

RESOCONTO

SOMMARIO E STENOGRAFICO

59.

SEDUTA DI VENERDÌ 9 NOVEMBRE 2001

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **FABIO MUSSI**

INDI

DEL PRESIDENTE **PIER FERDINANDO CASINI**

INDICE

<i>RESOCONTO SOMMARIO</i>	III-V
<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i>	1-37

	PAG.		PAG.
In morte dell'ex Presidente della Repubblica Giovanni Leone	1	Disegno di legge di conversione, con modificazioni, del decreto-legge n. 347 del 2001: Spesa sanitaria (approvato dal Senato) (A.C. 1876) (Discussione)	2
Presidente	1	(Discussione sulle linee generali – A.C. 1876) .	2
(La seduta, sospesa alle 9,55, è ripresa alle 10,15)	1	Presidente	2
Presidente	1	Battaglia Augusto (DS-U)	13
Missioni	1	Cossutta Maura (Misto-Com.it)	10
		Fioroni Giuseppe (MARGH-U)	24
		Labate Grazia (DS-U)	6

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Forza Italia: FI; Democratici di Sinistra-L'Ulivo: DS-U; Alleanza Nazionale: AN; Margherita, DL-L'Ulivo: MARGH-U; CCD-CDU Biancofiore: CCD-CDU; Lega Nord Padania: LNP; Rifondazione comunista: RC; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com.it; Misto-socialisti democratici italiani: Misto-SDI; Misto-Verdi-L'Ulivo: Misto-Verdi-U; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.linguist.; Misto-Nuovo PSI: Misto-N.PSI.

	PAG.		PAG.
Massida Piergiorgio (FI), <i>Relatore</i>	2	Baldassarri Mario, <i>Viceministro dell'economia e delle finanze</i>	33
Valpiana Tiziana (RC)	17	Massida Piergiorgio (FI), <i>Relatore</i>	32
Ventucci Cosimo, <i>Sottosegretario per i rapporti con il Parlamento</i>	6	Petizioni (Annunzio)	35
<i>(Repliche del relatore e del Governo — A.C. 1876)</i>	32	Ordine del giorno della prossima seduta ...	37
Presidente	32		

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'Allegato A.
 Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'Allegato B.

RESOCONTO SOMMARIO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI

La seduta comincia alle 9,45.

La Camera approva il processo verbale della seduta di ieri.

In morte dell'ex Presidente della Repubblica Giovanni Leone.

PRESIDENTE (*Si leva in piedi, e con lui l'Assemblea*) comunica che questa mattina è deceduto il senatore a vita Giovanni Leone, ex Presidente della Repubblica.

In segno di lutto, sospende la seduta.

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

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PIER FERDINANDO CASINI

PRESIDENTE (*Restando in piedi*) ricorda la figura del senatore Giovanni Leone, uno dei padri della Repubblica, componente dell'Assemblea costituente dal 1948, Presidente autorevole della Camera dal 1955 al 1963. Nello svolgimento di tale incarico, seppe comprendere le ragioni di ogni gruppo parlamentare ed applicare con rigore e buon senso il regolamento della Camera. Nel 1963 presiedette il primo dei suoi due Governi e fu quindi Presidente della Repubblica dal dicembre 1971 al giugno 1978, allorché si dimise per accuse mai confermate. Riprese successivamente, con impegno, dignità e misura, l'attività politica come senatore a vita.

La Camera individuerà la forma più opportuna per commemorare il senatore Leone, ai cui familiari esprime sin d'ora solidarietà, rispetto e rimpianto.

Missioni.

PRESIDENTE comunica che i deputati complessivamente in missione sono quarantotto.

Discussione del disegno di legge S. 633, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge n. 347 del 2001: Spesa sanitaria (approvato dal Senato) (1876).

PRESIDENTE dichiara aperta la discussione sulle linee generali.

PIERGIORGIO MASSIDDA, *Relatore*, illustra il contenuto del decreto-legge in esame, recante misure urgenti in materia di spesa sanitaria, attuative del patto di stabilità tra Stato e regioni dello scorso 8 agosto.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI

PIERGIORGIO MASSIDDA, *Relatore*, ricorda inoltre che il provvedimento d'urgenza è finalizzato, attraverso strumenti anche sanzionatori, alla razionalizzazione e stabilizzazione della spesa sanitaria: si prevede, infatti, una maggiore responsabilizzazione delle regioni, in coerenza con la recente riforma del titolo V della Costituzione.

