

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI

La seduta comincia alle 9,10.

TEODORO BUONTEMPO, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Armani, Boato, Bonaiuti, Brancher, Colucci, Cusumano, Fiori, Foti, Giordano, Giancarlo Giorgetti, Manzini, Martino, Martusciello, Marzano, Mazzocchi, Molgora, Moroni, Pecoraro Scanio, Pescante, Possa, Rizzo, Scajola, Strano, Stucchi, Tabacci, Tanzilli, Tassone, Tortoli, Viceconte, Viespoli e Violante sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono settanta, 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.

Seguito della discussione del disegno di legge: S. 2873 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica (Approvato dal Senato) (4978) (ore 9,13).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di

legge, già approvato dal Senato: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica.

Ricordo che nella seduta di ieri si è conclusa la discussione sulle linee generali ed il Governo ha posto la questione di fiducia sull'approvazione, senza emendamenti ed articoli aggiuntivi, dell'articolo unico del disegno di legge di conversione, nel testo della Commissione, identico a quello approvato dal Senato.

(Esame dell'articolo unico – A.C. 4978)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo unico del disegno di legge di conversione (*vedi l'allegato A – A.C. 4978 sezione 2*), nel testo della Commissione, identico a quello approvato dal Senato (*vedi l'allegato A – A.C. 4978 sezione 3*).

Avverto che le proposte emendative presentate sono riferite agli articoli del decreto-legge, nel testo della Commissione, identico a quello recante le modificazioni apportate dal Senato (*vedi l'allegato A – A.C. 4978 sezione 4*).

Avverto, altresì, che non sono state presentate proposte emendative riferite all'articolo unico del disegno di legge di conversione.

Avverto inoltre che la Presidenza, conformemente alle valutazioni adottate dal presidente della XII Commissione, non ritiene ammissibili, ai sensi dell'articolo 96-bis, comma 7, del regolamento, le proposte emendative Bindi 2-septies.56 e 2-octies.1 e Valpiana 2-octies.2 (*vedi l'allegato A – 4978 sezione 1*).

Le predette proposte emendative hanno ad oggetto lo stanziamento di risorse per

l'attivazione dei contratti di formazione-lavoro per i medici specializzandi, mentre l'articolo 2-*octies* del decreto-legge, pur riguardando i medici specializzandi, si limita a prevedere che essi possano esercitare funzioni di guardia medica.

Avverto infine che, ai sensi dell'articolo 116 del regolamento, così come costantemente interpretato, potranno intervenire i presentatori degli emendamenti in modo tale da consentire, secondo quanto convenuto in sede di Conferenza dei presidenti di gruppo, che la discussione si concluda entro le ore 14. In base alla costante prassi applicativa, l'intervento di ciascun presentatore varrà quale illustrazione di tutti gli emendamenti da lui sottoscritti, restando conseguentemente preclusi ulteriori interventi sui medesimi emendamenti.

In conformità a quanto concordato informalmente tra i gruppi, sospendo la seduta, che riprenderà alle 11,30.

La seduta, sospesa alle 9,15, è ripresa alle 11,35.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
PUBLIO FIORI

(Interventi per l'illustrazione delle proposte emendative – A.C. 4978)

PRESIDENTE. Passiamo agli interventi per l'illustrazione delle proposte emendative.

Ha chiesto di parlare l'onorevole Labate. Ne ha facoltà.

GRAZIA LABATE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la posizione della questione di fiducia sul provvedimento in esame, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica, ci induce a svolgere considerazioni di metodo ancorché di merito.

La discussione su questo provvedimento nella Commissione di merito è stata assai approfondita e ha messo in luce

contraddizioni in ordine ai profili costituzionali dello strumento del decreto-legge e all'ordinamento giuridico vigente.

Non sono mancate occasioni di confronto, poiché il provvedimento alla nostra attenzione, contenendo misure straordinarie per la tutela della salute pubblica, si è presentato al dibattito con una serie di misure spurie, sia nei contenuti sia nella metodologia adottata. Per questo motivo, oggi, interveniamo sul complesso delle proposte emendative con una sorta di amarezza costituzionale (mi sia consentito da parte del Presidente e del sottosegretario l'uso di questa espressione); ancora una volta, il serrato ed aspro confronto di merito sulle questioni non ha prodotto le modifiche auspiccate e dal Governo non abbiamo ricevuto risposte in merito alle questioni sollevate.

Signor Presidente, signor sottosegretario, onorevoli colleghi, le questioni che abbiamo sollevato sul provvedimento non promanano da una visione ideologica e culturale di parte. Le abbiamo sollevate perché a noi – come credo a tutti i colleghi – sta molto a cuore la sorte del Servizio sanitario nazionale e gli strumenti che, nel nostro paese, tutelano la salute del cittadino.

Allora, ci siamo posti la seguente domanda: se il Governo intende perseguire un'altra filosofia culturale in relazione agli obiettivi che il Servizio sanitario nazionale deve perseguire per rispettare le disposizioni dell'articolo 32 della Costituzione, per quale motivo finora non ha avuto il coraggio di presentare un testo di legge sulla riforma del sistema sanitario?

Ciò che ci preoccupa (non mi riferisco solo al provvedimento oggi in esame) è che da anni ormai assistiamo, attraverso leggi finanziarie e decreti-legge che dovrebbero possedere le caratteristiche dell'urgenza e dell'omogeneità della materia, ad una reiterata e pervicace volontà del Governo di procedere, attraverso nuovi istituti normativi, allo smantellamento del sistema che regola il diritto alla salute.

I colleghi potrebbero rispondere che è del tutto legittima una posizione culturale e di merito diversa. Non lo nascondo: è del

tutto legittima, ma il Governo del nostro paese dovrebbe sapere che non è possibile, in materia di diritto alla salute, procedere attraverso la logica della distruzione di elementi fondamentali del sistema sanitario. Questo porterà inevitabilmente ad un contenzioso giuridico tra regioni ed istituzioni centrali del paese, ancorché nell'ultimo anno abbiamo esaminato una serie di provvedimenti — a partire dalla riforma del Titolo V della Costituzione — che ha posto in capo alle regioni il potere ordinamentale ancorché organizzativo ed attuativo in materia di organizzazione e di profili sanitari riguardanti anche le professioni nel nostro paese.

Allora, la prima considerazione è questa. Da dove scaturisce tutto ciò, se non dalla volontà di procedere, attraverso una serie di azioni successive, ad uno smantellamento reale del sistema? Perché il Governo non ci propone una sua visione di riforma dell'attuale ordinamento, nella quale mostri la capacità di intervenire in maniera ordinamentale e giuridica per una risistemazione complessiva, secondo la propria visione della politica sanitaria? Ciò che offende queste istituzioni, i cittadini, il paese, il sistema regionale, il sistema sanitario italiano, è questo procedere per consunzione dei diritti e dei principi sanciti finora dalle leggi.

Ecco da dove deriva il provvedimento alla nostra attenzione. Nessuno nega che il Governo dovesse prendere posizione, anche con un provvedimento urgente, rispetto alle vicende di tutela della salute pubblica, che negli ultimi tempi si sono assai complicate a seguito anche delle note vicende internazionali. Di fronte al rischio di atti di bioterrorismo, il Governo aveva il dovere di allertare le proprie strutture, di metterle in coordinamento e di assegnare loro funzioni di prevenzione e tutela della salute. Ma cosa c'entrano con un decreto urgente in materia di tutela della salute pubblica questioni come l'istituzione di centri nazionali di ricerca nei campi della genetica e della biologia molecolare? L'Italia ha già i suoi centri di

riferimento, anche se occorre certo potenziarli, rilanciarli e farli funzionare al meglio.

