

privati, i quali vogliono spartirsi i 200.000 miliardi della spesa sanitaria pubblica e privata del nostro paese; si tratta dei gruppi finanziari che sono interessati alla gestione della sanità: le multinazionali del farmaco e le assicurazioni. Tutti costoro sono i padri di questo provvedimento.

Mi rendo conto, pertanto, che questo crea difficoltà in tanti amici e colleghi della maggioranza e della Commissione affari sociali che, guarda caso, non vengono qui a discutere ed a difendere un disegno di legge di conversione di un decreto-legge adottato dal loro Governo.

Perché dico ciò? Io vedo il grimaldello che può scardinare il sistema sanitario nazionale soprattutto in quelle sperimentazioni gestionali che voi, con due righe di decreto, avete messo fuori dai principi generali della Costituzione e del servizio sanitario nazionale. Perché vedo lì il pericolo? Perché lì, attraverso quella operazione, è possibile che la singola regione, senza nessun filtro, nemmeno della Conferenza Stato-regioni (non dico dello Stato: siamo in tempi di federalismo), sperimenti forme di gestione di qualsiasi tipo. Essa può affidare un ospedale ad un privato, può mettersi d'accordo con un'assicurazione e così via, introducendo nella gestione della sanità una serie di distorsioni che farebbero perdere presto alla sanità quei caratteri di universalità che il nostro sistema finora ha garantito. Questo non lo dico io, lo dice il ministro Sirchia.

Guardiamo qual è la proposta del ministro Sirchia per gli istituti di ricovero a carattere scientifico. Il ministro Sirchia propone di affidare 15 istituti di ricovero a carattere scientifico — il meglio della sanità italiana: il Gaslini di Genova, il Regina Elena, il San Gallicano, l'Istituto tumori di Milano, e quant'altro — a fondazioni nelle quali non entrano le fondazioni bancarie — lì saremo d'accordo pure noi — ma entrano privati interessati alla sanità. A queste fondazioni passerà la proprietà della struttura di questi istituti e la gestione di questi ultimi sarà affidata ai privati. Questo è il progetto di Sirchia, queste sono le sperimentazioni gestionali: le strutture di eccellenza della sanità ita-

liana vengono privatizzate. E dopo di esse i policlinici, come dice il ministro, e poi gli ospedali, come dice il decreto.

Quando dentro gli organismi di gestione di strutture così importanti ci sono gruppi finanziari privati, che non stanno lì per fare beneficenza ma per fare i loro interessi, le finalità della ricerca, le finalità dell'assistenza, chi le definisce? La multinazionale? Il gruppo che ha le cliniche private? Quei caratteri di universalismo, che il servizio sanitario nazionale deve mantenere, quegli obiettivi che devono guardare solo al diritto alla salute dei cittadini dove vanno a finire? Voi state introducendo nel sistema delle distorsioni estremamente pericolose, che possono in poco tempo snaturare e fare del servizio sanitario qualcosa di molto diverso da quello che è adesso. Questo decreto-legge apre le porte ad un processo di smantellamento e di snaturamento del servizio sanitario nazionale. Voi dite che non è vero? Allora dimostatelo! Lo potete dimostrare in una sola maniera: accettando il confronto, accogliendo almeno quegli emendamenti che anche voi condividete. È inutile proporci l'ordine del giorno; condividete i nostri emendamenti! Discutiamone e approviamoli! I tempi ci sono, a voi, naturalmente, la scelta. Ma è chiaro che, se la vostra scelta sarà una scelta di chiusura e di blindatura, vuol dire che quelle finalità di cui parlavo prima stanno tutte dentro a questo decreto. Allora, sarebbe molto più onesto che, invece di smantellare il sistema attraverso singole norme, commi o virgole, che si spostano da una parte all'altra, il Governo presentasse un disegno di legge di riorganizzazione della sanità italiana. Così almeno tutto sarebbe più chiaro. Noi ci potremmo confrontare su una proposta concreta ed i cittadini italiani saprebbero almeno quale sarà il futuro della loro salute e come lo Stato ed il vostro Governo intendano tutelarla.

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

TIZIANA VALPIANA. Signor Presidente, anch'io, come i colleghi che mi

hanno preceduto, volevo basare il mio intervento di analisi critica di questo decreto-legge su considerazioni legate a quel diritto alla salute che, per fortuna e nonostante tutto, l'articolo 32 della nostra Costituzione continua a garantire. Mentre so che il relatore, il presidente della Commissione e i pochi colleghi che sono presenti potranno comprendere, se non condividere (forse sarebbe chiedere troppo), fino in fondo, le mie argomentazioni, mi chiedo quali utilità possano avere delle considerazioni basate sulla ricerca di una migliore risposta ai bisogni di salute dei cittadini, quando gli interlocutori del Governo, che abbiamo di fronte, con tutto il rispetto che io ho per ogni membro del Governo, sono rappresentanti solo da ministeri economici.

Anche in questo, io credo, che si dimostri, chiaramente, l'arroganza di questo Governo. Con un titolo tanto generico quanto eloquente « interventi urgenti in materia di spesa sanitaria » (e di quanto poco siano urgenti alcuni di questi interventi parleremo man mano che si presenteranno e man mano che discuteremo dei nostri emendamenti), si ridisegna e si smantella il servizio sanitario nazionale a partire solo da variabili economiche; il tutto senza che, mai, il ministro della salute, almeno per quel che riguarda questo ramo del Parlamento, si sia fatto vivo con noi. Il sottosegretario Guidi, la cui sensibilità sui temi che riguardano i bisogni e la doverosa risposta in termini di uguaglianza e di pari opportunità dei cittadini che lo Stato è tenuto a dare è da tutti conosciuta, ha mostrato bene, ieri sera, in Commissione, il proprio disagio a giocare la parte che gli era stata assegnata, tanto che non è mai intervenuto, se non qualche volta per annuire; allo stesso modo, abbiamo percepito palpabilmente, ieri sera, l'imbarazzo del relatore Massidda, che era in grandissima difficoltà nel difendere principi che, per averlo a lungo conosciuto ed averlo avuto come collega — tra l'altro, nella scorsa legislatura, pur da parti opposte eravamo entrambi all'opposizione — sappiamo non condividere; come pure sappiamo che non condivide le cose

che ha dovuto sostenere come relatore e che ha dovuto dare pareri negativi ad alcuni emendamenti che noi dell'attuale minoranza abbiamo presentato e che il collega Fioroni, che probabilmente ha più memoria di me, ha ricordato e dimostrato non essere altro che riproposizioni, da parte nostra, questa volta, di emendamenti che proprio il Polo, proprio il collega Massidda aveva presentato durante la discussione della riforma-ter.

Sfruttando l'occasione della discussione generale su questo decreto-legge, dal punto di vista della salute e della valorizzazione del servizio sanitario nazionale, che io non posso e non voglio, per nessun motivo, considerare una variabile dipendente di valutazione economica, mi dovrò rivolgere per forza a loro.

Ieri, purtroppo, questa Camera — ma evidentemente dobbiamo rispettare ogni decisione del Parlamento — ha respinto le pregiudiziali di costituzionalità, che, a mio avviso, erano particolarmente fondate. La nostra Costituzione tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, quindi, a partire da questo, credo che un buon sistema sanitario dovrebbe essere fondato su tre principali elementi: prima di tutto deve essere un sistema efficace, cioè produrre risultati di salute così come dice la riforma sanitaria del 1978, in termini, a cui credo si dovrebbe ancora far riferimento, di prevenzione, di cure e di riabilitazione; in secondo luogo, deve essere un sistema economico, nel senso che non si deve spendere più di quanto non sia necessario in rapporto alla qualità e all'efficacia; in terzo luogo, deve essere un sistema condiviso dai cittadini, vale a dire che la popolazione deve sentire questo sistema come suo, non deve essere un sistema di difficile accesso, non deve essere un sistema ostile e non deve, e non può, essere discriminante.

Sul primo punto, quello dell'efficacia del sistema sanitario, lo hanno detto anche i colleghi che mi hanno preceduto, gli indicatori principali di salute, usati per definire l'efficacia, ci dicono che l'Italia (lo

dice l'Organizzazione mondiale per la sanità) è ai primi posti fra i paesi occidentali.

