame, che, se esso non verrà raggiunto, esporremo le regioni al rischio di avere, da qui alla fine del 2002, un deficit — oggi occulto, ma che emergerà — tra i 5 e i 6 mila miliardi; deficit che non potrà che tradursi, secondo quanto dispone questo decreto-legge, in tasse che le regioni imporranno ai cittadini, attraverso l'addizionale IRPEF e attraverso l'imposizione di nuovi balzelli sulla sanità, come la reintroduzione di ticket. È vero che riconosciamo alle regioni autonomia e, quindi, responsabilità, ma queste devono essere esercitate in una condizione che consenta loro di avere i conti a posto e, con gli stanziamenti che sono stati definiti, i conti non potranno essere a posto. Si tratta di un problema che noi, con i nostri emendamenti, pensiamo si possa risolvere.

Attraverso le nostre proposte emendative, volevamo, inoltre, determinare misure più efficaci per il contenimento della spesa. Voi avete attribuito lo sfondamento della spesa sanitaria all'eliminazione dei ticket. Noi sappiamo che non è così, perché l'eliminazione dei ticket — a parte il fatto che è stata compensata dai nuovi introiti per il servizio sanitario nazionale — solo in parte è responsabile dell'aumento della spesa sanitaria. Vi sono, infatti, altri fattori che riguardano anche la spesa farmaceutica. Ma ogni qual volta si fissa un tetto rigido per la spesa farmaceutica, senza entrare fino in fondo nei meccanismi della catena del farmaco — ricerca, produzione, confezione, distribuzione, prescrizione (il farmaco non lo danno al supermercato, ma c'è qualcuno che firma una ricetta in cui dice che quel cittadino deve avere quelle medicine) —, tutti i tetti sono destinati a fallire. Anche perché con una spesa farmaceutica media intorno al 16-16,5 per cento, con regioni che sono arrivate al 20-21 per cento, difficilmente quel tetto potrà essere rispettato. E questo significherà altre tasse, perché questo sforamento obbligherà le regioni ad imporre nuovi carichi fiscali sui cittadini oppure a ridimensionare le forme

di assistenza sanitaria, sia di carattere farmaceutico che di garanzia di servizi per il cittadino.

Credo che l'unico vero, accertato risparmio che voi potrete ottenere sarà quello che deriva da un'altra misura, che consentitemi di definire « impopolare »: potrete risparmiare 2100 miliardi per il 2002 e 4 mila per il biennio 2003-2004 perché reintroducete i ticket sulla specialistica che i governi di centrosinistra avevano eliminato. Quindi, dal 1° gennaio 2002, imporrete 2100 miliardi di tasse che, nel 2004, diventeranno 4 mila 200 miliardi. Questa è l'operazione da voi attuata e che non è un risparmio, un contenimento o un governo della spesa sanitaria e della spesa farmaceutica: è un'ulteriore imposizione fiscale.

Avremmo voluto migliorare anche il meccanismo di riduzione dei posti letto ospedalieri; un meccanismo che condividiamo nella misura in cui la riduzione degli stessi non comporti l'utilizzo di quel personale per tappare i buchi determinati da coloro che vanno in pensione negli altri servizi — nel decreto-legge ciò è inserito come prima priorità della destinazione di quel personale — ma possa essere utilizzata contestualmente ad un rafforzamento della rete dei servizi territoriali, ambulatoriali, domiciliari e di *day hospital* che sono la scelta alternativa al ricovero ospedaliero. Tali servizi ed il rafforzamento della rete di servizi sul territorio possono portare ad un contenimento dei ricoveri e, quindi, ad una riduzione della spesa degli stessi. Se non si procede al rafforzamento della rete territoriale, tale obiettivo è difficilmente perseguibile o si tradurrebbe in un ridimensionamento dei servizi e delle prestazioni fornite ai cittadini.

Il prezzo di riferimento su farmaci, per categorie omogenee, è una misura che vi consente di stabilire un prezzo per determinati farmaci. Ma se quel farmaco mi fa male ed il medico me ne prescrive un altro, chi paga la differenza? Il decreto-legge dispone che la differenza la paga il cittadino. Quindi, si aggiungono altre tasse. Voi, invece, volevate diminuirle le tasse! Pensare di contenere la spesa sanitaria

attraverso un'imposizione di carichi finanziari alle regioni e ai cittadini, ritengo non sia la strada giusta.

Abbiamo delle proposte concrete da avanzare. Non ci sottraiamo all'esigenza del contenimento della spesa perché noi, che difendiamo il servizio sanitario nazionale e vogliamo che rimanga tale, sappiamo che la solidità finanziaria del sistema è la prima garanzia per la sua sopravvivenza. Siamo, dunque, interessati a ciò più di voi: noi vogliamo difendere il servizio sanitario nazionale ma abbiamo dei dubbi che anche voi vogliate fare la stessa cosa. Per tale motivo non ci siamo sottratti alla responsabilità di proporre misure alternative che, senza caricare di ulteriori fardelli i cittadini e le regioni, possano consentire di ottenere analoghi risparmi e migliorare i servizi ai cittadini e la loro efficacia.

