

La seduta comincia alle 15,10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della salute, Girolamo Sirchia, sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, l'audizione del ministro della salute, professor Girolamo Sirchia, sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Ringrazio il ministro per aver accolto il nostro invito e gli do subito la parola.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Non credo sia utile discutere in questa sede dei dettagli di questo importante provvedimento, che è a vostra disposizione e che potrete, dunque, valutare in tutte le sue parti. Credo, piuttosto, sia utile soffermarmi sul valore storico di questo provvedimento, che ha visto per la prima volta lo Stato e le regioni confrontarsi alla luce delle nuove responsabilità sul tema dell'organizzazione e gestione della sanità, che interessano queste ultime a seguito dei recenti provvedimenti di devoluzione.

Tutta la vicenda è nata dal forte richiamo all'Italia, da parte dell'Unione europea e dell'Ecofin, sulla necessità di mettere ordine nella spesa sanitaria (ma anche in quella pensionistica), affinché il cronico disavanzo registrato dalla sanità per tanti anni avesse termine e potesse essere finalmente assicurata la stabilità economica nei fatti e non solo nelle parole.

Di fronte a tale forte richiamo da parte dell'Unione europea, lo Stato e le regioni, con grande consapevolezza e pur nella tutela dei rispettivi interessi, si sono confrontati - con una dialettica anche accesa e a volte irruente - per giungere ad un accordo, quello dell'8 agosto 2001.

Tale accordo prevede che il fondo sanitario nazionale venga incrementato di 26 mila miliardi in quattro anni; al termine di questo periodo però tale fondo non esisterà più e vi sarà la piena autonomia delle regioni sia sul versante della spesa (ma questo già da subito), sia sul versante delle entrate. A fronte di questa responsabilità le regioni acquisiscono il potere di organizzare e gestire il servizio sanitario nazionale, all'interno di una cornice di principi fondamentali, di tipo etico, che verranno definiti ancora una volta con un accordo tra lo Stato e le regioni, ma che sono comunque di competenza dello Stato. Per raggiungere questo obiettivo le regioni, oltre alla certezza del finanziamento, hanno chiesto anche la certezza su quali siano i livelli cosiddetti essenziali di assistenza, cioè quali siano le prestazioni che il servizio sanitario nazionale deve erogare a tutti i cittadini italiani tramite le regioni stesse.

A stralcio del piano sanitario nazionale, che prevede appunto questo capitolo, le

regioni hanno, a mio avviso giustamente, preteso di arrivare alla definizione dei LEA. Si sono succeduti diversi incontri tecnici e sono stati presi in considerazione quattro diversi capitoli delle prestazioni. Il primo riguarda le prestazioni di ricovero e cura ospedaliera, cioè la spesa ospedaliera. Su quest'ultima le regioni si sono chieste se potevano autonomamente tagliare delle prestazioni che vengono oggi effettuate in ospedale, se esistono cioè prestazioni ospedaliere buone ed altre meno buone. La risposta al riguardo è stata alla fine concordemente negativa, perché non è tanto la prestazione ad essere più o meno buona, quanto l'uso che se ne fa. Sono state, dunque, ridotte solamente alcune prestazioni di tipo estetico, la circoncisione di tipo rituale e altri piccoli interventi, ma sostanzialmente la prestazione ospedaliera resta quella che era prima. Ciò che è cambiato è l'impostazione, con una maggiore attenzione verso l'appropriatezza delle prestazioni, cioè all'uso buono o cattivo di esse. Sono stati indicati (e accettati) per la prima volta degli indicatori di appropriatezza, che serviranno alle regioni per consentire loro di ripensare la rete ospedaliera e di ridurre il numero di posti letto, in conformità all'accordo dell'8 agosto scorso, cominciando a ridurre proprio quei posti letto che, più di altri, risultano sorgente di ricoveri inappropriati. Peraltro, disponiamo di un conto preliminare in base al quale, in relazione a quell'elenco delle prestazioni dove l'appropriatezza è più a rischio, il risparmio può oscillare tra i 10 e i 14 mila miliardi l'anno: quindi una cifra consistente.