COSIMO VENTUCCI, *Sottosegretario di Stato per i rapporti con il Parlamento*, si associa preliminarmente alle considerazioni svolte dal relatore e ringrazia i componenti la XII Commissione per il proficuo lavoro svolto; sottolinea quindi la rilevanza del provvedimento d'urgenza, che recepisce l'importante accordo tra Stato e regioni sottoscritto l'8 agosto scorso e può essere considerato il punto di partenza di una riforma del settore sanitario, diretta ad elevare gli *standard* delle prestazioni rese ai cittadini, anche attraverso lo stanziamento di adeguate risorse finanziarie. Ricorda infine che nel corso dell'*iter* al Senato il Governo ha presentato un emendamento volto a recepire modifiche migliorative del testo del decreto-legge.

GRAZIA LABATE rileva che il provvedimento d'urgenza, oltre a disattendere sostanzialmente il contenuto dell'accordo tra Stato e regioni dell'8 agosto scorso, non appare in linea con la recente riforma del titolo V della parte II della Costituzione ed introduce surrettiziamente norme che incidono su aspetti sostanziali del sistema sanitario nazionale; ritiene inoltre che la prevista possibilità, per le regioni, di compiere scelte autonome, anche in riferimento alle sperimentazioni gestionali, non possa prescindere dal rispetto di un indirizzo unitario definito a livello centrale per garantire l'uniformità delle prestazioni sanitarie rese sull'intero territorio nazionale.

Auspica infine che la maggioranza receda dalla volontà di sostanziale « blindatura » del provvedimento e si mostri disponibile a recepire modifiche migliorative del testo.

MAURA COSSUTTA esprime un giudizio fortemente critico sul testo del provvedimento d'urgenza che, lungi dal recepire l'accordo con le regioni sulla spesa sanitaria, reca surrettiziamente una modifica della legislazione vigente, segnatamente dei contenuti del decreto legislativo n. 229 del 1999. Denuncia, quindi, il tentativo di scardinare l'assetto istituzionale dei poteri e dei meccanismi di finanzia-

mento del Servizio sanitario nazionale, che l'attuale maggioranza, in nome di un pericoloso neocentralismo regionale, intende di fatto smantellare. Giudicata, infine, assai grave la reintroduzione dei *ticket*, assicura che la sua parte politica condurrà un'aspra battaglia in aula e nel Paese contro un'inaccettabile e subdola politica sanitaria.

AUGUSTO BATTAGLIA rileva che la previsione di limiti alla spesa sanitaria e farmaceutica delle regioni non adeguata alle effettive esigenze comporterà l'imposizione di nuovi carichi fiscali ovvero la riduzione delle prestazioni erogate. Pur condividendo l'esigenza di contenere la spesa sanitaria, ritiene che le misure introdotte con il provvedimento d'urgenza in esame snaturino profondamente i caratteri di universalismo e di tutela del diritto alla salute che improntano il Servizio sanitario nazionale. Valuta inoltre negativamente l'atteggiamento di chiusura opposto dal Governo alle proposte emendative presentate dall'opposizione, osservando peraltro che i ritardi che hanno ostacolato l'esame del provvedimento sono ascrivibili a contrasti interni alla stessa maggioranza.

TIZIANA VALPIANA, osservato che il provvedimento d'urgenza non garantisce la tutela del diritto fondamentale alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, ma risponde a logiche prettamente economiche, rivendica l'efficacia dell'attuale Servizio sanitario nazionale, pur riconoscendo la necessità di apportarvi correttivi. Sottolineato inoltre che la fissazione di tetti alla spesa sanitaria e farmaceutica influirà negativamente sui livelli delle prestazioni sanitarie erogate, rileva che dall'applicazione del principio di sussidiarietà conseguiranno livelli di assistenza difformi a seconda della regione; sollecita anche per questo il Governo ad accogliere le proposte emendative indispensabili a tutelare il Servizio sanitario nazionale.