Ci domandiamo, tra l'altro, che senso abbia con un decreto-legge istituire, presso una struttura ospedaliera lombarda (ancorché fatta diventare fondazione tra il 2002 e il 2003), un centro nazionale di biologia molecolare, senza che esso abbia la capacità di coordinarsi con le strutture universitarie, con le strutture di ricovero e cura a carattere scientifico, con altri centri, con il CNR e, addirittura, con il nuovissimo centro di Genova, la mia città (l'istituto italiano per le tecnologie avanzate), delle dimensioni del MIT di Boston. Con questo decreto si istituisce un nuovo centro, a cui peraltro dovrebbero afferire risorse provenienti da capitoli di bilancio facenti capo al Ministero della salute non meglio identificate e quantificate. Prima questione spuria, che con questo decreto non c'entra nulla.

Seconda questione: l'istituzione del sistema di allerta per la prevenzione dei pericoli per la salute a seguito di vicende legate al bioterrorismo o all'uso di armi e sostanze batteriologiche, in cui l'Italia si contraddistingue per vocazione centralistica, burocratica e amministrativa rispetto a tutti i paesi dell'Unione. Ciò non solo rispetto ai quindici paesi storicamente appartenenti alla Comunità europea, ma anche rispetto ai dieci che con i primi di maggio sono entrati a far parte della nuova compagine dell'Unione europea. In questo decreto, addirittura, si prevede l'istituzione presso il Ministero della salute di un centro per il coordinamento delle attività di prevenzione dei danni derivanti alla salute dall'ipotetico uso di sostanze nocive dal punto di vista biologico e addirittura batteriologico. La cosa è davvero eclatante, Presidente, signor sottosegretario (l'ho detto già in Commissione e mi sarebbe piaciuto che l'Assemblea lo avesse potuto verificare nel merito): non esiste un paese dell'Unione europea che, a seguito della riunione di Bruxelles dei ministri europei per la salute (che hanno giustamente concertato l'azione di coordinamento per la prevenzione dei rischi di

danni per la salute dei cittadini), abbia istituito presso il proprio ministero competente una struttura *ad hoc*.

Questo è veramente il massimo del ridicolo per la realtà italiana, riconoscendo il Ministero della salute — per eccellenza — l'Istituto superiore di sanità quale organo tecnico preposto alla predisposizione delle azioni di prevenzione e di tutela della salute umana, nonché quale grande osservatorio epidemiologico dal quale trarre i dati su cui discutere e verificare!

Come si concilia, allora, tale visione federale del sistema? In qual modo è possibile immaginare che le azioni che proponiamo, attraverso gli strumenti legislativi ordinamentali, siano avocate da una struttura ministeriale burocratico-amministrativa che nulla potrà indirizzare, sul piano tecnico-scientifico, dal momento che non viene assolutamente considerata l'ipotesi di fare funzionare al meglio le strutture a ciò deputate?

Proprio in tale aspetto intravedo una subalternità culturale del nostro ministero, che non ha né la capacità, né la voglia, né la volontà, né la forza di valorizzare i propri istituti tecnico-scientifici già esistenti affinché, nell'azione di governo per quanto concerne le politiche sulla salute, ci si avvalga del massimo delle competenze e delle professionalità presenti nelle strutture pubbliche di ricerca del nostro paese.

Tali competenze sono da questo Governo mortificate, attraverso logiche assolutamente incompatibili con la realtà italiana ed europea, con la quale siamo obbligati a confrontarci, se vogliamo essere davvero un paese all'altezza della sua funzione di nazione importante del Mediterraneo e che agisce nell'ambito di un'Unione europea che, sui temi della prevenzione della salute e della ricerca sul terreno delle malattie, deve trovare il massimo delle sinergie istituzionali e delle competenze scientifiche per fronteggiare danni e rischi di un ordine di grandezza tale (si pensi, ad esempio, alla SARS) da rendere necessario mettere in allerta i sistemi sanitari ed attrezzarli meglio.

L'Istituto nazionale per la biologia molecolare e la costituzione, all'intero del Ministero della salute, dello strumento per la sorveglianza dei rischi derivanti da eventuali atti di bioterrorismo rappresentano tuttavia solo due esempi. Infatti, chi ha attentamente letto il testo del decreto-legge in esame ritrova misure che non hanno nulla a che vedere con il merito della vicenda che il suddetto decreto intendeva affrontare. La questione più grave di tutte, signor Presidente, signor sottosegretario e onorevoli colleghi, è che si è colta l'occasione di utilizzare il decreto-legge in questione per scardinare l'ordinamento della professione medica, esercitata secondo le leggi dello Stato, sulla base della normativa derivante dal decreto legislativo n. 29 del 1993 sul pubblico impiego e la contrattazione nazionale, approvata da istituzioni nelle quali vi è non soltanto il confronto con le organizzazioni sindacali dei medici, ma anche la responsabilità istituzionale del Governo e delle regioni, i quali, attraverso l'ARAN, disciplinano i rapporti di lavoro.

Certo, sottosegretario Cursi, potrebbe rispondermi che si tratta di un nuovo strumento introdotto dal Senato della Repubblica e che, pertanto, nel rispetto delle opzioni delle diverse Assemblee legislative, il Governo ha accettato un emendamento presentato al Senato dai colleghi della maggioranza che guida questo paese. Tale proposta emendativa, approvata dall'altro ramo del Parlamento, ha tuttavia messo in discussione il principio di esclusività e di reversibilità della scelta esclusiva della professione medica nel nostro paese.

Vorrei ricordare, signor Presidente, onorevoli colleghi e signori rappresentanti del Governo, che anche in tal caso non vi è una posizione pregiudiziale o ideologica, del tipo « non si tocca nulla di quanto prescritto oggi dalle leggi »: non è questo il punto. Tuttavia, sottosegretario Cursi, l'esperienza derivante dall'applicazione del decreto-legge in esame ci dirà quali risultati avrà prodotto, poiché il modo con cui è congegnata quella scelta arrecherà un grande nocumento non solo al sistema

aziendale, territoriale e ospedaliero del nostro paese, ma anche alla stessa professione medica.

Voi avete pensato, infatti, che, in base ad un astratto principio di libertà nell'esercizio della professione, rendere liberi i medici, a novembre di ogni anno, di esercitare fino a gennaio l'opzione rispetto alla reversibilità della scelta, avrebbe corrisposto al grande sentimento della libertà nell'esercizio libero-professionale. Peccato che i dati vi diano torto, visto che il 92 per cento della classe medica del paese ha accettato i principi del nostro ordinamento, ma ciò che è più grave è che vi darà torto il sistema aziendale del nostro paese! Infatti, attraverso questa norma, voi non solo avete esercitato una *captatio benevolentiae* verso quella piccola parte della classe medica del paese, che pensa, come si faceva tanti anni fa (secondo la logica del dottor Tersilli, nel noto film *Il medico della mutua*, che si riferiva all'anomalia del caso italiano), di poter esercitare la propria funzione, responsabile ed autonoma, dentro le strutture del Servizio sanitario nazionale e, contemporaneamente, lavorare per il sistema privato, nel quale lucrosi guadagni possano esaltare la professionalità. Oggi ciò non è possibile. La realtà sanitaria della medicina, della scienza biomedica è molto cambiata: chiama in causa la libertà dell'esercizio della professione, ma anche la responsabilità.

Dirigenti di secondo o di primo livello — primario del reparto o capo di un dipartimento — potrebbero lavorare contemporaneamente per due missioni diverse: per l'azienda ospedaliera e per la struttura privata accreditata. Facendo un paragone con il sistema aziendale, è come se un grande *manager* di Telecom Italia lavorasse anche per Tiscali o, nel settore automobilistico, il direttore generale del reparto vendite della FIAT lavorasse contemporaneamente per Toyota.