Le regioni hanno, però, fatto presente che questa problematica di ridurre i ricoveri inappropriati e i posti letto non è nuova: sono anni, infatti, che si dice che si devono ridurre i posti letto per acuti ma ciò non è stato mai fatto. Questo perché vi è il rischio che scendano in piazza i sindaci, il curato, il farmacista del paese per guidare una folla inferocita contro le regioni. Queste ultime si sono allora domandate cosa fosse cambiato. In proposito, ritengo sia cambiato qualcosa di sostanziale; le regioni si trovano infatti di

fronte ad una scelta: o andranno contro alcune categorie, che tenteranno di mantenere queste strutture, anche se inutili (o comunque non essenziali), oppure andranno contro tutti i cittadini imponendo loro una tassa, cioè un'addizionale IRPEF, che certamente risulterebbe più impopolare. Le regioni hanno, ovviamente, accolto questa sfida con grande consapevolezza, accettando un rischio pesante e prendendosi l'impegno entro il quadriennio di sanare la rete ospedaliera. Dico « sanare » anche perché quel risparmio deve essere riversato nelle aree che fino ad oggi non hanno trovato la necessaria copertura finanziaria, come quelle, in particolare, riguardanti l'anziano e il malato cronico.

Il secondo ambito è quello dell'assistenza specialistica. In questo caso il dibattito è stato molto più pesante: le regioni infatti intendevano eliminare gran parte delle prestazioni rientranti in tale campo, oggi assoggettate a *ticket*, portandole a totale carico del cittadino, con particolare riferimento alle prestazioni ad alta tecnologia. Tale intenzione non è stata ritenuta percorribile dal sottoscritto né da altri, e si è quindi ripiegato sul mantenimento dell'attuale situazione, riducendo tuttavia alcune prestazioni. In particolare, la scure è calata su fisiokinesiterapia e prestazioni rientranti nella medesima area, il che ha generato e tuttora genera non poche difficoltà. Tali difficoltà sono state solo in parte prese in considerazione prevedendo, ma in una posizione sbagliata o criticabile, solo quattro di queste prestazioni a fronte delle diciassette che sono state eliminate.

L'assistenza farmaceutica ha rappresentato un altro grande tema di dibattito, perché inizialmente le regioni, invocando il fatto che già ora sono autorizzate ad imporre *ticket*, proponevano che tutti i farmaci, compresi quelli di fascia A, venissero assoggettati a *ticket*. Ciò non è sembrato accettabile e vi è stato, quindi, un lunghissimo e vivace dibattito, che alla fine ha portato ad una suddivisione dei farmaci in quattro fasce: la fascia A, a totale carico dello Stato, che comprende 18 mila dei 22 mila miliardi di spesa annui (quindi la gran parte dei farmaci già

attualmente in fascia A); sono state, poi, create due categorie di farmaci di fascia B (B1 e B2), dove le regioni hanno facoltà, se lo desiderano, di applicare un *ticket*, che varia tra lo 0 e il 20 per cento (nel caso di fascia B1) e tra il 20 e il 50 per 100 (nel caso di fascia B2). Peraltro, probabilmente questa imposizione di *ticket* - come è stato dichiarato - non verrà effettuata, in quanto sono state identificate con maggiore chiarezza e minor rischio altre risorse.

Il farmaco generico ha dato, infatti, un risultato più importante di quanto previsto (siamo ad una stima di 800 miliardi annui di risparmio), così come la fissazione del prezzo del farmaco generico al livello più basso ha rappresentato un'altra consistente sorgente di risorse. Inoltre, la distribuzione diretta prevedibile (forse non da tutti attuabile ma comunque possibile) produce grandi risorse; anche l'utilizzo della distribuzione ospedaliera (quindi l'acquisto a prezzo ospedaliero, con il 50 per cento di sconto che ogni ASL ha facoltà di applicare per 11-12 categorie di farmaci) e la distribuzione attraverso le farmacie consentono ulteriori risparmi. Infine, è stata ottenuta dalle industrie farmaceutiche la riduzione secca dei prezzi di listino del 3,5 per cento circa, che genera un'ulteriore sorgente di risorse. Pertanto, la grande attenzione che il dibattito aveva cominciato a suscitare sulla questione dei *ticket*, sulla fascia A, sulla fascia B (B1 e B2), ha perso di consistenza nel momento in cui la quantità di denaro (1.000 miliardi), da essa ricavabile, si è posta a confronto con più facili e di gran lunga più interessanti vie di risparmio, sicuramente meno traumatiche.