GIUSEPPE FIORONI osserva che il provvedimento d'urgenza in esame è ispirato ad una non condivisibile imposta-

zione culturale, in base alla quale le problematiche connesse alla salute dei cittadini sono affrontate secondo una logica meramente economica e reddituale, in contrasto con i principi sanciti dall'articolo 32 della Costituzione; rileva inoltre che la normativa in discussione determinerà una consistente riduzione degli *standard* dei servizi sanitari, in particolare per i cittadini affetti da patologie croniche ed appartenenti alle fasce più deboli della popolazione.

Esprime inoltre perplessità sulle disposizioni relative all'acquisto di beni e servizi ed allo smaltimento dei rifiuti tossici, sottolineando, in particolare, le deleterie conseguenze che l'articolo 3 del decreto-legge determinerà per la situazione occupazionale degli operatori del comparto sanitario.

PRESIDENTE dichiara chiusa la discussione sulle linee generali.

PIERGIORGIO MASSIDDA, *Relatore*, rileva che il provvedimento d'urgenza in esame consentirà di garantire ai cittadini adeguati livelli di assistenza sanitaria, anche attraverso l'erogazione di risorse finanziarie destinate a ripianare i deficit di bilancio delle regioni; sottolinea inoltre che il Governo ha perseguito l'importante obiettivo di innalzare la spesa sanitaria fino ad un livello pari a circa il 6 per cento del PIL. Giudica quindi infondate le considerazioni critiche svolte dai deputati dell'opposizione e rileva che l'eventuale reiezione del disegno di legge di conversione si tradurrebbe in una mancanza di rispetto per le regioni.

MARIO BALDASSARRI, *Viceministro dell'economia e delle finanze*, premesso che rivendicare la tutela del diritto alla salute

senza garantire i necessari mezzi economici sarebbe pura demagogia, ricorda che il decreto-legge in esame risponde alla esigenza — comunemente riconosciuta — di porre rimedio ad una spesa sanitaria fuori controllo, anche a causa dell'abolizione dei *ticket*. Invita quindi a riflettere sul progressivo invecchiamento della popolazione, rilevando altresì che la tutela offerta dall'articolo 32 della Costituzione non impone necessariamente un sistema pubblico monopolistico, che peraltro può indirettamente determinare condizioni di vantaggio per gli operatori privati. È invece possibile una sperimentazione condotta da strutture pubbliche e private. Ogni ipotesi di modifica del provvedimento d'urgenza dovrà essere valutata nell'assoluto rispetto dei tempi necessari ad assicurarne la conversione in legge.

PRESIDENTE rinvia il seguito del dibattito ad altra seduta.

Annunzio di petizioni.

PRESIDENTE dà lettura del sunto delle petizioni pervenute alla Presidenza (*vedi resoconto stenografico pag. 35*).

Ordine del giorno della prossima seduta.

PRESIDENTE comunica l'ordine del giorno della prossima seduta:

Lunedì 12 novembre 2001, alle 15,30.

(*Vedi resoconto stenografico pag. 37*).

La seduta termina alle 13,15.

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 ininfluyente, 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

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, parторita 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 Farindustria — 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

procedimenti legislativi e nelle diatribe tra maggioranza e opposizione viene soltanto menzionato, ma mai difeso. Ebbene, con il disegno di legge in esame, noi ci proponiamo proprio di tutelare quel cittadino, quel paziente, quel sofferente.

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il rappresentante del Governo.

MARIO BALDASSARRI, *Viceministro dell'economia e delle finanze*. Signor Presidente, onorevoli deputati, credo che il tema della salute dei cittadini sia così importante e delicato da meritare alcune riflessioni in replica al dibattito svoltosi stamani in aula.

Che non siamo alle prese con un mero problema contabile, con un problema di bilancio e di economia, ce lo dice quell'articolo della Costituzione che salvaguarda il diritto alla salute. Ma, proprio per questo, la risposta della politica — della maggioranza e dell'opposizione — è responsabile soltanto se riesce a fare di quello alla salute un diritto garantito dalle risorse e dagli equilibri economici; altrimenti, ogni discorso al riguardo si risolve in pura demagogia.

Il ruolo del Ministero dell'economia non è quello del « tagliaspesa » o del « raccoglitasse »: è quello di dare fondamento, concretezza e solidità ai compiti che lo Stato, ai suoi vari livelli (dallo Stato centrale ai governi locali), deve adempiere nei confronti dei cittadini.