Per quanto riguarda il secondo punto, cioè l'efficacia della spesa in rapporto agli effetti della spesa stessa, ancora meglio, perché l'Italia dedica alla sanità pubblica una quantità di risorse molto bassa in relazione al PIL. Quanto al livello di soddisfazione da parte dei cittadini (questa è una cosa ancora più difficile da dimostrare), siamo messi un po' male, perché se l'insoddisfazione si manifesta più che altro a livello scandalistico per i casi negativi che ogni tanto saltano fuori, quando andiamo ad affrontare il tema, realmente, vediamo che la popolazione, gli utenti, i pazienti del servizio sanitario nazionale non si pongono il problema di cambiare il sistema sanitario nazionale ma solo di migliorarlo.

In questi anni, abbiamo però visto che, purtroppo, la propaganda della destra, l'incertezza del centrosinistra e, soprattutto, la tenacia ideologica di alcune persone — tra cui comprendo sicuramente il presidente della regione Lombardia ed il presidente della mia regione, il Veneto — si sono mosse in questa direzione, instillando ad arte una sfiducia nel servizio sanitario nazionale che, se consideriamo i risultati da questo conseguiti nel nostro paese, non ha invece ragion d'essere.

Si è già detto che la spesa sanitaria in Italia è molto bassa, soprattutto se si considera esclusivamente la spesa pubblica. Non è più sufficiente dire che occorre eliminare gli sprechi — sicuramente ancora presenti — ma dobbiamo prima di tutto porci il problema dell'adeguamento della spesa, altrimenti la spinta verso il privato ed il sistema assicurativo si farà sicuramente più pressante. Abbiamo affrontato anche questo tema nella riforma, ed il decreto legislativo n. 229, quando ha affrontato tale problematica, ha parlato di contestualità nel determinare i livelli essenziali di assistenza — che allora noi avevamo chiamato uniformi ed appropriati — e la spesa. Qui non parliamo più né di uniformità né di appropriatezza dei livelli: parliamo di livelli essenziali, e temo

che tra poco arriveremo a parlare di livelli compatibili, compatibili con la spesa e non con le necessità della salute.

Chiaramente, il diritto all'assistenza va collegato allo stato di bisogno, e non al meccanismo di finanziamento come, invece, si cerca di fare in questo decreto-legge. Per questo, la definizione dei LEA non può che essere il risultato di un confronto ampio, di un processo partecipato, di una riflessione complessiva su ciò che è socialmente accettabile. Si tratta di un tema che riguarda i diritti dei cittadini, gli scopi del sistema sanitario, la responsabilità degli operatori e di tutti gli individui. Abbiamo discusso e stiamo discutendo di questo tema da anni; oggi è il 9 novembre, e nel decreto voi dite che entro il 30 novembre, cioè tra circa venti giorni, con un decreto del Presidente del Consiglio questi verranno definiti, senza discussione, senza dibattito nel paese. Saranno definiti per via amministrativa, per cui qualsiasi cittadino che vorrà ricorrere al TAR avrà soddisfazione in ciò; resta il fatto che essi verranno decisi in venti giorni ed in maniera autocratica dal Presidente del Consiglio.

Un'altra considerazione che vorrei svolgere — per poi entrare nel merito — riguarda il clima politico che si è determinato in questi anni ed in questi mesi con il mutamento della maggioranza di Governo e con la modifica costituzionale; il mio partito ha cercato di avversare quest'ultima per quanto ha potuto, senza però riuscire nell'intento, e quindi oggi si adegua e si rimette alle decisioni della maggioranza parlamentare e, soprattutto, alla volontà popolare che, tramite un referendum, ha ratificato tale modifica. A nostro avviso, la modificazione costituzionale in materia di federalismo ed il principio di sussidiarietà insito nell'articolo 117 hanno comunque fatto sì che le regioni, ed in particolare quelle governate dalla destra, si sentano già libere, già al di là della legge, e stiano già agendo in maniera sanitaria come vogliono. Mi sembra particolarmente interessante, da questo punto di vista, ricordare una frase scritta in una delibera della giunta regio-

nale della Lombardia del febbraio scorso, delibera sulla presentazione alla Conferenza Stato-regioni del progetto di sperimentazione gestionale di cui ha già ampiamente parlato il collega Battaglia. Tale delibera recita che il dettato normativo rappresentato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, che ha portato sostanziali modifiche dell'impianto organizzativo disegnato e proposto dai precedenti decreti di riordino, presenta in alcuni articoli un'oggettiva incompatibilità con la legge regionale. Con ciò si stravolgono completamente i termini della questione, in quanto si dice, in altri termini, che la legge nazionale o deve essere cambiata o che, comunque, nell'attuale formulazione — come sta avvenendo — non deve essere applicata, in quanto incompatibile con una norma regionale. Si tratta quindi di un totale stravolgimento dei termini.

Dal mio punto di vista, ritengo che questa scelta legislativa — operata, purtroppo, dal centrosinistra insieme a quella, altrettanto sbagliata, dell'abolizione del Ministero della sanità — sia stata una scelta di cui non si erano misurate fino in fondo le conseguenze. Credo che oggi si sia aperto un varco che permette di portare avanti determinate scelte. Tali scelte, quindi, verranno rivendicate dalle regioni, non solo per determinare opzioni differenti e, quindi, criteri diversi nelle 20 regioni, ma addirittura per non dare seguito a decisioni che dovrebbero essere assunte in campo nazionale.

Abbiamo detto prima — ed anche i colleghi che mi hanno preceduto l'anno ribadito — che il nostro servizio sanitario nazionale — che tutti riconosciamo necessitare di miglioramenti e di correttivi — è, comunque, al secondo posto nella classifica elaborata dall'OMS. Dovrebbe, quindi, essere preso a modello e migliorato e non smontato pezzo per pezzo, come si cerca di fare con questo decreto, ispirandosi al modello americano (e mi sembra che ci stiamo ispirando a tale modello per troppe cose, alcune delle quali anche drammatiche) o « Formigiano » (che, forse è lo

stesso) che tanti guasti e tante ingiustizie, soprattutto a danno dei più deboli, sta producendo.

Dal punto di vista della questione del finanziamento, prendendo atto dell'incremento al 5,8 del PIL degli stanziamenti previsti con l'accordo Stato-regioni dell'8 agosto scorso, in realtà si produrrà una riduzione di risorse per le regioni pari a 6000 miliardi, a seguito della previsione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica del 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. Questa riduzione di risorse produrrà effetti evidenti sulle regioni meno responsabilizzate rispetto al controllo della spesa sanitaria.

Il provvedimento in esame determinerà una devoluzione selvaggia, in quanto introduce la facoltà per le regioni di decidere su aspetti fondamentali per la definizione dei livelli di assistenza farmaceutica che potranno, quindi, essere diversi tra le varie regioni. Ad un unico sistema in cui ogni cittadino vede riconosciuti i propri diritti in ogni regione, indipendentemente da quella in cui risiede, il provvedimento in esame sostituisce diritti variabili in relazione alla regione di provenienza del paziente. Come diceva prima la collega Labate molto intelligentemente, dovremo fornirci di passaporto, altrimenti ognuno di noi « sfonderà » nelle regioni vicine per avere maggiori servizi farmaceutici o sanitari.

Le regioni più irresponsabili dal punto di vista della spesa sanitaria non riusciranno sicuramente a ridurre le loro spese, mentre le regioni più responsabili potranno rispettare le disposizioni contenute nel decreto-legge o riducendo il livello delle prestazioni o aumentando i ticket. Quindi, le regioni sono costrette, in pratica, a ridurre il livello dei servizi offerti e ad aumentare il prezzo delle prestazioni, incrementando, quindi, la disuguaglianza tra i cittadini nel nostro paese.

In assenza di efficaci strumenti di controllo della spesa, l'introduzione di tetti di spesa rappresenta solo una previsione contabile, mentre il problema centrale della

spesa farmaceutica — che voi qui non affrontate assolutamente — è rappresentata dai prescrittori dei farmaci.