Tali sono i principi ispiratori del contenuto del provvedimento che, ripeto, a voler essere generosi, si può considerare come il tentativo elettorale di una *captatio benevolentiae*, in nome di un prin-

cipio di libertà dell'esercizio della professione medica nel nostro paese che non corrisponde non solo allo stato dell'arte, ma nemmeno alla realtà del funzionamento delle nostre strutture.

Chiedo al Governo ed ai colleghi della maggioranza come sarà possibile che un capo dipartimento trapianti, assunto con contratto quinquennale e che dirige una struttura ospedaliera in un settore così importante, possa, a novembre di ogni anno, dire: signori, mi dispiace, non lavoro più in esclusiva per voi; vado a fare trapianti alla clinica privata tal de' tali: osservo il mio orario di lavoro e faccio dell'altro. Non solo la *mission* di tale medico, per la responsabilità di direzione della struttura, viene a crollare, ma la stessa missione della struttura ospedaliera si indebolisce. Ecco perché noi vi accusiamo di sgretolamento del sistema, di razionamento della sanità pubblica, di un uso dei medici secondo una logica che ha portato l'Italia, nel ventennio passato, ad avere un pessimo Servizio sanitario nazionale. Nessuna azienda potrebbe programmare il futuro della propria struttura ospedaliera sapendo di non poter contare su una risorsa fondamentale, quella umana, almeno per la valenza di un contratto (cinque anni per gli incarichi di responsabilità, al livello dirigenziale di strutture complesse o di interi reparti).

Voi avete accettato questa impostazione in nome di alcuni punti scritti nel vostro programma (si sa, ancora una volta, di natura elettorale). Oggi assistiamo ad un confronto con una classe medica che vi mette in discussione. Signor Presidente, in questo paese non si è mai visto uno sciopero dei sindacati medici che ha radunato, per la prima volta, quarantadue sigle sindacali. La vera preoccupazione nella classe medica italiana non è il diritto di reversibilità, ma capire in quale Servizio sanitario nazionale lavori e quali siano la prospettiva, l'efficienza e la qualità del sistema, che sono le parti organizzative di contesto in cui una professione libera esercita, fino in fondo, la propria funzione. Invece, voi avete pensato bene che

il problema fosse di concedere ai medici la possibilità di recedere dal diritto di esclusiva a novembre di ogni anno.

Peraltro, signor Presidente, effettivamente entro in crisi anche nella mia funzione di parlamentare, perché non vi è alcun rapporto tra questa norma — così come è scritta — e il decreto legislativo n. 29 del 1993 sul pubblico impiego, che recita che l'ordinamento giuridico può essere modificato ogni due anni e l'ordinamento economico ogni quattro anni: nemmeno il buon gusto di aver previsto un'armonizzazione in termini temporali!

Questo è il decreto-legge sul quale oggi il Governo pone la questione di fiducia, e non è un caso che lo faccia. Infatti, in Assemblea e nel dibattito in Commissione, la stessa maggioranza nei propri interventi ha sollevato dubbi e perplessità su tale strumento. Come si dice in maniera più semplice: quando è troppo, è troppo! Questo provvedimento non solo non reggerà l'impatto, ma sarà veramente il detonatore di una serie di deflagrazioni del sistema: di ciò noi non ci assumiamo la responsabilità.

Avremmo voluto che in Assemblea gli emendamenti proposti, articolo per articolo, fossero stati presi in considerazione. Ciò accade quando vi è la volontà politica di produrre strumenti normativi o attuativi volti a risolvere i veri problemi del sistema; e non è vero che è la ragione tempo a minacciare la tenuta di questo provvedimento nel passaggio tra una Camera e l'altra. In tal caso, questa volontà non vi è stata e molti colleghi della maggioranza hanno sollevato problemi. Essi sanno bene, infatti, che le nostre valutazioni attengono non a questioni ideologiche del centrosinistra, ma a questioni di sostanza e di difesa della tenuta di un sistema. Signor Presidente, cari colleghi, a partire dai prossimi mesi, vedremo chi avrà avuto torto e chi ragione.

Di fronte alla questione di fiducia, non possiamo che combattere con le nostre armi regolamentari: quindi, non potremo che esprimere un voto contrario sulla questione di fiducia. Ma non possiamo in quest'aula, per senso di responsabilità isti-

tuzionale e per senso di responsabilità nei confronti del Servizio sanitario nazionale, dei cittadini italiani e di tutti i medici — lo ripeto: di tutti i medici, del medico di base, di quello specialista e di quello ospedaliero — non sollevare questioni di merito determinanti per la tenuta del sistema.

Ognuno di noi conosce le conseguenze quando si tocca la risorsa umana e ad essa non si danno autonomia, responsabilità, capacità di direzione e di assunzione collegiale delle responsabilità di una azienda territoriale o di un'azienda ospedaliera. Cari colleghi, il risultato di questo decreto-legge è che voi, all'insegna del « liberi tutti », sfasciate il Servizio sanitario nazionale!

Noi abbiamo a disposizione solo un'arma: dirvi « no » in questa sede e condurre — come facciamo oramai da molti mesi — una campagna di informazione reale e di merito sui contenuti dei vostri provvedimenti. Tutto ciò affinché i cittadini e i medici italiani sappiano che i provvedimenti che questa maggioranza ha varato in Parlamento portano ad un unico risultato: rendere il Servizio sanitario nazionale di tipo residuale e favorire un sistema privatistico che, peraltro, signor Presidente, non è all'altezza nemmeno della domanda di salute del paese. Infatti, non vi è azienda privata che sarà in grado di effettuare un pronto soccorso di emergenza, una neurochirurgia d'urgenza, un trapianto serio di cuore.

Sulla vicenda della salute si misura un grande principio. Esso non solo è retto dalla Costituzione, ma è un principio etico e morale che dovrebbe guidare tutti noi: il rapporto costo-benefici si discute in funzione della salute del cittadino e non del profitto di impresa e nemmeno della sua massimizzazione. In tutti questi anni, il nostro ordinamento ha teso a mantenere l'equilibrio del sistema pubblico e privato con regole di garanzia e con sistemi di accreditamento: voi lo state sgretolando e di questo portate tutta intera la responsabilità (*Applausi dei deputati del gruppo dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e della Margherita, DL-L'Ulivo*)!

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Burtone. Ne ha facoltà.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, non possiamo non sottolineare che il decreto-legge in esame, anche se la scorsa settimana ha « superato » il voto dell'Assemblea sulle questioni pregiudiziali di costituzionalità, rimane tuttora per noi incostituzionale.

Vogliamo ribadire che il decreto-legge sottoposto al voto di fiducia dal Governo riproduce sostanzialmente il contenuto del decreto-legge n. 10 del 21 gennaio 2004, che l'Assemblea aveva « bocciato » il 16 marzo del 2004 proprio sotto il profilo della costituzionalità.

Siamo quindi di fronte ad una lesione dell'articolo 77 della Costituzione, il quale afferma che non è possibile reiterare i decreti-legge non convertiti; peraltro, non sono sopravvenuti nuovi presupposti straordinari di necessità e di urgenza. Inoltre, nel decreto-legge al nostro esame sono trattati argomenti, come quelli relativi al finanziamento per i trapianti, agli istituti di genetica molecolare, alla programmazione degli *screening* in oncologia, che, pur importanti, sono comunque diversi rispetto agli urgenti interventi richiamati nel titolo del decreto-legge.