Nel rispondere, in maniera molto sintetica, agli interventi che ho ascoltato, desidero segnalare due emergenze sulle quali ritengo che anche il Parlamento — oltre che il Governo — debba riflettere.

Onorevoli deputati, il Governo non si è inventato questo decreto-legge in agosto solo per il gusto di fare decreti. Questa è stata la prima vera emergenza a breve termine che ci siamo trovati sul tavolo non appena il Governo ha giurato. Infatti, dalle indicazioni che ci venivano date, eravamo a conoscenza di una spesa assolutamente fuori controllo. Se questa emergenza di breve periodo non fosse stata fronteggiata rapidamente, essa avrebbe determinato, a

fine anno, condizioni di enorme squilibrio finanziario. È troppo facile fare i paladini della salute dei cittadini senza pensare di provvedere al pagamento dei servizi per i cittadini stessi.

Questo provvedimento è stato discusso — come doverosamente si deve fare in questi casi — con tutte le regioni. Io posso anche prendere atto del giudizio che l'onorevole Fioroni ha espresso nei confronti di tutti i rappresentanti delle regioni italiane. Egli ha detto che, per quattro lire, sostanzialmente, nel 2001 e nel 2002, gli assessori regionali avrebbero svenduto il servizio sanitario nazionale, aggiungendo poi — come contraddizione nei termini stessi — la sua personale previsione che lo sfioramento stimato a luglio, a fine anno, sarà ancora più alto. Accusare gli assessori regionali di avere svenduto per un piatto di lenticchie il servizio sanitario nazionale e dire poi che lo sfioramento sarà ancora maggiore equivale a discutere quella responsabilità e quel buonsenso che hanno condotto i rappresentanti delle regioni all'accordo di agosto con il Governo centrale. Quindi, questa emergenza a breve termine l'abbiamo fronteggiata perché c'era; non ce la siamo inventata.

È stato confermato palesemente in questa Assemblea, questa mattina, da parte dell'onorevole Fioroni, con stime ulteriormente preoccupanti, come questa emergenza non derivasse da una improvvisa epidemia che aveva colpito l'Italia all'inizio dell'anno (infatti, se fosse venuto un marziano sulla terra a leggere i dati della spesa della sanità, ne avrebbe tratto la conclusione che il paese stesse avendo una improvvisa epidemia e che le spese sanitarie e farmaceutiche stessero esplodendo), ma fosse dovuta, in gran parte, alla decisione — politicamente anche comprensibile, ma comunque elettoralistica e demagogica — di abolire i ticket, che non costituiscono — è noto in tutti i paesi civili — una penalizzazione per i poveri, ma una razionalizzazione della spesa, un freno agli abusi, e, alla fine un vantaggio per le classi più deboli. Con questo decreto-legge il Governo ha messo freno, nell'immediato, a questi andamenti, ponendo una pietra

d'appoggio per un rapporto serio tra Governo centrale e regioni sulle responsabilità relative al servizio sanitario nazionale, prendendo atto, con uno sforzo non irrilevante, nell'ambito complessivo degli equilibri di bilancio, della copertura delle spese in più che si stavano determinando e concordando una regola di medio periodo.

La seconda riflessione, per non rubarvi troppo tempo, è, secondo me, più profonda e su di essa varrà la pena riflettere bene nei prossimi mesi e nei prossimi anni perché si sta sottovalutando pesantemente, in questo momento, il fatto che l'invecchiamento della popolazione porterà ad un forte incremento dell'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo. Si tratta di un cambiamento enorme all'interno, nella composizione dei servizi; siamo, cioè, di fronte ad un fatto epocale che la demografia ci fa capire con un po' di anticipo, se guardiamo le proiezioni; un cambiamento che richiede un'enorme attenzione se vogliamo, veramente, sostenere, adeguare ai tempi, mantenere l'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. Dobbiamo essere responsabili di costruire, adattare, modificare e riformare questo servizio perché segua gli sconvolgimenti che gli andamenti demografici determineranno nei prossimi anni.

Onorevoli deputati, la spesa sanitaria ha un'elasticità, rispetto a quella del prodotto interno, lordo, notoriamente ben superiore a 1, cioè l'incremento della spesa sanitaria rispetto all'incremento del prodotto interno lordo è molto più veloce.