Lo strumento più idoneo per il contenimento della spesa avrebbe dovuto essere non già un tetto sulla spesa farmaceutica, ma un'efficace politica formativa per responsabilizzare i prescrittori. Qui, invece, avete scelto solo misure che penalizzano il cittadino che acquista il farmaco e non coinvolgono per nulla la responsabilità di chi prescrive farmaci. Sarebbe stato più equo, invece, rafforzare il sistema dei controlli sui prescrittori.

Ancora una volta, si è fatto riferimento ad un accordo Stato-regioni, che tanto avete citato ma che poi, altrettanto facilmente, in questo decreto avete superato e modificato. È dunque l'ennesimo provvedimento che premia sia le regioni che hanno agito negli anni precedenti con responsabilità sia quelle che hanno provocato i disavanzi.

Questo provvedimento — l'abbiamo già detto — presenta un elemento positivo apprezzabile, che è dato dall'incremento della quota del PIL destinato alla sanità. Tuttavia, accanto a quest'unico aspetto positivo, vi sono i segni evidenti di una serie di cambiamenti che porteranno nel corso degli anni a un peggioramento radicale nell'assetto dei servizi e nell'organizzazione di un settore così importante che risponde ai diritti fondamentali dei cittadini.

Rifondazione comunista intende contrastare ogni tentativo, diretto o mascherato, di riduzione della spesa sanitaria pubblica. Anzi, lavoriamo attivamente affinché in Italia si raggiunga una spesa pari a quella degli altri paesi europei o, almeno, che tenda ad avvicinarsi ad essa. Vogliamo fare riferimento a paesi come la Germania e la Francia che spendono per la sanità circa il 10 per cento del loro prodotto interno lordo. È per questo che uno dei nostri emendamenti propone di trovare come riferimento credibile l'8 per cento che consente di tenere conto dell'attuale 6 per cento in termini reali della spesa sanitaria, considerato che il 5,6 per cento è al netto del deficit delle regioni e

vi è anche un 2 per cento di spesa sanitaria privata. È per questo motivo che un altro nostro emendamento propone di basare gli incrementi di spesa per gli esercizi 2003-2004 sul tasso di inflazione reale e non sul tasso di inflazione programmata indicato dal DPEF.

Certamente, oltre al problema della quantità esiste anche quello della qualità della spesa e, quindi, di qualificazione della spesa sanitaria. Bisogna, infatti, evitare di alimentare gli appetiti delle multinazionali del farmaco, delle *lobby* professionali e delle aziende ospedaliere private che aleggiano ovunque, però, nel decreto governativo.

Con questo decreto non si interviene affatto sul controllo della spesa sanitaria, mentre si introducono elementi che intaccano profondamente l'unitarietà del servizio nazionale. Sono cambiamenti che porteranno ad una drastica limitazione di quello standard di servizi giudicato essenziale nel nostro paese per rispondere al diritto fondamentale della salute. Si tratta di un diritto costituzionalmente riconosciuto e che dovrebbe sempre più essere ampliato e non ridotto ma, soprattutto, non dovrebbe essere differenziato in modo iniquo — come voi fate — tra le diverse realtà regionali, con le contraddizioni presenti ovunque in questo decreto che, accanto ad un apparente riconoscimento del ruolo regionale, impone una forte ingerenza centralista con un'inversione profonda dello stesso concetto di patto di stabilità. Tale inversione di impostazione del patto di stabilità rappresenta una forma di ingerenza nei poteri delle regioni che voi stessi avete riconosciuto.

È vero che è importante ed opportuno che le regioni siano richiamate al rispetto dei limiti di indebitamento. Tuttavia, nel rispetto di tali limiti, proprio a partire dal vostro spiccato federalismo e regionalismo, non dovrebbero essere vincolate ad un tetto di crescita della spesa sanitaria. Invece di aiutare le regioni a governare la spesa sanitaria e, quindi, a controllare ed a conoscere i flussi ed i meccanismi di crescita delle diverse componenti, voi semplicemente riducete tale spesa tramite ta-

gli, non certo chirurgici, ma fatti con l'accetta. Avete imposto un tetto di spesa — cosa che, in passato, dai banchi dell'opposizione, molti colleghi che oggi sono assolutamente silenziosi hanno fortemente osteggiato — che non è un meccanismo di governo, ma un meccanismo di contenimento che configura una razionalizzazione brutale.

Voi qui dite: questo è il tetto di spesa e tutto il resto non esiste; questa è la riduzione che vi chiediamo e tutto il resto non esiste; questa è l'imposizione del pareggio di bilancio ai singoli presidi ospedalieri, alle singole aziende e potete prendere qualunque decisione vogliate per arrivare purché la spesa si mantenga entro quel tetto. Questo non è governare la spesa, questo vuol dire consegnare la salute dei nostri concittadini e le scelte nel campo del servizio sanitario nazionale al Ministero del tesoro.

Vi è sempre stata — lo sappiamo tutti, meglio di tutti, forse, la collega Bindi che in questo momento non c'è — una forte divergenza tra Ministeri del welfare, Ministeri della sanità e Ministeri del bilancio e del tesoro e vi sono sempre state dinamiche conflittuali perché gli obiettivi sono diversi. Però, oggi, in questa sede, il Ministero della salute non è rappresentato, non è neanche nominato e non è stato chiamato a fare questo decreto perché qui si parla solo di vincoli indicati dal Tesoro. In questo come in altri campi, per il Governo Berlusconi, è il Ministero del tesoro a dettare le linee di politica. Noi non lo riteniamo accettabile in particolare per la sanità, come non lo riteniamo accettabile per la scuola e per altre scelte che state facendo. L'unico obiettivo perseguito dal vostro Governo è quello di ridurre le prestazioni.

Per la spesa sanitaria abbiamo trovato solo un tetto rigido che sappiamo già, *a priori*, non sarà rispettabile ma andrà a ridurre drasticamente le risposte ai bisogni dei cittadini. Quelle che sto formulando non sono delle calunnie o delle malevoli interpretazioni di un membro dell'opposizione, perché lo stesso testo normativo evidenzia alcune tendenze. Ad

esempio, è stato soppresso l'aggettivo « uniformi » con riferimento ai livelli essenziali di assistenza, perché l'abolizione di tale parola significa, forse, che i livelli saranno eterogenei e che, per voi, i cittadini non saranno più uguali.

In tutto il provvedimento serpeggiano continuamente queste due tendenze, da una parte la centralizzazione nell'imposizione di vincoli e, dall'altra, la *devolution selvaggia*, che comporterà un'iniqua differenziazione nelle risposte ai diritti essenziali, con livelli non più appropriati ed uniformi ma essenziali e, fra poco, diventeranno livelli sostenibili, cioè quelli che la sola spesa ci consentirà: di conseguenza, non vi sarà più il rispetto del diritto costituzionale ma quello della spesa.

In Lombardia, in Veneto e, per alcuni aspetti, in Piemonte, questo modello di deregolamentazione e di apertura selvaggia al privato ha già prodotto uno splafonamento pauroso della spesa: da un indebitamento di circa 300 miliardi nel 1995, si è passati ad un sfondamento del fondo regionale di 2.000 miliardi; adesso, chi li pagherà? Chi pagherà la mancata programmazione e il mancato controllo della spesa che il modello sanitario lombardo — tanto declamato, che, in questo caso, volete ricostituire in tutte le regioni — ha evidenziato?

Con il varo di questo provvedimento — abbiamo cercato di spiegarvelo ieri e credo che l'abbiate capito ma non potete ammetterlo — si sta violando la Costituzione italiana, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività, come garanzia del diritto universale alle cure, senza differenza di reddito: è il trionfo del modello americano.

Con l'ulteriore passaggio di frantumazione del servizio sanitario nazionale in venti diversi sistemi sanitari regionali — altro che la salvaguardia del diritto universale — avremo servizi sanitari pubblici ridotti per i poveri mentre gli altri cittadini saranno costretti a rivolgersi alle assicurazioni private, ottenendo prestazioni differenziate tipiche delle strutture sanitarie private: buone per chi ha i soldi,

mediocri per i ceti più deboli dei lavoratori e dei pensionati e nulle per chi non si potrà permettere alcunché.