Ci troviamo quindi di fronte all'ennesimo decreto-legge che interviene in materie tra loro non omogenee, tanto che ogni singolo articolo potrebbe configurare quasi una sorta di provvedimento separato. Vogliamo ribadire che si tratta di un modo di legiferare non convincente, che tende a trasformare il Parlamento in una sede di ratifica di disposizioni ministeriali, tanto è vero che il Governo e la maggioranza, in sede di Commissione, non hanno permesso alcun ragionamento teso a migliorare le soluzioni agli urgenti problemi presenti nel nostro sistema sanitario.

Uno strano comportamento, quello del Governo e della maggioranza: non una parola è stata detta in Commissione, né è stato fornito alcun chiarimento, pur essendo stata avanzata una serie di domande non per porre elementi meramente

strumentali, ma per tentare semplicemente un confronto. Avevamo addirittura chiesto al presidente della XII Commissione un'audizione del ministro della salute, perché riteniamo che alcuni temi siano importanti e destinati ad influenzare l'organizzazione del Sistema sanitario nazionale; allo stesso modo, abbiamo posto l'esigenza di un confronto con i rappresentanti della Conferenza Stato-regioni. La risposta era stata in tal senso rassicurante; tuttavia, l'incontro non vi è stato, né con il ministro, né con i rappresentanti della Conferenza Stato-regioni.

Per quanto riguarda l'esame del provvedimento in Assemblea, si è fatto qualcosa di più. Si è posta la questione di fiducia, il cui voto determinerà la reiezione di tutti gli emendamenti presentati, chiudendo pertanto ogni possibilità di ragionamento teso a migliorare il provvedimento.

In particolare, noi vorremmo sottolineare alcune importanti questioni, che avremmo voluto fossero oggetto di una vera e propria « battaglia » parlamentare: in primo luogo, si prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. Nessuno sottovaluta le emergenze sanitarie legate alla SARS o l'allarmismo derivante dal rischio di attacchi bioterroristici; non si vede tuttavia la necessità di istituire un Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, considerato che esiste l'Istituto superiore di sanità, al quale sono attribuiti compiti di monitoraggio anche in questo campo.

Tale istituto si occupa della prevenzione e del controllo delle malattie. Dunque, il centro nazionale appare come una nuova sovrastruttura dai contorni procedurali e dalle competenze ancora da definire, se è vero che si richiama la necessità di nuovi decreti attuativi. Se vi è urgenza, perché ricorrere ai tempi lunghi e non utilizzare l'Istituto superiore di sanità? Bisogna potenziare, inoltre, le strutture del territorio, le prime a fronteggiare le emergenze.

La seconda questione riguarda la fondazione nazionale di genetica molecolare. Anche su tale tematica non abbiamo avuto alcun atteggiamento pregiudiziale ed abbiamo fornito la nostra disponibilità. Quando si parla di potenziare la ricerca, infatti, non può esservi che la cultura dell'ascolto per tentare di trovare le soluzioni migliori.

Abbiamo sempre avanzato molti dubbi sulla formulazione proposta dal Governo e dalla maggioranza. Le procedure ci appaiono poco trasparenti: per tale motivo abbiamo posto alcune domande che riproponiamo in questa sede. Avendo la fondazione nazionale natura di IRCCS, perché non si è seguita l'apposita procedura prevista per tali istituti? Perché per la definizione della sede non è stata coinvolta la Conferenza Stato-regioni? Perché non si è scelta la strada del potenziamento dell'Istituto di genetica molecolare del CNR?

Siamo convinti che siano prevalse solo questioni campanilistiche e clientelari. Avremmo potuto anche noi insistere per il trasferimento di tale struttura in altre parti del paese: ne abbiamo parlato anche provocatoriamente. Perché sempre e comunque un'area del nord, Milano? Perché non pensare, una volta, di cedere spazi di potere vero ad un'area del sud? Tuttavia, la nostra non era una questione di campanile. Visto che si tratta di distribuire cospicue risorse del ministero, avevamo proposto di realizzare, per la ricerca, un sistema a rete tentando di valorizzare tutte le strutture che in tale campo hanno fatto notevoli passi avanti.

La terza questione riguarda la prevenzione dei tumori. Colleghi, anche su tale argomento la nostra posizione non è stata strumentale od ostruzionistica. Ciò è dimostrato dal fatto che non abbiamo mancato di definire importante l'articolo che si occupa della questione. Non abbiamo posizioni preconcepite perché tale articolo, in fondo, risponde alle nostre mozioni, quelle che hanno trovato quasi l'unanimità dei consensi in questa sede. Il Governo, infatti, si è impegnato in aula a sostenere maggiormente gli *screening* preventivi nel tu-

more della mammella, del collo dell'utero, del colon retto. Vogliamo ricordare che anche in tale occasione il dibattito ha messo in evidenza che ci troviamo di fronte a due Italie diverse: nel sud, bisogna fare uno sforzo maggiore dal punto di vista culturale per convincere le donne dell'importanza della prevenzione. Durante il dibattito in aula sulla suddetta mozione ponemmo la questione, ricordando che studi scientifici hanno dimostrato la necessità di sensibilizzare maggiormente le donne di quel territorio. Inoltre, vi è un problema strutturale: nel sud, siamo ancora ben lontani dall'aver strutture che possano fronteggiare seriamente il flagello delle malattie oncologiche. Infatti, vi sono ancora tanti viaggi della speranza.

Tralascio altre questioni: ho voluto riprendere questo tema solo per ricordare che non abbiamo mai avuto una posizione strumentale.

Vorrei soffermarmi ora su un'altra tematica, che è diventata rilevante, perché su di essa si è aperto, nel paese, un dibattito: mi riferisco alla questione relativa alla reversibilità dell'esclusività del rapporto dei medici nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, a modifica della riforma Bindi. A questo punto vogliamo fare chiarezza, anche perché qualcuno ha romanizzato troppo sul tema. Vedete, anche su questa questione, non abbiamo avuto una posizione pregiudiziale, perché con i colleghi, in Commissione, abbiamo più volte sollecitato un confronto, chiedendo di trovare insieme, nel dialogo, una proposta emendativa migliorativa del testo. Non abbiamo mai avuto una posizione pregiudiziale, di netta chiusura, ma abbiamo posto il tema di non compromettere i servizi del Sistema sanitario nazionale e, nel contempo, di avere a cuore anche alcune richieste provenienti dai settori del mondo della professione medica.

Con questa impostazione — di coloro i quali, lo ripeto, non hanno avuto pregiudizio, che non sono stati chiusi, ma che anzi hanno voluto mostrare una disponibilità al dialogo, tant'è vero che abbiamo presentato in tal senso degli emen-

damenti —, intendiamo rispondere anche al collega senatore Tommassini, il quale ha dichiarato che la norma sull'irreversibilità dell'opzione ha provocato un'inutile ed improduttiva deportazione degli operatori. Al senatore Tommassini vogliamo ricordare che oltre il 92 per cento dei medici ha scelto il rapporto esclusivo. Sono tutti dei deportati? Il senatore Tommassini ricorda la condizione nella quale si trovavano ad operare alcuni (non tutti) medici, quelli che prima della riforma Bindi erano dirigenti del Sistema sanitario nazionale, pur operando in cliniche private ed esercitando la professione in diversi studi professionali?