Con i nostri emendamenti pensavamo, inoltre, che potessero essere rivisti alcuni aspetti del decreto-legge pericolosi per il servizio sanitario nazionale, anzi, rischiano di snaturarlo. Ne parlava, precedentemente, la collega Labate: le sperimentazioni gestionali. Perché dobbiamo sottrarre le sperimentazioni gestionali ai principi direttivi ed alle linee che devono garantire l'uniformità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale? Probabilmente, perché si vuole andare verso una *deregulation* nel settore sanitario con l'introduzione di trasformazioni che possono snaturare i principi fondamentali su cui si poggia il nostro servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda la questione dei farmaci da banco, con questo decreto-legge proponete che i farmaci da banco possano essere acquistati, addirittura, al *self-service*, attraverso le macchinette e noi sappiamo — mi rivolgo ai colleghi della maggioranza — che la vicenda Lipobay, in America — gli Stati Uniti che ci ponete come obiettivo verso il quale non vogliamo andare, perché siamo il secondo sistema e loro il trentaquattresimo — è scoppiata perché il farmaco associato al Lipobay che determinava tutte quelle conseguenze negative si poteva acquistare al supermer-

cato; sfuggiva al controllo medico e farmaceutico! È una misura, dunque, molto pericolosa e noi vi proponiamo di correggerla affinché si possa acquistare il prodotto in farmacia, liberamente e senza ricetta, e il farmacista possa consigliare al cittadino la quantità di somministrazione, perché, comunque, si tratta di una medicina, sebbene di automedicazione.

I livelli d'assistenza, inoltre, a nostro avviso, devono seguire una procedura diversa da quella che avete indicato.

Rispetto a questo atteggiamento costruttivo e che si concretizzava — lo ripeto — in sedici emendamenti del nostro gruppo, cosa abbiamo trovato? Una chiusura totale! Un decreto-legge blindato! Un relatore che ci ha detto di non proseguire nell'esame di non votare niente e di metterci d'accordo su due o tre ordini del giorno perché in questa sede non si può modificare nulla.

Se avessimo accettato questa proposta, saremmo venuti meno alla nostra responsabilità ed avremmo accettato che ci venisse sottratta una funzione fondamentale: dibattere sui provvedimenti e poter contribuire, in tal modo, alla loro stesura, anche presentando emendamenti e discutendoli.

E quali argomenti adducete? Due. Anzitutto, che c'è un problema di tempi: siamo in ritardo ed il decreto-legge rischia di decadere. Ma questo primo argomento non mi convince. Intanto perché i responsabili del ritardo siete proprio voi: avete tenuto il provvedimento bloccato in Senato per 15 giorni a causa di contrasti nella maggioranza. Quindi, non potete accollare su di noi gli effetti negativi dei vostri contrasti. Il ragionamento è falso anche perché, se c'è una disponibilità al dialogo e al confronto, martedì possiamo benissimo approvare il disegno di legge, concordando poi, per l'esame in Senato, una procedura d'urgenza e completando, in tal modo, l'iter della conversione entro giovedì (mentre il decreto-legge decadrebbe, mi pare, il successivo lunedì). Quindi, i tempi ci sono.

Il secondo argomento fa leva sul fatto che c'è un accordo Stato-regioni che va

rispettato e che non può essere modificato. Anche quest'argomento, però, è infondato, cari colleghi. Qui si tratta di un decreto-legge truffa: se è vero che, in parte, esso recepisce l'accordo dell'8 agosto tra Stato e regioni, è anche vero che, dietro quell'accordo, voi fate passare anche le sperimentazioni gestionali, i farmaci da banco, i rifiuti ospedalieri (anzi, consentirete a cliniche ed ospedali di portare i materiali inquinanti nelle discariche!); tutto questo non c'era nell'accordo dell'8 agosto, ma c'è nel decreto-legge. Neanche il tempo definito faceva parte dell'oggetto dell'accordo dell'8 agosto; ma c'è nel decreto-legge.

Allora la verità è un'altra: ci sono questioni sulle quali nemmeno voi siete d'accordo, sulle quali molti esponenti della maggioranza non sono d'accordo. E la dimostrazione che ciò che affermo è vero, cari colleghi, la dà il fatto che oggi mancano il ministro ed i sottosegretari e non so se sia iscritto a parlare qualcuno della maggioranza. Non vedo esponenti di Alleanza nazionale; ma questo decreto è figlio anche di tale gruppo? A giudicare dalle facce dei nostri colleghi, ieri in Commissione, e da quello che vedo oggi in aula, dovrei concludere che il disegno di legge non è figlio di Alleanza nazionale. Forza Italia interverrà nella discussione? Tra gli iscritti a parlare non vedo rappresentanti di quel gruppo. Devo dedurre che questo disegno di legge non è figlio nemmeno di Forza Italia e nemmeno degli altri partiti della maggioranza. Non è figlio nemmeno della Lega. Allora, di chi è figlio questo provvedimento, signor Presidente? Non lo so, non vorrei approfondire, ma qualche ipotesi al riguardo posso farla.

Credo che, in primo luogo, il provvedimento in esame sia figlio del ministro Tremonti, perché il ministro della salute è esautorato ed abbiamo un ministro dell'economia che ha preso in mano la gestione della sanità. Ma quando la gestione della sanità viene presa in mano dai ministri dell'economia, ciò si traduce in tagli, ridimensionamento dei servizi e privatizzazione. Proprio per questo crediamo che si possa individuare anche un secondo genitore: si tratta di gruppi economici