Infine, l'area del socio-sanitario, del cronico e della dipendenza (intesa come non autosufficienza) è forse la più spinosa. In quest'area il nostro paese è in ritardo gravissimo rispetto al cambiamento demografico, perché a fronte di una stima prudente di fabbisogno pari a 32 mila miliardi l'anno, l'intera area prevede una disponibilità di 13 mila miliardi annui. Pertanto, tale problema si pone oggi con grande rilevanza e c'è la necessità di

affrontare da subito il ritardo che registriamo su due fronti, quello del reperimento delle risorse e quello della non organizzata gestione dei servizi, in modo da erogare il servizio giusto al paziente giusto; infatti non è stata ancora disegnata in maniera efficiente ed incisiva la rete dei servizi.

In questo campo altri paesi sono partiti molto prima di noi: la Germania, ad esempio, ha adottato nel 1995 un modello di fondo assicurativo obbligatorio a ripartizione fra datore di lavoro e lavoratore, con resa del beneficio da parte del lavoratore con giornate lavorate in più. Altri paesi, come l'Inghilterra e la Francia, sono invece ricorsi alla fiscalità generale. A prescindere dalla scelta che il Governo e il Parlamento riterranno di operare, è comunque fondamentale che tutti, regioni e Governo, abbiano la consapevolezza che oggi non si può più proseguire senza avere risorse e servizi adeguati per quella fascia di popolazione che sta aumentando e che porrà, quindi, questo problema sempre più all'attenzione di tutti.

È stato posto particolare accento sull'assistenza sanitaria delle popolazioni che vivono in comunità isolate o nelle isole minori. Si tratta di un problema reale per il nostro paese e bisogna prevedere livelli essenziali diversi rispetto ad altri paesi. Su tali basi è stato siglato l'accordo; si tratta di un risultato soddisfacente ed importante oppure di un pericolo mortale? È una riduzione dei servizi resi ai cittadini (come alcuni hanno affermato) o è un modo diverso di fornire alla sanità maggiori risorse e servizi, evitando la formazione di buchi cronici nel bilancio italiano, che porterebbero il nostro paese fuori dall'Europa, e l'imposizione di nuove tasse o liste d'attesa che di fatto razionano i servizi?

Si tratta di una misura che blocca la vecchia, cronica malattia del sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale e che dà certezza alle regioni e ai cittadini che i servizi saranno erogati più di prima e non meno. Non tutto si risolve; infatti, alcune categorie sono state colpite dall'accordo e ne siamo perfettamente consci.

L'industria farmaceutica ha lamentato di aver pagato un prezzo molto alto; ma non è stato proprio così, anche se è certo che è stata penalizzata più di altre categorie. D'altra parte, il risultato non è sembrato molto iniquo, dal momento che negli anni precedenti vi era stato per esse con l'eliminazione del *ticket* un maggiore introito, anche se non è stato pari a 5 mila miliardi, come le industrie farmaceutiche hanno sottolineato.

Altre categorie, come per esempio i fisioterapisti, hanno sostenuto di aver pagato per una scelta compiuta a loro svantaggio da alcune regioni (che hanno eliminato una porzione delle loro prestazioni) ed hanno considerato questa operazione ingiustificata e negativa. Ci sono però altri problemi: alcune regioni sono più deboli di altre e forse ancora non sono pronte per affrontare il carico di responsabilità che si sta preparando. Le regioni dovranno perciò sviluppare forti legami di solidarietà e diventare le uniche protagoniste di un'azione in cui lo Stato non ha più ragione di essere. Infatti, anche il fondo di perequazione diventa un fondo orizzontale e all'interno delle regioni si determineranno i parametri di distribuzione.