Allora, al senatore Tommassini e a coloro i quali alzano il tono della polemica nei nostri confronti, dichiariamo con grande chiarezza che la riforma Bindi ha rappresentato, in questo ambito, un elemento di assoluta tutela della salute e, soprattutto, ha rappresentato un elemento di moralizzazione. Ad ogni modo, non volendo scendere nella polemica, continuiamo a ribadire che non ci sottraiamo al confronto, anche se il voto di fiducia ha vanificato qualsiasi contributo costruttivo e migliorativo, che abbiamo cercato di dare al provvedimento. Visto quindi che non ci sarà la possibilità di portare avanti tali contributi costruttivi, perché voi avete blindato il provvedimento — che andrà avanti così come è stato partorito dal Governo e dalla maggioranza al Senato —, vogliamo porre comunque alcune domande: le poniamo al Governo e ai colleghi della maggioranza, che in Commissione sono stati assolutamente silenziosi. Vogliamo chiedere se essi abbiano veramente valutato, in modo attento, le conseguenze della scelta che è stata operata. Il Presidente della Conferenza delle regioni, Ghigo, che non è un esponente dei partiti dell'opposizione, ha inviato una lettera al Governo, nella quale dice: volete intervenire sul regime del rapporto di esclusività, per quanto riguarda i medici? Naturalmente potete farlo, ma sappiate che in questo modo modificate uno dei capisaldi dell'accordo dell'agosto del 2001;

se modificate questo punto, le regioni non si considereranno più vincolate al rispetto dell'accordo.

Questa posizione delle regioni — lo vogliamo dire al Governo, al sottosegretario qui presente — non vi preoccupa affatto? A noi preoccupa, così come sappiamo che preoccupa il Ragioniere dello Stato. Il Governo ha calcolato — visto che il sottosegretario per l'economia e le finanze ha detto cose diverse — le possibili conseguenze finanziarie, che non sono solo legate alla minore uscita di risorse per la possibile riduzione della scelta di esclusività, ma anche al minore introito dell'attività intramuraria?

I problemi organizzativi derivanti da rapporti di lavoro non più esclusivi e parziali, decisi ogni fine anno, sono stati valutati attentamente? Vi saranno conseguenze sulle liste di attesa (più volte ci siamo trovati a discutere di tali problematiche)? I fabbisogni professionali nei reparti sono superabili con il blocco delle assunzioni che voi avete operato in altra sede? Non sarebbe stato più opportuno valutare questi aspetti con le regioni (noi lo abbiamo chiesto) e configurare una scelta che tenesse conto delle esigenze dei medici, ma anche dell'organizzazione del Sistema sanitario nazionale?

I nostri emendamenti (gli emendamenti del dialogo, del contributo in positivo) si proponevano questa finalità. Avevamo addirittura ipotizzato la possibilità della scelta della reversibilità, legandola alla scadenza del contratto (ogni tre anni), in modo che vi fosse un'organizzazione seria delle strutture dei servizi pubblici. Invece, per il modo in cui le norme sono state concepite, il sistema sanitario verrà gettato nel caos, con il probabile scardinamento di uno dei punti fondamentali dello stesso.

Non avete voluto il confronto né con le regioni né con i sindacati che attendono e chiedono da anni il rinnovo del contratto (a tale riguardo hanno scioperato per ben quattro volte 50 sigle sindacali, le quali hanno già preannunciato per il 4 e 5 giugno un'ulteriore mobilitazione).

Per concludere, si tratta di un decreto-legge fotocopia di quello presentato qual-

che mese fa (il decreto-legge n. 10 del gennaio 2004), e, come spesso avviene, le fotocopie peggiorano la qualità (infatti, il provvedimento in esame contiene norme discutibili). Inoltre, signor sottosegretario, lei dimentica il problema dei medici specialisti. Si tratta di personale giovane, dell'ossatura, della parte importante del Sistema sanitario nazionale che lavora nei nostri policlinici, che attende da anni di vedere applicata una disposizione comunitaria, di passare da un rapporto di lavoro instaurato con borse di studio a contratti di formazione e lavoro (e i giovani hanno protestato al riguardo più volte).

La soluzione prospettata da voi in quel decreto-legge poteva ulteriormente peggiorare la situazione (avevate ipotizzato un nuovo contratto specialistico), ma noi siamo riusciti a bloccarvi. Anche questa volta avete dimenticato i problemi dei giovani specializzandi, con una decisione discutibile che non ha permesso, prima in Commissione ed oggi in aula, anche a seguito della posizione della questione di fiducia, di dibattere in modo reale su questo tema, in modo da affrontare una tematica importante, legata alle vere urgenze che si avvertono nel paese; mi riferisco alla necessità di fornire risposte ad una parte importante del sistema delle professioni nel campo della sanità pubblica.

Noi avevamo compiuto ogni sforzo al riguardo, perché ritenevamo che il tema degli specializzandi fosse un'emergenza vera, come le tante che si avvertono nel paese e che non trovano una risposta in questo decreto-legge. È un decreto-legge che non tiene conto della disastrosa situazione finanziaria presente in alcune regioni nel campo della sanità, soprattutto in quelle governate dal centrodestra che, per compensare tali difficoltà, hanno dovuto introdurre nuove tasse.

Alcune regioni di centrodestra hanno dovuto imporre ticket non soltanto sui farmaci, ma anche sul pronto soccorso. La Sicilia, parlo della regione che meglio conosco, sprofonda nei debiti, anche perché travolta — lei lo sa, signor sotto-

segretario (ho presentato più volte interpellanze ed interrogazioni al riguardo) — dai conflitti di interesse.

Infatti, gli assessori che siedono nella giunta, che deliberano le risorse, che predispongono i piani di potenziamento delle strutture pubbliche e di quelle private hanno interessi specifici nel campo della sanità privata. E non mi riferisco solo all'assessore alla sanità, la figlia del quale è presidente dell'AIOP (Associazione italiana ospedalità privata), ma anche ad altri personaggi che operano e che deliberano per potenziare il privato a scapito del pubblico.

Il ministro, per anni, ha parlato di eccellenze e invece non riesce a mantenere una struttura ordinaria della nostra sanità. E penso non solo alla chiusura degli ospedali — mi riferisco alla Puglia —, ma anche alla situazione della Sicilia, che è un territorio che conosco, dove una semplice sindrome influenzale con qualche complicazione, conseguente alla stagione invernale, ha indotto un centro pediatrico a dare mandato agli infermieri di informare i genitori sul fatto che, per essere ricoverati in ospedale, occorre portarsi anche il lettino.

GIACOMO BAIAMONTE. È in ristrutturazione quell'ospedale! Dite la verità!

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Ciò accade nella sanità che voi state dissestando in Sicilia e nel paese!

Senza dimenticare — signor Presidente, signor sottosegretario — i nostri anziani.

GIACOMO BAIAMONTE. È in ristrutturazione! È la mia città, non la tua!

PRESIDENTE. Onorevole Baiamonte, per cortesia! Non possiamo svolgere un dibattito a due.

Prego, onorevole Burtone.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. L'anno scorso è bastata una condizione climatica un po' differente rispetto agli anni precedenti con temperature più

alte per determinare una condizione epidemiologica gravissima (7 mila morti).

Ancora oggi, in questo intervento urgente in materia di salute pubblica — così si dice nel titolo del decreto-legge — non vi è alcun progetto, non vi è alcuna iniziativa. Eppure il ministro ha lanciato qualche *slogan* elettorale, ha reso le solite interviste banali e scontate.

La sanità, purtroppo, non si cura con i voti di fiducia — lo vogliamo dire al Governo e alla maggioranza —, ma ripristinando la fiducia nella comunità. Una fiducia che voi avete tradito in una frontiera delicatissima come quella della salute.

Noi vogliamo rappresentare la fiducia nei confronti della gente e oggi lo facciamo attraverso una netta opposizione ad un decreto-legge che non affronta i veri problemi del paese, cogliendo, al contrario, aspetti clientelari che non vanno nella direzione della tutela dei diritti di cittadinanza della nostra comunità (*Applausi dei deputati dei gruppi della Margherita, DL-L'Ulivo e dei Democratici di sinistra-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Petrella. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE PETRELLA. Signor Presidente, signor sottosegretario, onorevoli colleghi, è veramente sorprendente che questo Governo, modificando forse solo la punteggiatura, riproponga quasi in forma di fotocopia gli stessi contenuti di un decreto-legge bocciato da questa Assemblea nel mese di marzo.