Con il provvedimento al nostro esame — è stato già sostenuto da tutti i colleghi e ritengo sia importante ribadirlo — rinviate di un anno l'eliminazione dei ticket sulla diagnostica e sulla specialistica che il gruppo di Rifondazione comunista aveva ottenuto nella finanziaria di un anno fa e, se non vorrete che siano tagliati i servizi, non solo è probabile che in futuro questo rinvio diventi una soppressione ma si apre la strada ai nuovi ticket (da questo punto di vista c'è un'indicazione precisa) introdotti dalle regioni.

Per i malati acuti si riducono i posti letto del 10 per cento — quando già sappiamo che nei nostri ospedali, gli stessi mancano per i lungodegenti — e, a tutto ciò, seguirà anche la conseguente messa in mobilità di migliaia di lavoratori e lavoratrici della sanità. Infatti, la parola « prioritariamente » inserita nel testo la dice lunga sul fatto che non tutti i lavoratori — quelli che voi, con una parola orribile, chiamate gli esuberanti — troveranno collocazione nei servizi sul territorio, che sappiamo non esserci in tutte le regioni.

Con questo decreto-legge si cacciano i pazienti non guariti e, nel contempo, migliaia di lavoratori dagli ospedali, si dimezzano i farmaci prescrittibili su un'unica ricetta: si tratta di un'angheria che — dal momento in cui non esiste più il ticket sulla ricetta, non ha neanche motivo di essere — ancora una volta colpirà i soggetti più deboli, costretti ad andare più volte dal medico e in farmacia, con i conseguenti disagi.

Il rischio è di avere come modello il Galeazzi, dove si effettuavano 30.000 trattamenti in camera iperbarica e sappiamo che di questi — su tale episodio nella scorsa legislatura abbiamo avviato in Commissione una indagine conoscitiva — pochissimi erano appropriati; i trattamenti non veramente necessari, non appropriati né uniformi, costituiscono, però, sicuri profitti per i padroni della sanità.

Il Senato — l'abbiamo visto prima — ha occupato molto tempo per esaminare que-

sto decreto-legge e tutti noi abbiamo dovuto leggere un paio di volte i titoli dei giornali, due settimane fa, quando leggevamo che era stato trovato l'accordo tra il Governo e la maggioranza. Credevamo di leggere male o che fosse sbagliato il titolo del giornale, ma era proprio così, si è perso molto tempo al Senato perché non c'era accordo tra il Governo e la sua maggioranza su questo punto. E la conseguenza è che, qui alla Camera, non ci è dato il tempo per discutere questo decreto-legge.

Ieri sera la discussione degli emendamenti è stata concentrata in pochissimo tempo e, sinceramente, abbiamo il timore che, per impedirci anche in aula ogni modifica, il Governo voglia porre la questione di fiducia su questo decreto-legge. Noi vi consigliamo di non farlo, perché ci sono margini di cambiamento, c'è la possibilità di accordi — anche ieri sera il relatore ci ha fatto intravedere piccole aperture — per apportare poche ed essenziali modifiche in questa sede e, nel contempo, giungere ad un accordo per arrivare, al Senato, ad una discussione che, in una giornata, potrebbe rivedere alcuni punti su cui tutti siamo d'accordo.

Non affronto, perché l'abbiamo già fatto ieri, il discorso dell'assoluta inadeguatezza di questo testo che ci viene presentato oggi rispetto al nuovo articolo 117 del titolo V della Costituzione che, per ironia della sorte, entra in vigore proprio oggi. Infatti, un decreto-legge scritto prima, sulla base di criteri validi in precedenza, non può più essere valido a Costituzione vigente. Dunque, anche da questo punto di vista, avreste un'ottima scusa per ritirare e rivedere questo provvedimento, ripresentando nella finanziaria gli aspetti economici e finanziari della questione e lasciando ad un secondo momento, con maggiore riflessione, gli aspetti di riorganizzazione del servizio sanitario nazionale. Tuttavia, capisco benissimo che, probabilmente, per voi i tempi sono già avanzati e che non sarete disponibili ad agire in tal senso.

Avete presentato questo decreto-legge come recepimento dei contenuti dell'ac-

cordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001 ma, oggi, ci dite che questo decreto-legge è assolutamente blindato, che non è possibile cambiare nulla, mentre l'accordo Stato-regioni, con i cambiamenti che sono stati apportati al Senato, è stato disatteso e ciò proprio grazie al maxiemendamento del Governo.

Accanto a questi aspetti di fondo, che ho cercato di illustrare e che hanno illustrato i colleghi prima di me, all'interno di questo provvedimento sono contenute anche altre misure inadeguate, ripetitive e inutili, ad esempio: le disposizioni concernenti il pareggio di bilancio delle aziende sanitarie e ospedaliere e la responsabilità dei direttori generali nonché le disposizioni concernenti l'acquisto di beni e servizi.

In sostanza, la reintroduzione dei ticket — che avviene sia posticipando l'entrata in vigore delle misure volte all'eliminazione del ticket sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche sia riconoscendo la facoltà alle regioni di disporre misure di partecipazione degli assistiti alla spesa sanitaria — si realizza senza fare alcun riferimento ai redditi ed alla composizione delle famiglie, dunque, in maniera uguale per tutti e profondamente ingiusta, nonostante le numerosissime volte in cui fate riferimento alle vostre politiche per la famiglia e all'attenzione che avreste per la stessa.

In conclusione di questo mio intervento vorrei, dunque, invitare ancora una volta il relatore e il Governo ad essere disponibili al dialogo e a non essere così chiusi, alla Camera, come vi siete dimostrati finora in tutta questa vicenda, cercando di trovare qualche punto di incontro su alcune pochissime modifiche che sono indispensabili per difendere i principi del servizio sanitario nazionale, messi in discussione e brutalmente attaccati da questo pessimo provvedimento.

Infatti, nelle critiche — lo abbiamo visto e lo sentiamo anche nel silenzio di oggi — vi sono alcune convergenze tra minoranza e maggioranza che potremmo affrontare insieme. Ci sarebbe il tempo di farlo.

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

GIUSEPPE FIORONI. Signor Presidente, onorevole relatore, colleghi, vorrei sottolineare la scarsa presenza di colleghi in aula, l'assenza del ministro della salute e dei due sottosegretari di Stato nonché il clima depresso in cui è avvenuto il dibattito ieri. Una depressione simile in Commissione non si vedeva da anni, e forse è dovuta alla consapevolezza di essere chiamati a votare e ad approvare non soltanto qualcosa che non si condivide, ma anche qualcosa che stravolgerà la vita di milioni di italiani.

Vedete, a differenza dell'onorevole Labate, io non sono meravigliato per il fatto che qui non sia presente il ministro Sirchia, né alcuno dei sottosegretari di Stato al Ministero della salute: non avrei capito né l'opportunità né la motivazione della loro presenza. Si viene in aula a rappresentare il Governo quando si ha da difendere un provvedimento che ci riguarda direttamente e che ci ha visti artefici delle scelte in esso contenute. Appare sempre più chiaro come il provvedimento d'urgenza che ha istituito il Ministero della salute in questo paese servisse, esclusivamente, a soddisfare l'esigenza di poltrone della maggioranza e non intendesse, certamente, fornire, alla tutela ed alla cura della salute dei cittadini italiani, lo spazio e l'attenzione che tali argomenti meritano. Quindi, le assenze di oggi rappresentano un fatto conseguente. Sono qui presenti coloro che si assumono, di fronte al paese, la responsabilità di un decreto-legge che nulla ha a che vedere con la salute dei cittadini italiani. Credo che questo sia l'elemento più importante da sottolineare.