Ho proposto che le regioni più deboli godano di una attenzione particolare, alzando il tetto della spesa farmaceutica al 14 per cento; ciò non risolverà i loro problemi ma, a fronte di impegni precisi di rientrare nei conti entro un determinato periodo, non si aggraverà la loro posizione con oneri insostenibili. È stata provvidenziale l'idea di attivare un osservatorio congiunto per controllare i flussi di spesa ed i servizi erogati. Ciò evita che una impostazione eccessivamente rigida non possa nel tempo essere modificata. È una disponibilità che fa parte del buonsenso.

Il provvedimento rappresenta un vantaggio per il paese e per i cittadini, un riordino ed un finanziamento del Servizio sanitario nazionale, che da tutte le parti e da molto tempo si auspicava e che finalmente si è realizzato. È sicuramente imperfetto e da perfezionare, ma è un punto fermo come mai è stato fatto in passato.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro della salute per la sua relazione. Do ora la parola ai colleghi che desiderano intervenire. Vorrei ricordare ai colleghi l'accordo raggiunto all'inizio della legislatura per contenere i tempi di lavoro della Commissione, nel senso di prevedere un intervento per gruppo per non più di 10 minuti e un limite di 5 minuti per gli altri interventi.

AUGUSTO BATTAGLIA. Intervengo sull'ordine dei lavori per chiedere come si concluderà la discussione. Al Senato si è concordato che in una settimana si esprimerà una sorta di parere sui livelli essenziali di assistenza. Vorrei sapere se ciò avverrà anche alla Camera: infatti, non avrebbe senso l'espressione di un parere da parte di un solo ramo del Parlamento.

Se ciò fosse, potremmo allora organizzare i nostri lavori, tenendo anche conto che stanno scadendo i termini per la presentazione degli emendamenti alla legge finanziaria.

GIROLAMO SIRCHIA, Ministro della salute. Non sono un esperto di lavori parlamentari, ma mi è stato detto che un ordine del giorno che vincola, come peraltro si faceva nel passato, a trasmettere alle Commissioni i provvedimenti, non significa che le stesse li debbano approvare.

Il provvedimento ha un termine tassativo - il 30 novembre 2001 - e sarà firmato comunque entro la data.

PRESIDENTE. La questione dei termini per la presentazione degli emendamenti alla finanziaria è già definita. La Commissione è sempre libera di presentare e votare una propria risoluzione su qualunque argomento di sua competenza.

GIUSEPPE FIORONI. Anch'io intervengo sull'ordine dei lavori: in sede di conversione del decreto-legge n. 347 del 2001, è stato approvato un ordine del giorno che credo il Governo abbia accolto. Non era presente il ministro Sirchia, ma c'era comunque il sottosegretario delegato dal ministro.

Nel nostro Parlamento l'ordine del giorno può non servire a nulla oppure essere qualcosa di sostanziale. Se l'ordine del giorno rientrasse nella prima fattispecie, ringrazieremmo il ministro Sirchia delle comunicazioni e della sua visita ed, oltretutto, essendo oberato da molti impegni, non riterrei il ministro Sirchia interessato ad ascoltare il nostro pensiero. Se la scadenza per la firma è domani, ci sarebbero da chiarire alcune cose nei rapporti tra Governo e Parlamento. Allora, se il ministro è interessato a conoscere il pensiero della Commissione (come prevedeva l'ordine del giorno) sui livelli essenziali di assistenza si può aprire una discussione che si potrà concludere con una risoluzione (i termini sono ordinatori e non perentori): se invece il ministro non è affatto disponibile ma è soltanto venuto per comunicare un'informativa egli, pur intervenendo, comunque non avrebbe corrisposto allo spirito dell'ordine del giorno.

È un necessario chiarimento che il Governo deve alla Commissione prima di cominciare il dibattito. Nei rapporti tra Governo e Parlamento rispetto ad un ordine del giorno accolto dal Governo stesso, è importante ribadire la linea stabilita ed avere un parere della Commissione, che non si riduce semplicemente all'espressione di un'opinione, ma che si può concludere con una approvazione o una disapprovazione, con o senza condizioni. Non gradisco sapere che cosa pensi il presidente, ma ciò che pensa il Governo.

PRESIDENTE. Dal punto di vista procedurale ciò che pensa il presidente lo dovete purtroppo ascoltare!