È chiaro che, in tal modo, il Governo ha palesemente violato un principio fondamentale sancito non soltanto dalla legge n. 400 del 1988, ma anche dalla sentenza della Corte costituzionale n. 360 del 1996. Si tratta di norme e sentenze che vietano al Governo di riproporre contenuti di decreti-legge non convertiti in legge dal Parlamento nei termini previsti dalla Costituzione.

La cosa più ridicola — signor Presidente — e, se mi consentite, più inquietante è che il relatore ha affermato che, in questi due

mesi, sono intervenuti fatti nuovi e straordinari a compromettere la salute degli italiani. Vorrei conoscere quali siano questi fatti nuovi e straordinari; probabilmente, li conosce solo il relatore e qualche membro del Governo, mentre a noi vengono nascosti al pari delle torture in Iraq. Dunque, quali sono questi fatti nuovi e straordinari? Oppure, è, questa vicenda, un'evidente invenzione, fatta di sana pianta, tesa a mascherare la debolezza del Governo e a cercare di « rabberciare », con un voto di fiducia, una maggioranza non più sussistente.

Ancora una volta, questo Governo calpesta le regole e ne fa carta straccia; ma si ricordino, i signori del Governo — e non faremo mai abbastanza per ricordarlo — che la democrazia è fatta di regole; regole che andrebbero rispettate anzitutto da chi ha maggiori responsabilità e, quindi, da chi governa.

Un Governo che, con un appoggio parlamentare che sopravanza le opposizioni di oltre cento deputati — circostanza che, in oltre cinquant'anni, non si è mai verificata in questo Parlamento —, ha tuttavia paura della sua stessa maggioranza e non porta avanti alcuna discussione approfondita su argomenti così delicati quali quello della salute, è un Governo che non merita neanche la fiducia dei suoi stessi parlamentari; meno che mai quella del paese, che ha già perduto.

Per entrare nel merito, poi, non voglio esimermi neanche da una citazione fatta ieri dal sottosegretario Cursi, che purtroppo non vedo in aula. Egli si è scusato, chiarendo che doveva partecipare ad una conferenza stampa sull'anagrafe bovina; il che è certamente importante, ma credo sia assai più importante — atteso che si è posta la questione fiducia — essere presente in Assemblea, almeno per ascoltare l'opposizione su argomenti così significativi, che riguardano la salute dei cittadini.

Ebbene, ieri, il sottosegretario ha affermato che l'onorevole Petrella, alto consulente per l'oncologia presso l'istituto per i tumori Pascale, insieme ad altri componenti della XII Commissione, si è sempre impegnato attivamente per la soluzione dei

problemi dell'oncologia. Non ho voluto esimermi dal fare questa citazione; peraltro, quanto riferito è vero. Insieme agli onorevoli Labate, Battaglia, Burtone e a tutti i componenti dell'opposizione della Commissione affari sociali della Camera, ci siamo battuti e ci batteremo sempre per i problemi dell'oncologia, così come per i problemi dell'intera sanità italiana. Diamo atto dello sforzo che si è compiuto attraverso l'articolo 2-bis, ma si tratta di una previsione che non soddisfa né noi né i cittadini italiani. Non è con i pochi milioni di euro previsti da quella disposizione nell'arco di tre anni che si possano risolvere i problemi dell'oncologia; chiunque conosca questi argomenti, sa che non è questo il modo di intervenire. Noi avremmo voluto discuterne e, nel confronto, migliorare il provvedimento recando il nostro contributo. Ma ciò non ci è stato concesso neanche in questo settore così delicato dell'oncologia.

Signor Presidente, le devo far presente che talune voci di fondo disturbano il mio intervento; la pregherei di intervenire...

Per entrare nel merito degli altri argomenti trattati dal decreto-legge, vorrei sottolineare come appare francamente e smaccatamente elettorale elargire fondi solo a Milano per la ricerca genetica. È uno schiaffo a tutti i ricercatori italiani; a Genova, come a Napoli, come in tantissime altre città italiane, operano centri di genetica altamente qualificati. Lo dico non come uomo politico ma come docente, professore ordinario di oncologia. È uno schiaffo che queste risorse vengano date solo a Milano, mortificando la ricerca che viene effettuata da tantissimi ricercatori in altre città italiane (*Commenti dell'onorevole Baiamonte*)... Signor Presidente, la prego gentilmente di consentirmi, almeno, di parlare in aula. Le interruzioni sono un modo scorretto di intervenire...

PRESIDENTE. Onorevole Baiamonte, la prego! Onorevole Petrella, è consentita qualche interruzione, ma vi è un limite. Lei ha il diritto di parlare e noi il diritto di ascoltarla.

GIUSEPPE PETRELLA. Fortunatamente, ci siamo noi dell'opposizione che non consentiremo un ulteriore indebolimento e impoverimento non solo economico ma anche culturale del Mezzogiorno. Proprio in questi giorni, signor Presidente, abbiamo presentato una proposta di legge, a prima firma del presidente dei Democratici di sinistra, l'onorevole Massimo D'Alema, per il miglioramento del sistema sanitario nel Mezzogiorno. La nostra proposta prevede che si sblocchi un fondo dell'INAIL di 5 mila miliardi di vecchie lire e si investano le risorse nell'innovazione tecnologica ed organizzativa.

In tal modo, si contribuirebbe a determinare un equilibrio di strutture, personale e risorse, dal quale trarrebbe beneficio l'intero Sistema sanitario nazionale, e dunque non soltanto il sistema sanitario delle regioni meridionali, ma anche quello del centro-nord, che non subirebbe più la pressione degli utenti che per la carenza dei servizi nel proprio territorio si rivolgono a strutture di altre regioni.

È a conoscenza di tutti un dato allarmante, relativo all'oncologia: nel Mezzogiorno ci si ammala molto meno di cancro rispetto all'Italia settentrionale, ma si muore in una percentuale pari a circa il doppio. Ciò accade perché nel Mezzogiorno non vi sono investimenti in questo settore, come non vi sono negli altri comparti della sanità.

Tuttavia, l'aspetto più inquietante del decreto-legge in esame è costituito dall'articolo 2-septies, che è assolutamente estraneo alla materia oggetto del decreto stesso. Mi chiedo quale sia l'urgenza indifferibile che minaccia la salute degli italiani e in virtù della quale occorre intervenire con tale norma.

Siamo democratici e, dunque, riteniamo che un Governo abbia il pieno diritto di modificare o anche stravolgere una riforma. Tuttavia, esso ha il dovere politico e morale di presentare una proposta al Parlamento e di aprire in tale sede un confronto effettivo e leale con l'opposizione. Se, invece, ci si affida, come è stato fatto, a un emendamento che l'onorevole Battaglia ha giustamente defi-

nito « corsaro », vale a dire piratesco, introdotto in un provvedimento relativo a tutt'altra materia, si compie un atto politicamente e moralmente inqualificabile.

Non intendiamo sottrarci al confronto sul tema della libera professione, né in Parlamento né con i medici. Proprio per questo, spiace rilevare come emerga la concezione di questo Governo, che non è certamente orientata verso modelli organizzativi che esaltino la funzione clinica del medico, alla quale ha fatto riferimento l'onorevole Labate (la ricerca, l'epidemiologia, l'organizzazione, la diagnosi, la terapia, la prevenzione, la riabilitazione).