Signor Presidente, con il provvedimento che l'Assemblea si accinge ad approvare nel corso della prossima settimana, si introduce un cambiamento culturale profondo e drammatico per il nostro paese: è, infatti, la prima volta che, quando si parla di salute e, quindi, di cittadini malati, si applicano le categorie economiche del rapporto costo-beneficio e del profitto. È noto a tutti: non bisogna essere illuminati eco-

nomisti, come il ministro Tremonti o i suoi sottosegretari di Stato, per comprendere che, purtroppo, curare gli ammalati, in nove casi su dieci, non è remunerativo, né conveniente e, sicuramente, non genera né profitto né *business*. Un decreto-legge che cambia la filosofia, trasformando la tutela della salute in un problema di rendiconto dello Stato, che deve andare in pareggio, che applica alle categorie della cura dei malati i criteri dell'economicità, del profitto e del reddito; non mi meraviglio, dunque, che questo provvedimento tagli non la spesa ma il diritto alla salute dei cittadini italiani. E ciò è tanto vero, che è stato introdotto un articolo molto banale: mi riferisco all'articolo 12, che, se così non fosse, non sarebbe stato scritto.

Non contenti del contenuto del decreto-legge, nella norma finale i legislatori hanno scritto, giustamente attribuendosene i meriti, cosa intendano ottenere con questo provvedimento: « i principi desumibili dal presente decreto costituiscono norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica ». In effetti, si tratta di una riforma economico-sociale a pieno titolo: si smantella il *welfare* e si riscrive l'articolo 32 della Costituzione, in maniera surrettizia, negando al cittadino italiano la certezza di essere curato ed assistito, a prescindere dai soldi che ha in tasca e dal luogo in cui è nato. Si dà vita, in tal modo, a qualcosa di profondamente diverso, che fonda la stessa esistenza del *welfare* e l'assistenza e la cura della salute del malato, non più sull'obbligo costituzionale dello Stato e delle regioni ma su una valutazione di natura economica. E si sa bene che l'economia non ammette sconti, non consente che qualcuno resti indietro, e soprattutto che non fa carità, né che è un buon samaritano.

Questo è il motivo per cui oggi il ministro della salute non è presente in aula: nell'attuale Governo non c'è più la necessità di un Ministero della salute; serve, invece, un ragioniere contabile, per eseguire i dettami che consentano di curare soltanto ciò che è vantaggioso e di mantenere nel sistema della sanità esclusivamente chi fa profitto. Peccato che i

malati italiani, come quelli di tutto il mondo, difficilmente riescano a produrre profitto per qualcuno!

Si fa riferimento al patto di stabilità dell'8 agosto (mai patto fu più scellerato), siglato nella Conferenza Stato-regioni. Qui, per un piatto di lenticchie, gli assessori regionali ed il ministro del tesoro hanno firmato un accordo dove, per andare a coprire 7.800 miliardi, di presunto avanzo rispetto alle previsioni del 2001, e per quattro manciate di soldi in più per il 2002 e il 2003, hanno sostanzialmente svenduto il sistema sanitario nazionale, universale e solidaristico, di questo paese. Tra l'altro, sappiamo benissimo che quelle cifre sono false. Non si tratta di 7.800 miliardi, perché quella stessa previsione è già oggi sottostimata: possiamo decidere se citare le dichiarazioni del presidente Ghigo (che notoriamente non è uomo appartenente alla mia parte politica) o del presidente Fitto, che ci evidenziano che lo sfioramento è ben oltre i 7.800 miliardi. Infatti, dopo poco meno di sei mesi, a quella cifra bisogna aggiungere perlomeno altri 2000 miliardi per cui anche questo decreto « massacra sanità » non è in grado di consentire recuperi.

Perché ho parlato di rivoluzione culturale ai danni dei malati italiani? È la prima volta che in una legge dello Stato si scrive con dovizia di particolari un termine come « Livelli essenziali di assistenza ». Nella precedente legislatura (il collega relatore Massidda era molto attento, si spiegava l'utilizzo del termine di livello essenziale parlando di cura; noi tutti sappiamo che quando un cittadino è malato non curiamo una malattia generica ma l'uomo che ci sta davanti, sappiamo che il malato ha bisogno di essere curato così com'è, e l'unico modo per rispettare la cura del cittadino malato è dargli ciò che per lui è appropriato, efficiente ed efficace. Allora si può pensare di parlare di livelli appropriati di assistenza, di livelli efficaci di assistenza, di livelli uniformi di assistenza sul territorio nazionale appropriati ed efficaci per il malato, e che, a parità di efficacia e di appropriatezza,

rispettino anche criteri di economicità. Tutto ciò qui scompare e si parla di livelli essenziali.

Il livello essenziale, come dice la parola stessa, significa qualcosa di minimo, un passaggio stravolgente, per cui, in questo paese, gli italiani non saranno più curati in base ai soldi resi necessari dalla domanda della loro salute — e quindi bisogna trovare l'offerta rispondente alla loro domanda di salute — ma sulla base delle disponibilità che preventivamente saranno messe a disposizione. Pertanto, se sono state messe a disposizione 100 lire, è ovvio che quello che verrà stabilito saranno i livelli essenziali, cioè qualcosa di minimale che potrà garantirgli la cura, avendone predeterminato quei quattro soldi che si possono spendere.

Tuttavia, la domanda più drammatica è la seguente: chi fisserà questi livelli essenziali? Nella scorsa legislatura, fui tra coloro che proposero l'individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici in questo paese, tra l'altro mutuandoli dal modello americano e anglosassone, mutuandoli, ahimé, da quella « splendida sanità » fatta dalle assicurazioni americane, la quale prevede, giustamente, che non ci sia un'ulcera gastrica piemontese e una valdostana; essendo infatti uguali, si possano stabilire concretamente quali sono i criteri di diagnosi per ciascuna patologia e quali sono le oggettive possibilità di cura, prendendole come punto di riferimento e lasciando poi al medico la possibilità di poterle modificare in presenza del malato e non più della malattia generica. In ogni caso, i percorsi diagnostici e terapeutici servivano per stabilire l'entità della spesa e garantire i livelli appropriati ed uniformi di assistenza.

Invece, siccome abbiamo quattro lire da spendere, noi definiamo i livelli essenziali che, giustamente non saranno più definiti dalle società scientifiche, dai medici di famiglia, dalle strutture mediche universitarie. Volendo essi salvare la faccia e pensare ancora che in questo paese ci sia la necessità di curare i malati, non saranno più definiti da questi « sprovveduti » dell'assistenza sanitaria nel nostro paese,

ma, molto probabilmente, dal sottosegretario Vegas, dal ministro Tremonti, dall'assessore Bissoni, che, notoriamente, sono estremamente competenti a stabilire quali saranno i livelli di prestazioni terapeutiche essenziali con cui gli italiani dovranno essere curati.

Anche qui la cosa non mi meraviglia perché la materia che stiamo disciplinando non è la necessità di curare il malato, ma di far quadrare i conti con i quattro soldi che ci sono. Credo, allora, che anche Tremonti, Vegas e Bissoni possano tranquillamente prendersi la laurea *honoris causa* in medicina, perché sicuramente saranno maggiormente in grado, rispetto a chi fa per professione il medico, di definire come gli italiani debbano essere curati.

Peccato che allora la Casa delle libertà insorse sostenendo che si trattava di una manovra bulgara. Oggi, invece, la definizione dei LEA, entro il 30 novembre, viene effettuata da personaggi che nulla hanno a che fare per professionalità, per capacità e per competenze scientifiche con la tutela e la cura della salute dei cittadini; questo per la Casa delle libertà non rappresenta nemmeno lontanamente un problema lesivo.

Abbiamo assistito ad una campagna elettorale in cui si parlava di introdurre — udite udite! — un fantomatico buono salute che, come ci hanno spiegato le ultime tre righe della monografia della famiglia Berlusconi ed anche la splendida relazione del ministro Maroni — sarebbe servito a dare agli italiani, ai poveri, oltre a tutto quello che già avevano, l'opportunità di poter entrare qualche volta nelle case di cura private costruite per i ricchi. Se questo rappresenta il meccanismo di applicazione, bisogna solo augurarsi di entrarci una volta e pregare Dio di non ammalarsi più, poiché in seguito si avrà solo l'opportunità di morire per strada, come già succede a chi in America non è in grado di pagarsi le assicurazioni.