Non sono affatto un esperto di sanità, ma ho svolto qualche personale precedente lavoro nel settore, e so che la curva della spesa sanitaria mostra un'impennata, ovviamente, nella prima parte della vita dei cittadini, poi una riduzione nelle età medie lavorative e un'esplosione oltre i 60, 65 anni di età. La popolazione italiana si sta spostando su quell'età, anche se va detto che, grazie anche, al servizio sanitario nazionale, all'allungamento dell'età corrisponde un miglioramento della salute. Tuttavia, la curva, l'esplosione è impressionante. Dobbiamo chiederci che cosa

significhi, sul serio, l'articolo 32 della Costituzione e in che modo si intenda farlo rispettare. Vorrei concludere con due riflessioni su questo punto. La prima porta a chiederci se garantire il diritto alla salute significhi sempre e comunque garantirlo anche attraverso l'apparato centralistico, monopolistico che non ha un rapporto chiaro tra controllore e controllato. Occorre fare attenzione: garantire il diritto alla salute significa garantire il bisogno dei cittadini o significa garantire l'immobilità di un apparato sulla produzione dei servizi? L'articolo 32 della Costituzione riguarda la domanda di servizi sanitari da soddisfare oppure la struttura della produzione con la quale si soddisfano questi bisogni?

Allora interroghiamoci — non ho una risposta in questo momento —, ve lo lascio come spunto di riflessione. Siamo sicuri che in regime di monopolio pubblico — in cui, spesso, le inefficienze creano spazi di rendita privatistica, che si affianca al monopolio pubblico, e in cui non si crea, invece, competizione tra le strutture produttive private e quelle pubbliche, in modo tale da fornire servizi migliori (per quantità e qualità) a costi minori all'utente finale, al cittadino, al malato che deve essere curato — vi sia coincidenza tra diritto alla salute e apparato pubblico centralistico monopolista (spesso in connivenza con alcuni pezzi di mercato, dal lato della produzione, dove c'è la presenza del servizio privato)? Allora attenzione a non confondere, dietro l'articolo 32 sul diritto alla salute, la difesa di inefficienze, sprechi e connivenze. Sarebbe opportuno che questo principio, del controllato e del controllore, si applicasse, ovviamente, a tutti noi in Parlamento, poiché, nel momento in cui si svolge un ruolo pubblico, di legislatore, non si può certo essere presenti in commissioni di altro genere.

Ultima riflessione: forse vale la pena mantenere ferma la barra sul cittadino che ha diritto alla salute, e cominciare ad introdurre, dal lato della produzione, elementi di competizione territoriale e funzionale, cioè tra le varie regioni e tra i vari sistemi, privati o pubblici. Questo significa

ammazzare il servizio sanitario nazionale, abolire l'universalità del servizio? Assolutamente no. Ciò significa sperimentare sul campo quanto, dal lato della produzione del servizio, può essere reso più efficiente attraverso una sana competizione verso l'alto piuttosto che verso il basso sia in termini di qualità sia di quantità dei servizi (la situazione attuale rileva infatti una perversa connivenza verso il basso). È infatti vero che ogni cittadino deve avere assicurato il diritto alla salute ed il diritto ad essere curato; in questo paese abbiamo però determinato due tipi di povertà: una è la povertà economica, e se un individuo è povero economicamente, può sicuramente incontrare maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari (o anche ad altri servizi) al di là del servizio sanitario nazionale. Torno però a dire che vi è una doppia povertà tragica in questo paese, laddove si associ, nello stesso cittadino, la povertà economica e la povertà di amicizie e di raccomandazioni. Quando l'accesso al servizio è reso doppiamente difficile da una situazione economica che non dà alternative rispetto all'apparato pubblico, e da una situazione di scarsa o priva conoscenza (che dà un ancora più scarso accesso all'apparato pubblico), allora la difesa del servizio sanitario nazionale va fatta anche partendo da una valutazione di quello che attualmente è il servizio sanitario nazionale e non di ciò che idealmente questo dovrebbe essere.