Si è, purtroppo, all'interno di logiche corporative, vecchie e ampiamente superate da tutta la letteratura in materia. In tal modo, si rischia non solo di creare danni all'organizzazione sanitaria nel suo complesso, ma anche di compromettere la possibilità di vedere finalmente il nostro paese allinearsi nella professionalità medica agli altri paesi europei, al Canada e agli Stati Uniti. Il raggiungimento di tale obiettivo costituirebbe un notevole vantaggio per i medici, anche per coloro che sono costretti a formarsi all'estero, dove pure ottengono numerosi successi professionali.

Tutto ciò è estraneo alla logica di questo Governo, che sembra invece privilegiare criteri di piccolo cabotaggio (gli economisti parlerebbero di « economia mercantile arretrata »). Infatti, il Governo, proponendo una modifica della normativa vigente relativa alla libera attività professionale dei medici, apre di fatto la strada alla privatizzazione del rapporto tra l'azienda e il medico. Si badi bene: non si tratta di prevedere contratti di diritto privato ma di attivare, di fatto, rapporti di libera professione, esponendo il sistema alla privatizzazione del rapporto tra il medico e il paziente.

In tal modo, il cittadino non trova più nelle istituzioni, nello Stato, nella regione di appartenenza e nei soggetti erogatori accreditati e dunque concessionari di un servizio pubblico, la garanzia dell'esercizio del proprio diritto alla salute in termini di appropriatezza e qualità, ma deve invece

ricercarla nel rapporto con il singolo medico, che esercita quindi la sua funzione solo ed unicamente in ragione di se stesso e non per la sanità pubblica.

Il Governo vorrebbe, dunque, che le aziende pubbliche e le aziende accreditate fossero simili a case di cura, che offrono assistenza infermieristica e prodotti alberghieri e logistici, riservando l'aspetto clinico al rapporto soggettivo e privato tra i medici e i singoli pazienti. E questa la chiamate modernizzazione, signori del Governo? Qui siamo davanti alla consapevole — almeno così si spera, altrimenti si tratterebbe di superficiale e pericolosa ignoranza — censura che i soggetti privati imprenditoriali veri, che a fatica iniziano ad entrare nel mercato sanitario, pongono; la loro credibilità e attrazione sta nel fatto che è il soggetto imprenditoriale a garantire i cittadini e a rispondere agli stessi, nella scelta sia dei medici che dei modelli organizzativi.

Questo Governo sembra essere legato più a quei soggetti privati che hanno posto alla base del loro evento imprenditoriale solo e unicamente il prestigio di alcuni medici in grado di attrarre clienti, cui affittano studi, sale operatorie e spazi di degenza. A questo si vuole ridurre la sanità pubblica, signor sottosegretario? E nell'ambito del settore medico, cosa produrrebbe una simile strategia? Vantaggi economici per pochi, sottoculture, difficoltà di apprendimento e di miglioramento per tanti medici, costretti ad emigrare per vivere dignitosamente la loro professione. Questo è il progetto indicato dal Governo per i medici, cui si offre il classico richiamo del vantaggio economico presunto e soggettivo che deriverebbe dal rapporto libero-professionale.

Altra è la strada da percorrere, a nostro giudizio, con maggior rigore e serietà, facendo ricorso ad esperienze da tempo consolidate in tanti altri paesi europei. Allora, il primo cambiamento è quello di assegnare ai medici la responsabilità clinica, come ha sottolineato la collega Labate, cioè il governo clinico delle aziende, che si basa non sul possesso di posti letto, ma sulle risposte che si fanno

offrire al bisogno di salute di una popolazione in termini di appropriatezza di prestazioni e di qualità delle stesse. Dentro questo dato va letto il rapporto di esclusività che deve legare il medico alla struttura di appartenenza!

Il medico deve trovare le condizioni di esercizio vero della sua professionalità, che non è certo ricerca di clienti privati, ma aggiornamento continuo, discussione dei casi clinici, accesso alle tecniche e agli strumenti necessari ai processi clinici, confronto scientifico. Ed è la struttura che deve consentirgli tale esercizio, non in funzione di una logica di premi corporativi, ma perché ciò garantisce anche i cittadini.

La libera professione, quindi — voglio anche superare l'impostazione, forse alcune volte ideologica, della legge n. 229 del 1999 —, dovrebbe essere esercizio garantito dalla struttura ai cittadini e, di conseguenza, anche ai medici.

Non ci è stata data la possibilità di confrontarci con questo Governo, che pone la questione di fiducia anche su argomenti così delicati e così importanti senza chiedere all'opposizione se abbia qualche idea da portare avanti. Ebbene, questa è l'unica occasione che ci viene offerta per poter avanzare delle proposte. In altre parole, il direttore generale dell'azienda dovrebbe contrattare con i singoli medici il valore economico delle attività esercitate all'interno degli spazi assegnati alla libera professione, che diventerebbe così offerta aggiuntiva dell'azienda ai cittadini e dell'azienda stessa organizzata e diretta. Con i medici tali contratti dovrebbero essere di diritto privato — il medico esercita la sua funzione in nome e per conto dell'azienda, e non in nome personale — e calibrati in ragione della domanda e della capacità di attrazione di ogni singolo sanitario. Questa è la vera libertà di scelta, non un libero mercato sfrenato, aperto a pochi e precluso a chi non ha risorse economiche!

Non ci sarebbe, quindi, nessun tetto economico predeterminato, ma questi deriverebbero appunto dal valore economico della produzione. La libera professione

sarebbe così governata dall'azienda stessa e non da un mercato selvaggio, dove i poteri ristretti, derivati spesso proprio dal controllo dei posti letto e degli accessi alle attività cliniche, costringono i cittadini a ricorrere alla libera professione. Verrebbe esaltata e premiata anche la professionalità di quei medici che sono scelti in base al loro valore professionale e che diventerebbero, in tal modo, una risorsa importante per l'azienda e per l'intero sistema sanitario.

Per questi motivi, signor Presidente, signor sottosegretario, e per quelli già esposti dai colleghi precedentemente intervenuti, esprimo un «no» sentito e — spero — motivato dalle argomentazioni svolte (*Applausi dei deputati del gruppo dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e della Margherita, DL-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Battaglia. Ne ha facoltà.

AUGUSTO BATTAGLIA. Signor Presidente, voglio tranquillizzare i colleghi, il relatore e il presidente della Commissione. Essendo già intervenuto ieri nella discussione sulle linee generali, oggi mi limiterò ad un breve intervento per precisare alcuni punti — che, a mio avviso, andrebbero precisati anche in altre sedi — e per soffermarmi su specifiche questioni che meritano un approfondimento e che meriterebbero di essere oggetto di confronto con i colleghi della maggioranza. Questi ultimi, nel corso dell'esame del decreto-legge, si sono trincerati in una minima difesa d'ufficio del provvedimento, senza spendere di più dal punto di vista della passione politica e del contributo per consentire un confronto di idee doveroso, laddove si parli di sanità e di tutela di un diritto fondamentale dei cittadini quale il diritto alla salute.

Credo che i colleghi della maggioranza dovrebbero tenere in maggiore considerazione le richieste che provengono dal mondo medico. Il mondo medico — lo ricordavano i colleghi Labate, Petrella e Burtone — è stato impegnato in questi mesi — ed è tuttora impegnato nelle ulte-

riori azioni di lotta previste per le prossime settimane — in un serrato confronto con il Governo su questioni fondamentali attinenti alla professione medica e al Servizio sanitario nazionale.

I medici chiedono un maggiore impegno del Governo per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Ieri, il sottosegretario Corsi enumerava alcune cifre, che non tengono però conto di certi fattori. Se nel Servizio sanitario nazionale entreranno 600 mila nuovi utenti a seguito della sanatoria operata dalla legge in materia di immigrazione, questi utenti avranno un costo, perché essi chiederanno alle regioni, alle ASL e agli ospedali prestazioni di cui prima non avevano diritto. E se si pensa che con gli stanziamenti già previsti si possono mettere le regioni nelle condizioni di aprire il Servizio sanitario ad altre 600 mila persone, non è più sufficiente parlare del 6 per cento del PIL!