L'altro aspetto estremamente preoccupante è rappresentato dall'applicazione di una strana forma di federalismo fiscale, che avviene all'indomani dell'approvazione

della legge di modifica costituzionale che assegna ruoli e competenze precise. Si concedono fondi — non finalizzati — alle regioni sapendo benissimo che, in media, l'80 per cento dei bilanci regionali è speso per tutelare la salute dei cittadini. Credo che, non senza preoccupazione, dobbiamo considerare che ciò comporterà nella sostanza una diversa utilizzazione di buona parte dei bilanci di rimessa dallo Stato che verranno impiegati per altri scopi, diversi da quelli relativi alla tutela della salute. Ecco perché, nell'ambito della Conferenza Stato-regioni, ci troviamo tutti d'accordo nel parlare di livelli essenziali e non più di cure appropriate per il cittadino. Saremo tutti compartecipi, lo Stato nel dare meno e le regioni nello stornare; credo che non sfugga a nessuno che curare bene una persona malata è meno gratificante, dal punto di vista elettorale, che realizzare una splendida strada, una splendida piscina o una bella manifestazione, salvo poi accorgerci tutti di quanto questa cosa sia evanescente, nel momento in cui, a ciascuno di noi, capiterà di passare dalla parte del sano a quella del malato. Credo che questo rappresenti un elemento di preoccupazione.

Nell'istituzione del Ministero della salute — oggi latitante — era stato previsto anche che lo stesso provvedesse ad un accurato monitoraggio di come le regioni avrebbero speso i soldi a loro disposizione e di come avrebbero attuato, con i loro piani sanitari regionali, le indicazioni derivanti dai piani sanitari nazionali. Era prevista anche una possibilità di intervento per garantire il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione; infatti, se ad un cittadino sfortunato capita di risiedere in una regione con amministratori incompetenti o incapaci, quest'ultimo non deve essere costretto a subire sulla propria pelle, sulla propria salute l'impossibilità di non poter essere curato in maniera appropriata. Ciò mal si concilia con la riduzione dei fondi, con i livelli essenziali di assistenza e con il fatto che, progressivamente, il Ministero della salute non andrà a monitorare più niente e non avrà neppure più nessun potere sostitutivo. Infatti,

una volta stabilite le quattro cose che con quei quattro soldi si potranno concedere ai cittadini, monitorare sarà facile e l'intervento consisterà solo nel prendere atto che una serie di cose sostanziali non esisteranno più.

C'è anche un altro aspetto che mi preoccupa: in quello scellerato accordo del 3 agosto, se per sbaglio le regioni sforeranno la spesa farmaceutica — la sforeranno tutte, l'hanno già sforata, non aspetteranno certo il 31 dicembre —, per avere diritto a questa elargizione di 7.800 miliardi, verrà messa in discussione un'altra partita che in un paese civile sembrava chiarita. Purtroppo, esistono dei cittadini malati che De Lorenzo ci aveva abituato a trattare secondo la logica del bilancio, la quale ci insegnava che, se un soggetto era contemporaneamente bisognoso di assistenza sociale e sanitaria, prima era importante capire chi pagava, poi subentrava il diritto soggettivo del malato ad ottenere l'assistenza integrata. Con ciò mi riferisco ai malati di AIDS, ai malati di mente, ai disabili gravi o gravissimi, ai tossicodipendenti. Questo decreto rimetterà tutto in discussione.

Quando le regioni non potranno mantenerli — o per farlo dovranno tagliare le prestazioni — queste cinque categorie di pazienti, che hanno il diritto di essere assistiti in maniera integrata, non riceveranno più le anticipazioni dal sistema sanitario nazionale né dalle stesse regioni; queste competenze ricadranno sui comuni e sulle province, ai sensi di una finanziaria che, già ai medesimi, ha cantato il *De profundis*. Credo sia veramente difficile spiegare che il Governo Berlusconi ha fatto un regalo ai pensionati — non si sa bene di quale età, di quale ceto, di quale gruppo o di quale parte del paese — aumentando loro la pensione da 940 mila lire ad un milione e contemporaneamente spiegare che non avranno più una infermiera a casa, l'assistente sociale o chi fa loro le pulizie; la prima cosa che i comuni dovranno tagliare sarà ciò che il sistema sanitario nazionale, nella sua capacità di dover razionalizzare, non riuscirà più a razionalizzare.

Per quanto riguarda la centrale degli acquisti, essa è una cosa splendida, paritorita in parte dal precedente Governo, in parte da questo. Sicuramente, i direttori generali delle aziende sanitarie di questo paese saranno stati cambiati tutti. Quindi non si può dire — se li citiamo a testimonianza — che siano di parte. Tuttavia, credo che non ve ne sia uno che abbia affermato di aver mai visto, in un paese civile, l'istituzione, a livello di ministero, dell'albo di coloro che potranno partecipare alla fornitura di tutti i beni e servizi in sanità. Dopo di che, la stessa Commissione determinerà anche, dopo aver scelto coloro che parteciperanno, quali sono i prezzi dei beni e servizi che saranno venduti.

In questo modo, non vi sarà una lira di risparmio; credo che, in maniera sentita, le piccole e medie imprese del nostro paese ringrazieranno il Governo Berlusconi — che aveva affermato che ne costituivano la spina dorsale — per averle fatte fuori da una fetta di mercato così significativo come quello della sanità; soprattutto credo che non ne avranno a guadagnare neanche la qualità, come tanti direttori generali d'Italia hanno affermato in documenti pubblici. Allora, se *business* c'è — queste cose non credo si facciano per spirito di solidarietà verso le multinazionali — ciò non appartiene ai malati, agli operatori sanitari ma a qualcun altro. Non ho dubbi che non appartenga al Governo! È una cosa che, forse, è stata guardata con troppa leggerezza.

Il problema dei rifiuti supera se stesso! Ma in merito a tale questione sono intervenuti i colleghi. Mi aspetterei che nel decreto fossero inseriti, essendo così dettagliata la procedura, il metodo, i requisiti per la sterilizzazione di questi rifiuti, l'elenco di quelle quattro, cinque ditte che operano nel campo in regime di monopolio, oltre ai beni e servizi, (su cui si metteranno d'accordo nel fissare i prezzi, che saranno di gran lunga superiori a quelli che, magari, sarebbero riuscite a spuntare le ASL; tali ditte saranno anche autorizzate a smaltire i rifiuti tossici e nocivi di questo paese.

Se ci fornite questo elenco, lo voteremo per legge; così, da un Governo liberista il regime di monopolio è garantito tranquillamente anche per legge.

E pensare che ciò avviene nel momento in cui il ministro Sirchia ha dichiarato che bisogna completare il processo di aziendalizzazione! Ma il direttore generale di una ASL che non è più in grado neanche di stabilire come comprare i suoi beni e servizi nel proprio programma di bilancio, perché lo paghiamo? Perché lo facciamo *manager*? *Manager* di cosa?

Se al primario di radiologia togliamo la possibilità di stabilire e verificare la risonanza magnetica migliore, per qualità, da poter utilizzare in quell'impianto, rispetto alle patologie che presentano i cittadini di quel territorio, e di fornire un'opinione di carattere scientifico, mi domando se abbia ancora senso parlare di sanità decentrata alle regioni e di aziendalizzazione.

I direttori generali potrebbero esser benissimo tolti di mezzo e alle regioni faremo avere una speciale ruola di « carnefici », in questo caso della salute dei cittadini.

L'unico tratto con cui si fa presente, in maniera particolare, cosa dovranno fare le aziende sanitarie, unico ricordo dell'autonomia dell'aziendalizzazione, è quello dell'equilibrio di bilancio e dei beni di competenza dei direttori generali. Peccato che ciò sia stato sempre previsto anche nelle precedenti normative, ma facendo riferimento a obiettivi chiari che le regioni avrebbero dovuto conseguire e, soprattutto, non prescindendo dai servizi appropriati che avrebbero dovuto essere comunque garantiti, sul territorio e all'interno degli ospedali, ai cittadini.

Qui diciamo soltanto che i direttori saranno puniti se non raggiungeranno l'equilibrio di bilancio, senza porre però alcun limite — guarda caso — a chi si dovrebbe occupare della salute dei cittadini; per conseguire l'equilibrio di bilancio, oltre ai tagli precedentemente citati, infatti, si potranno apportare ulteriori tagli da parte dei direttori, non ricevendo indicazioni nemmeno sulla tutela minima

necessaria al mantenimento di servizi appropriati per curare i propri cittadini.