È proprio per questo che una sperimentazione controllata dal Governo centrale e dei governi locali, fatta sul campo, che implichi anche un minimo di concorrenza sul territorio e tra ospedali pubblici e privati — vera concorrenza — sulla qualità e sulla qualità del servizio, può essere d'aiuto. Dico questo anche perché se la scommessa del Governo di rilanciare crescita, sviluppo ed occupazione sarà vinta, avremmo allora le risorse per seguire quella curva della spesa della sanità che, nei prossimi anni, si impennerà; se, per caso, non riuscissimo in ciò e continuassimo ad avere un paese che cresce poco, che ha un'alta disoccupazione, in presenza di questi fenomeni allora la di-

struzione del sistema sanitario nazionale sarà nelle cose, perché esso salterà a causa delle inefficienze perpetuate, delle connivenze privato-pubblico conservate e della scarsità delle risorse economiche non prodotte da una crescita più forte e più coerente con le potenzialità che il nostro paese può esprimere. Ecco allora la responsabilità dell'economia sugli aspetti sociali: avere la capacità di costruire le risorse in tempi tali che possano essere poi disponibili quando i bisogni saranno molto più forti e molto più diversi di oggi. Su ciò, spero, il Parlamento avrà modo di ragionare, proprio perché questo è un decreto-legge che serve per dare un immediato controllo alla spesa ed impostare qualche piccola apertura.

Vengo, infine, all'ultimo argomento sollevato dai vari interventi, cioè la possibilità di apportare qualche miglioramento, per esempio quello relativo ai rifiuti tossici.

Devo dire che, ovviamente, in queste condizioni debbono essere rispettati i tempi. Laddove, all'interno di questi tempi, fossero possibili aggiustamenti, è compito del buon senso e del rapporto costruttivo fra maggioranza e opposizione, valutare ogni possibilità di introduzione di miglioramenti; ma fermi restando i tempi. Laddove, invece, vi fossero *escamotage*, anche su argomenti apprezzabili, volti a far « scavallare » i tempi — e, quindi, a rendere indeterminata la certezza che in qualche misura il Governo ha ripreso in mano, attuando l'accordo di agosto fra lo Stato e le regioni e concretizzandolo in questo decreto —, allora non vi sarebbe, in realtà, un obiettivo di miglioramento, bensì di ulteriore « sfilacciamento », proprio in termini di condizioni di equilibrio.

PRESIDENTE. Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Annunzio di petizioni (13,08).

PRESIDENTE. Sono pervenute alla Presidenza le seguenti petizioni, che saranno trasmesse alle sottoindicate Commissioni:

Pasquale Giudice, da Santa Marina (Salerno), chiede la modifica del meccanismo di elezione della giunta municipale nei comuni con popolazione inferiore a 15 mila abitanti (n. 92 — *alla I Commissione*);

Paolo Giachini, da Roma, e numerosi altri cittadini, esprimono la necessità che sia assicurato al signor Erich Priebe un trattamento equo, in conformità alle leggi e alle convenzioni internazionali (n. 93 — *alla II Commissione*);

Veniero Ceccarini, di Livorno, chiede la riforma dell'articolo 100 della Costituzione, nella parte concernente le funzioni della Corte dei conti (n. 94 — *alla I Commissione*);

Salvatore Acanfora, da Roma, chiede l'adozione di iniziative in onore dell'istituto della Presidenza della Repubblica (n. 95 — *alla I Commissione*);

una nuova regolamentazione della prostituzione (n. 96 — *alla II Commissione*);

provvedimenti contro l'assenteismo parlamentare (n. 97 — *alla I Commissione*);

l'abolizione di una serie di privilegi di cui godono i parlamentari, i membri del Governo e talune categorie di dipendenti pubblici (n. 98 — *alla I Commissione*);

l'abolizione del finanziamento pubblico ai partiti politici e dei contributi pubblici alle spese elettorali (n. 99 — *alla I Commissione*);

l'adozione di pene più severe contro la pedofilia e lo sfruttamento sessuale dei minori (n. 100 — *alla II Commissione*);

norme a tutela di alcune fasce sociali deboli (n. 101 — *alla XII Commissione*);

disposizioni per la trasparenza del conferimento degli incarichi per consulenze da parte di enti pubblici (n. 102 — *alla I Commissione*);

la riduzione del numero dei membri del Parlamento (n. 103 — *alla I Commissione*);