Occorre inoltre chiarire un dato: i fondi non sempre sono stati trasferiti effettivamente alle regioni. Vi è, infatti, una pendenza tra lo Stato e le regioni per decine di migliaia di miliardi; dunque, questi fondi sono « promessi » in alcuni casi e ciò determina per le regioni una condizione di carenza finanziaria, che le porta a ricorrere al prestito bancario. E quando si chiedono soldi alle banche si devono pagare gli interessi! Quindi, una parte importante di queste risorse, finalizzate alla spesa per i medicinali e alla cura dei cittadini, finiscono alle banche e questo provoca un ulteriore impoverimento del Servizio sanitario nazionale.

Questa situazione determina difficoltà quotidiane per i servizi sanitari: non si può assumere il medico che si dovrebbe, non si possono acquistare reagenti, non si può pagare la struttura accreditata. Tutto ciò, a sua volta, comporta che il cittadino, non trovando le risposte nel Servizio sanitario nazionale, è costretto a ricorrere alle prestazioni a pagamento, che ammontano a cifre consistenti.

Ormai, un quarto del bilancio sanitario lo paghiamo di tasca nostra. Ma una cosa è se paghiamo noi parlamentari, altra cosa è se a pagare di tasca propria è il pen-

sionato malato cronico, al quale questo « ghiocherello » costa 80 euro al mese, per tutto l'anno! Voi comprendete la situazione di quel pensionato al minimo sociale, che aspettava da Berlusconi il milione al mese, che non è arrivato, e, oltretutto, dovrà anche pagare 80 euro al mese per le medicine!

È chiaro che in alcuni casi le persone dovranno rinunciare a curarsi. In questo modo, viene leso il diritto costituzionale alla salute. I medici ci dicono di occuparci di questo.

I medici ci chiedono, inoltre, non l'abrogazione di tutte le regole che presiedono allo svolgimento del rapporto di lavoro, ma flessibilità. L'opposizione aveva presentato un emendamento ragionevole, che garantiva al medico di poter esercitare la sua scelta non una volta per tutte, senza la possibilità di modificarla successivamente, purché, però, tutto ciò avvenisse in un'organizzazione ordinata della sanità, con contratti nazionali da rispettare e con regioni che dettano gli indirizzi.

Se la maggioranza ed il Governo avessero mostrato maggiore disponibilità, se fosse stato possibile un confronto, avremmo potuto approvare, magari concordandola, una norma che andava incontro alle giuste richieste del mondo medico senza creare una situazione che rischia di scardinare e di disorganizzare ulteriormente il Servizio sanitario nazionale: si tratta di una macchina molto complessa il cui funzionamento non può dipendere, ogni anno, da una libera scelta dei medici.

D'altra parte, la sanità moderna richiede la presenza del medico ed una sua totale dedizione. Una volta, il malato stava in ospedale per un mese; di conseguenza, il medico poteva passare in quel determinato giorno o dopo una settimana. Adesso, il malato resta in ospedale da tre a cinque giorni: è in questo breve periodo di degenza che ha bisogno di tutta l'attenzione possibile da parte dell'intera *équipe* sanitaria. Dal canto suo, quest'ultima può funzionare bene se tutti i suoi componenti si impegnano, collaborano tra loro e dedicano energie e pensieri al lavoro; se, invece, i medici cominciano a pensare che

dopo dovranno andare a lavorare in un altro luogo, si determinano, da un lato, disaffezione al lavoro nell'ambito dell'*equipe* (se un medico se ne va a lavorare da un'altra parte, non dimostra attaccamento al reparto in cui opera) e, dall'altro, dequalificazione della stessa azienda, perché il cittadino sarà indotto a ritenere che, nell'altra struttura, quel medico sia un po' più bravo, assicuri condizioni diverse e, in definitiva, sia più affidabile. Insomma, il Servizio sanitario pubblico rischia di essere considerato un luogo di transito e non il luogo dove le prestazioni sanitarie vengono erogate al massimo livello. È proprio questa, invece, l'ambizione che abbiamo noi (e che dovrebbe avere un Governo che ha a cuore il Servizio sanitario nazionale)!

I medici ci chiedono anche una più adeguata copertura assicurativa. Oggi, il contenzioso è sempre più diffuso e questi professionisti, che rischiano in proprio, dovrebbero essere maggiormente tutelati (come, del resto, prevede una parte del contratto rimasta inattuata). È chiaro, infatti, che il rischio di essere convenuto in giudizio può portare il medico ad assumere atteggiamenti più prudenti, a limitare la sua azione e, in taluni casi, ad astenersi dal tentare un percorso terapeutico che, pur valido, potrebbe esporlo a conseguenze negative. Questo rischio crea un certo disagio anche nei rapporti con il cittadino.

I medici ci chiedono di essere più protagonisti nel Servizio sanitario nazionale: non vogliono essere schiacciati da norme, regole, circolari, disposizioni amministrative affastellate, che limitano le possibilità di scelta e che impediscono loro di assumersi responsabilità — il cosiddetto governo clinico —, in una gestione delle ASL che, nel processo di aziendalizzazione, ha condotto, in alcune situazioni, ad una burocratizzazione del rapporto. Al contrario, abbiamo bisogno che i medici possano esprimere tutta la loro professionalità, la quale riguarda non soltanto l'atto medico in sé, ma anche, ad esempio, la gestione di un reparto, la direzione sanitaria, la direzione di un dipartimento.

Quanto ai limiti da porre alla spesa — siamo tutti consapevoli che dobbiamo ragionare nell'ambito di un sistema a risorse definite —, una cosa è operare sulla base di disposizioni burocratiche (una certa medicina non si può dispensare: chi la vuole, se la paga), altro è affidare alla responsabilità ed alla scienza e coscienza del medico la possibilità di individuare percorsi di cura e soluzioni organizzative che garantiscano il contenimento della spesa, in un quadro che privilegi comunque il malato ed il suo diritto alla salute.

Di tutto questo non si parla. Nel provvedimento non si fa riferimento ai contratti scaduti, alle convenzioni che devono essere rinnovate, alla possibilità di garantire risorse ed una regolamentazione più chiara per la formazione continua. Non si tratta solo di una questione economica: guai a commettere tale errore!

Un importante obiettivo da realizzare è quello della presa in carico del cittadino gravemente ammalato, spesso sbalottato da un ospedale ad un altro, da un centro di riabilitazione ad un altro, lasciato solo nel momento in cui deve trovare un ricovero. Questa è la quotidianità! Spesso il cittadino dimesso dall'ospedale è costretto a trovarsi autonomamente un centro di riabilitazione, come se le famiglie italiane fossero attrezzate per individuare facilmente un centro di riabilitazione o un luogo per un ulteriore ricovero. Dobbiamo attribuire questa funzione al Servizio sanitario nazionale. In questi passaggi, il medico di famiglia potrebbe essere il riferimento sicuro per il cittadino affetto da una malattia grave (ciò è oggetto della convenzione).

Se non rinnoviamo la convenzione e non staniamo adeguate risorse per consentire ai medici di famiglia di diventare il punto di riferimento, l'ancoraggio del cittadino e della sua famiglia rispetto alle esigenze sanitarie, rechiamo un danno al Servizio sanitario nazionale e non risolviamo il problema. Avremmo voluto che il provvedimento sull'emergenza sanitaria in esame affrontasse queste emergenze, questi problemi. Invece, si crede di prendere una scorciatoia, consentendo al medico di