Poi, sono state inserite nel decreto anche disposizioni sulla sperimentazione! Dopo aver ascoltato a lungo in quest'aula, per ore, il dibattito di siciliani e di sardi in ordine all'importanza di queste regioni, penso adesso all'applicazione delle norme sulla sperimentazione gestionale, penso alla presenza di privati che vorranno acquistare gli ospedali del centro-sud del nostro paese per rilanciarli e per garantirne l'efficienza e l'efficacia. Credo, invece, che sia molto più probabile che vi sarà una svendita di patrimoni ospedalieri di valore, una trasformazione immobiliare funzionale nel centro-sud ed una acquisizione di *business* di alcune strutture ospedaliere valide nel nord.

I viaggi della speranza non li faremo più soltanto dall'Italia all'Europa ma soprattutto dal sud al nord d'Italia, in tal modo verrà definitivamente meno il concetto di uniformità di trattamento. Questo decreto-legge in pratica compie una socializzazione dei capitali pubblici e una privatizzazione certa del *business*, là dove vi saranno le forme miste, nemmeno in questo caso mettendo un limite alle percentuali di intervento.

Da questo quadro emerge con chiarezza che è in atto uno smantellamento anche delle procedure del sistema sanitario nazionale, dal momento che ciò che in precedenza doveva essere qualcosa di integrativo — penso alle assicurazioni o ai fondi integrativi — diventa invece un meccanismo di sostituzione che chi può pagare avrà, mentre chi non può farlo, si affiderà alla divina Provvidenza, se credente, o alla sepoltura comune per il tempo che qualcuno gli consentirà di sopravvivere.

Con tale forma di sperimentazione avremo poi sostanzialmente la trasformazione degli ospedali provinciali in aziende ospedaliere; vi sarà un unico ufficiale pagatore, rappresentato dalle aziende sanitarie, che si troveranno di fronte erogatori diversi, sia pubblici che privati, con un accreditamento selvaggio. Questo sì che determinerà un aumento della spesa e una caduta della qualità delle prestazioni,

come è avvenuto nella regione Lombardia, dove si danno ulteriori incertezze e beffe anche ad un privato serio che abbia investito in sanità, perché, attraverso l'accreditamento selvaggio, diventerà difficile provare a spiegare come si possa pagare un emocromo mille lire all'inizio dell'anno e centocinquanta lire nel secondo semestre dell'anno, dal momento che i soldi sono finiti, essendo stati effettuati tutti gli accrediti, e al tempo stesso garantire al cittadino che quell'emocromo sarà fatto bene sia con mille lire che con centocinquanta lire. Delle due l'una: o abbiamo applicato una tariffa di mille lire — e allora dovremmo finire in carcere perché abbiamo acconsentito a qualcuno un illecito arricchimento — oppure nella seconda parte dell'anno è più semplice pensare che quell'emocromo sarà letto con attenzione e dovizia minori e non necessari per dare tranquillità al cittadino.

Un altro articolo che merita attenzione particolare è l'articolo 3. Credo infatti si tratti della prima volta che in una legge della Repubblica si ha la spudoratezza di scrivere che si licenzierà il personale. Noi — e coloro che con accuratezza di termini lo hanno fatto — spieghiamo che gli esuberanti del personale sanitario di questo paese dovranno seguire quanto previsto nel decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, agli articoli 33 e 34.

Sicuramente il Ministero del tesoro avrà preso atto del fatto che si prevede una procedura di mobilità basata essenzialmente sulla riqualificazione professionale. Peccato che si parli di personale sanitario, di medici, di fisioterapisti, di infermieri, ovvero di personale che, essendo iscritto ad albi professionali, difficilmente può essere riqualificato in dottori commercialisti, funzionari amministrativi, metalmeccanici o imbianchini.

Non mi si dica che questa riqualificazione sarà fatta all'interno del sistema sanitario nazionale perché è già prevista dal decreto legislativo n. 229 del 1999; la volontà è quindi quella di prevedere che, quando l'esubero sarà accertato all'interno del sistema sanitario nazionale, allora si faranno 22 mesi di mobilità. Successiva-

mente, dal momento che essi non sono riqualificati, vanno a casa e bontà loro se sono stati licenziati!

Peccato che il Polo abbia svolto una simpatica battaglia sulle cliniche private di qualche conoscente, in Puglia, dove sembrava troppo anche ipotizzare che essi non soltanto non si muovessero dalle case di cura private che facevano dialisi in quel territorio, ma passassero anche nel sistema sanitario nazionale, magari con una fase di mobilità più lenta. Oggi noi al personale del sistema sanitario nazionale comunichiamo il licenziamento.

Fissiamo inoltre il tetto di spesa farmaceutica giustamente al 13 per cento del prodotto interno lordo, sapendo benissimo che questo « buco » è finto — vi sono infatti già due mila miliardi in più comunicati dal Presidente della Conferenza Stato-regioni Ghigo.

Credo che una cosa non sfugga a nessuno: avete svolto la campagna elettorale raccontando ai malati di Alzheimer, a quelli di sclerosi multipla, ai malati di malattie rare, che, al di là dell'intervento personale del Presidente del Consiglio dei ministri Berlusconi effettuato dando a chi 500 mila lire, a chi 5 milioni per aiutarli nel momento del bisogno, vi sarebbe stato comunque un grosso investimento sulla ricerca e che si sarebbero costrette le case farmaceutiche ad investire, perché il fondo sanitario nazionale avrebbe previsto un pacchetto *ad hoc* affinché per questi malati curarsi non fosse impossibile.

Il ministro Sirchia, non contento, in una delle sue rare apparizioni, ci ha anche detto che siamo il quart'ultimo paese nel mondo che spende in ricerca. Nel disegno di legge finanziaria, i soldi per la ricerca non li abbiamo aumentati, ma li abbiamo tagliati. Con questo tetto della spesa farmaceutica, non metteremo dentro neanche un farmaco necessario a quelli che sono malati di Alzheimer o di sclerosi multipla, perché il tetto è già sfondato e sottostimato per duemila miliardi. Credo sia veramente squallido che qualcuno abbia pensato ieri, in una campagna elettorale, di fare promesse a questa gente e continui

a fargliene oggi, compiendo atti che vanno nella direzione diametralmente opposta.

A tal proposito, credo che sia interessante leggere una lettera, che mi è stata recapitata, inviata dalla CUF al ministro della salute. La CUF chiede spiegazioni e chiarimenti al ministro già in materia di spesa farmaceutica e dice: « Il contesto economico-politico entro il quale la CUF è chiamata ad operare (...) ». In merito al primo punto, la CUF sottolinea che sono addivenute da lei, signor ministro, indicazioni politiche apparentemente contraddittorie. Infatti, nel corso del primo incontro del 9 ottobre ultimo scorso, si è avuta da lei l'indicazione di riclassificare i farmaci rimborsati, con l'obiettivo di contenere la spesa farmaceutica, con particolare riguardo alla riduzione dei farmaci di fascia A. In altre parole, il ministro della Repubblica ha dato indicazioni alla CUF di ridurre i farmaci di fascia A, cioè i farmaci salvavita per i malati italiani. Questo è accaduto ancor prima del decreto-legge tagliaspese al nostro esame. « Ciò è stato da noi operato con il decreto CUF del 10 ottobre, prontamente inviatole, non solo inserendovi i farmaci precedentemente compresi nella fascia B, ma anche concentrando i nostri sforzi nella verifica di quelle categorie di farmaci della fascia A che potessero essere declassificati » — questo la CUF lo ha già fatto — « Nella riunione odierna, si è avuta, invece, l'indicazione di mutare l'assetto della rimborsabilità, sulla base del criterio della flessibilità che, tradotto, significa individuazione di più fasce di ticket, in quanto si sarebbe attenuata l'urgenza di contenere la spesa, data la diminuzione dell'inflazione nel paese ».