l'istituzione del difensore civico nazionale (n. 104 — *alla I Commissione*);

l'abolizione del monopolio di Stato sui tabacchi (n. 105 — *alla VI Commissione*);

l'adozione di norme più severe contro i reati di corruzione e concussione (n. 106 — *alla II Commissione*);

il massimo della pena per reati di particolare gravità e, più in generale, l'inasprimento delle pene (n. 107 — *alla II Commissione*);

provvedimenti atti a promuovere l'istruzione, la ricerca e la cultura (n. 108 — *alla VII Commissione*);

provvedimenti volti a regolamentare la presenza delle comunità nomadi sul territorio nazionale (n. 109 — *alla II Commissione*);

provvedimenti volti a rendere più spedito il processo civile (n. 110 — *alla II Commissione*);

che sia maggiormente tutelato il segreto bancario (n. 111 — *alla VI Commissione*);

la promozione dell'uso di mezzi di trasporto più maneggevoli e meno inquinanti nelle città (n. 112 — *alla VIII Commissione*);

la promozione della conoscenza informatica tra i giovani (n. 113 — *alla VII Commissione*);

la riduzione e la razionalizzazione delle tasse comunali (n. 114 — *alla VI Commissione*);

un più accentuato decentramento comunale (n. 115 — *alla I Commissione*);

ulteriori misure di snellimento degli adempimenti burocratici (n. 116 — *alla I Commissione*);

nuove norme atte a favorire l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici (n. 117 — *alla VIII Commissione*);

nuovi interventi a tutela dei diritti del malato (n. 118 — *alla XII Commissione*);

misure volte alla tutela delle aree verdi pubbliche (n. 119 — *alla VIII Commissione*);

interventi atti a prevenire il fenomeno del randagismo (n. 120 — *alla XII Commissione*);

il completamento ed il potenziamento di talune vie di comunicazione nella città di Roma (n. 121 — *alla VIII Commissione*);

il potenziamento delle infrastrutture turistiche (n. 122 — *alla X Commissione*);

l'insegnamento dell'educazione sessuale nelle scuole e il lancio di campagne di prevenzione dell'AIDS e delle malattie a trasmissione sessuale (n. 123 — *alla XII Commissione*);

misure volte a facilitare il reinserimento nel mondo del lavoro dei tossicodipendenti e degli ex detenuti (n. 124 — *alla XI Commissione*);

iniziative volte ad avvicinare i cittadini ai loro rappresentanti in Parlamento (n. 125 — *alla I Commissione*);

l'installazione dei cosiddetti « semafori intelligenti » (n. 126 — *alla VIII Commissione*);

Gennaro Muroni, da Olmedo (Sassari), chiede la revisione del trattamento tributario delle successioni già aperte alla data di abolizione dell'imposta di successione (n. 127 — *alla VI Commissione*);

Vittorio Gorelli, da Roma, chiede, con riferimento alla disciplina dei conflitti di interesse, che sia salvaguardato il principio per il quale la funzione di controllo sugli atti del Governo spetti alle Camere (n. 128 — *alla I Commissione*).

Ordine del giorno della prossima seduta.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della prossima seduta.

Lunedì 12 novembre 2001, alle 15,30:

1. — *Discussione del disegno di legge:*

S. 696 — Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 settembre 2001, n. 354, recante disposizioni urgenti per il trasporto aereo (*Approvato dal Senato*) (1839-A).

— *Relatore:* Muratori.

2. — *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge del decreto-legge 12 ottobre 2001, n. 369, recante misure urgenti per reprimere e contrastare il finanziamento del terrorismo internazionale (1756-A).

— *Relatori:* Tarditi (*per la II Commissione*) e Landi di Chiavenna (*per la III Commissione*).

3. — *Discussione della mozione Calzolaio ed altri n. 1-00021 concernente il vertice della FAO.*

4. — *Discussione congiunta dei documenti:*

Conto consuntivo della Camera dei deputati per l'anno finanziario 2000 (Doc. VIII, n. 1);

Progetto di bilancio della Camera dei deputati per l'anno finanziario 2001 (Doc. VIII, n. 2).

La seduta termina alle 13,15.

IL CONSIGLIERE CAPO
DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la stampa alle 16.