Quindi, il ministro ha già detto di togliere i farmaci salvavita, di ridurre quelli che stanno in fascia B, e di far sì che la CUF operi affinché si possano non reinvestire i ticket — procrastinare, come è stato detto — ma affinché i ticket possano essere aumentati per tasse, per numero e per qualità. Ovviamente, la CUF dice che « tali difformità di indirizzi crea alla commissione evidenti problemi di scelte operative, tenendo conto delle indicazioni

provenienti dalle regioni, associate alla mancanza di definizione dei livelli essenziali di assistenza, ai provvedimenti di contenimento della spesa contenuta nel decreto legislativo n. 343 e ai dati di spesa a carico del sistema sanitario nazionale» — poiché questo è un atto pubblico, credo che chi si occupa della politica del tesoro di questo paese lo debba sentire — «che evidenziano un disavanzo odierno di circa cinquemila miliardi rispetto al finanziamento del 13 per cento». Quindi, già sappiamo di approvare un provvedimento che definisce un tetto che è già sfiorato, e che dovrà essere ricoperto, di 5 mila miliardi. Non lo dico io, lo dice la CUF, che non è fatta di burocrati, ma di esponenti in massima parte tecnico-scientifici, nominati dalle regioni amministrare dal centrodestra.

Poi, vi è una frase inquietante: «In merito al secondo punto» — cioè al ruolo che lei attribuisce alla CUF — «il contenuto e il metodo della sua lettera sembrano delegittimare l'operato della CUF». E qui la cosa diventa inquietante. «Infatti, le sue proposte di modifica tecnica delle decisioni assunte dalla CUF, già inserite nel decreto del 10 ottobre, che fanno specifico riferimento a categorie terapeutiche e singoli principi attivi, contrastano con il mandato della CUF, così come sancito dal decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, all'articolo 7 e all'articolo 10 del decreto legislativo 24 dicembre 1993, n. 537». Credo che questa frase si commenti da sola: un ministro della Repubblica che fornisce indicazioni, sicuramente da tecnico, nel merito delle categorie terapeutiche che vanno riviste e dei singoli principi attivi.

Ma non solo. L'operazione è ancora più precisa, perché all'articolo 4 del decreto-legge al nostro esame, questo Governo riesce a fare quello che neanche un governo bulgaro avrebbe fatto: riesce a mettere la tassa ai medici di famiglia, perché dice: quando le regioni avranno sfiorato — cioè subito —, il disavanzo verrà coperto con «misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione

di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa».

Poiché chi concorre alla determinazione della spesa non è né chi produce, ossia l'azienda — non è la Farminindustria — né il farmacista, il quale non può esimersi dall'obbligo di dare il medicinale a chi presenta la ricetta, ovviamente, gli unici penalizzati saranno il medico di famiglia e lo specialista.

PRESIDENTE. Onorevole Fioroni, i trenta minuti a sua disposizione, ora, sono veramente conclusi.

GIUSEPPE FIORONI. Le chiedo ancora qualche secondo e concludo.

I medici di famiglia, in questa vicenda, saranno ulteriormente penalizzati e lo sarà anche il sistema distributivo farmaceutico che viene, sostanzialmente, smantellato aprendo la strada ad accordi di catena. Vi sarà inoltre l'introduzione del superticket. Quando si parla, infatti, di categorie omogenee ci si riferisce all'omogeneità per patologia; ai malati ipertesi, quindi, diremo di non prendere più il beta-bloccante o il calcioantagonista ma il diuretico e ai malati diabetici diremo di prendere l'insulina che costa meno (quella più cara dovrà pagarla lo stesso utente).

Ritengo che con questo decreto-legge siamo entrati, veramente, nei processi di globalizzazione. Anche per quanto riguarda la sanità, realizzeremo solo quella che ci darà *business*; tutto il resto sarà ritenuto inutile, dannoso e pesante. Peccato che un Governo che è riuscito a dare certezze a chi ha fatto falso in bilancio, a chi ha frodato, portato capitali all'estero, ai mafiosi che usciranno grazie alla legge sulle rogatorie, le uniche incertezze le darà ai malati italiani. È proprio vero — come si diceva una volta — che la destra ha bisogno di avere un nemico per galvanizzarsi e andare avanti. Questa volta, però, credo sia veramente eccessivo ritenere nemici di questo Governo gli italiani, quella parte d'italiani più bisognosa, ossia i malati.

PRESIDENTE. Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

**(Repliche del relatore e del Governo
— A.C. 1876)**

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il relatore, onorevole Massidda.

PIERGIORGIO MASSIDDA. *Relatore.* Signor Presidente, vorrei ringraziare i membri del Governo che hanno avuto la pazienza di seguire questo dibattito. Mi dispiace — non lo nascondo — che non sia presente un rappresentante — ministro o sottosegretario — del Ministero della salute; spero vi siano nobili motivi che ne abbiano impedito la presenza. È, comunque, presente il rappresentante del Governo.

Vorrei sottolineare il fatto, come per altro è stato sottolineato anche dai colleghi dell'opposizione, che è vero che vi è stato un accordo tra Stato e regioni ma, come ha dichiarato poc'anzi l'onorevole Fioroni, lo Stato «per un piatto di lenticchie ha comprato le regioni». Credo che il disavanzo che il Governo intende appianare concedendo più di settemila miliardi alle regioni sia un atto di grande responsabilità ed impegno nei confronti, non delle regioni, ma dei cittadini. Il Parlamento in questa vicenda ha un ruolo importante. È vero lo riconosco che, probabilmente, molti parlamentari, e anch'io, avrebbero elaborato questo provvedimento in modo diverso. In determinati passaggi, avrebbero sfruttato la loro esperienza passata, anche professionale (molti di noi provengono da questo mondo). Dobbiamo avere, tuttavia, grande rispetto nei confronti delle regioni, degli assessori regionali contattati prima dell'accordo di agosto (i quali rappresentano i cittadini quanto noi). Quindi, bocciare o trasformare questo provvedimento sarebbe stato un grave atto di irresponsabilità e, soprattutto, di non rispetto nei confronti delle regioni, soprattutto dopo il referendum con il quale i cittadini hanno affermato la volontà di introdurre il fe-

deralismo, che, pertanto deve essere rispettato anche da questo provvedimento.

Non voglio rubare tempo al dibattito e ai colleghi, ma credo che alcune critiche mosse dall'opposizione siano ingenerose nei confronti delle regioni rappresentate dal loro stesso schieramento.

Capiamo che l'opposizione voglia trascurare che questo Governo ha concretamente realizzato ciò che il Governo di centrosinistra non è riuscito a fare in cinque anni: ha portato il fondo sanitario al 6 per cento del PIL, obiettivo che tutti ci proponevamo di raggiungere e che le nazioni più progredite dell'Europa dal punto di vista sanitario riescono a rispettare con grandissime difficoltà.

Quindi, credo che gli aspetti positivi di questo disegno di legge debbano essere sottolineati. Capisco il tentativo dell'opposizione di occultarli o di mascherarli, ma rimane il fatto che procederemo all'approvazione del provvedimento nei prossimi giorni, con l'orgoglio di fare un passo avanti e, finalmente, di riuscire a dare certezze nella gestione della sanità italiana. Ciò permetterà veramente ai cittadini di conservare quei livelli di assistenza oggi messi a repentaglio dalle voragini nei bilanci regionali. Peraltro, quando tali voragini vi sono, ne conseguono danni per tutti coloro che vivono lavorando nel mondo della sanità. Penso alle aziende che sono fallite perché non sono state pagate le loro fatture, alle famiglie dei lavoratori del comparto sanitario che attendono lo stipendio da mesi, al costante clima di insicurezza che, in tutti questi anni, ha dominato il settore della sanità.

L'approvazione di questo disegno di legge di conversione e la conseguente fissazione delle risorse da destinare alla spesa sanitaria responsabilizzerà, una volta per tutte, gli amministratori cui è affidata in concreto la gestione di tali risorse, a tutti i livelli. Certo, probabilmente, essi ci chiederanno di fare un sacrificio, piccolo o grande che sia, ma sicuramente conseguiranno l'obiettivo di tutelare esclusivamente gli interessi del cittadino in generale e, soprattutto, del paziente, di chi soffre e, troppo spesso, nei