GIUSEPPE FIORONI. Ho già detto che dal punto di vista procedurale lei ha ragione: l'ordine del giorno è stato accolto, ma ciò può significare molte cose. Il ministro Sirchia ha fornito un'informativa alla Commissione e lo ringrazio; dopodiché interverremo sull'informativa e la valuteremo.

Vorrei sapere però se si tratta di un'informativa che si concluderà con un semplice giro di interventi o con un atto

specifico della Commissione; se quest'ultimo fosse auspicato dal ministro sarebbe cosa ben diversa. Qualora invece la Commissione decidesse di procedere autonomamente, discuteremo fra un attimo la questione nell'ufficio di presidenza, dopo che il ministro Sirchia avrà lasciato l'aula perché ha altri impegni.

MAURA COSSUTTA. Ieri, durante la discussione generale sulla finanziaria, è stato votato un emendamento che prevedeva che per i livelli essenziali di assistenza fosse necessario un passaggio istituzionale. Dopo l'approvazione dell'emendamento proposto dalla maggioranza, tutti i colleghi potrebbero essere d'accordo per una interpretazione di sostanza dell'ordine del giorno approvato in sede di conversione del decreto-legge n. 347 del 2001.

PRESIDENTE. In questo momento siamo di fronte ad un provvedimento che non ha bisogno del nostro parere. È stato approvato un ordine del giorno ed il ministro ed il Governo hanno accettato di presentarsi, come la maggioranza e l'opposizione hanno richiesto, per riferire sui livelli essenziali di assistenza. Se qualcuno avesse proposto una risoluzione (comunque da presentare prima), eventualmente, avremmo potuto esaminarla, ma ciò non è avvenuto. Nell'eventualità che volessimo instaurare il procedimento, la risoluzione potrebbe essere votata per la prossima settimana (come probabilmente farà il Senato) mentre il decreto sui LEA sarà firmato e pubblicato domani.

Questa è la situazione dal punto di vista formale.

GIUSEPPE FIORONI. Forse non sono stato chiaro; vorrei però una risposta « banale » dal Governo. Mi risulta difficile presentare una risoluzione su dichiarazioni o cose che non conosco. È vero che il sottosegretario Cursi dice che sono dotato di poteri di vegggenza, ma la risoluzione riguarderebbe quanto detto in audizione dal ministro e non un atto delle regioni e del Governo, che impegna entrambi escludendo il Parlamento. Solo

dopo l'audizione del ministro, avrei potuto presentare la risoluzione, a meno che non fossi un veggente e potessi sapere che cosa oggi il ministro Sirchia sarebbe venuto a dirci.

Non è una questione di regolamento, bensì di normale senso logico. Se però lei pretende che si presenti una risoluzione con la data di ieri sulle dichiarazioni che il ministro Sirchia ha reso oggi, mi spiegherà il procedimento per farlo in futuro. Mi sta bene qualsiasi decisione. Vorrei solo sapere dal Governo - perché la via formale l'ho capita, così come già sapevamo, d'altronde, che l'ordine del giorno, nonostante sia stato votato dalla Camera, sarebbe stato disatteso dal Governo - se oggi siamo qui semplicemente per ascoltare una cortese informativa del ministro (con la conseguenza che i nostri interventi a ciò si limiterebbero); in tal caso se, successivamente, presentassimo delle risoluzioni, questa sarebbe soltanto una nostra scelta, non pertinente a quanto affermato dal Governo.

Se la situazione è differente ce lo deve dire, appunto, il Governo. Se, infatti, quest'ultimo dicesse di accettare lo spirito dell'ordine del giorno e di voler tenere conto, prima di partecipare alla Conferenza Stato-regioni (anche se non c'è scritto nella legge), di una risoluzione votata dalla Commissione, adotterebbe un atteggiamento formalmente e sostanzialmente corretto, perché la risoluzione sarebbe frutto di una nostra volontà (e potremmo calendarizzarla subito) che inoltre rispetterebbe sostanzialmente quanto previsto nell'ordine del giorno. Tuttavia, il ministro potrebbe anche considerare questa una semplice e cortese informativa e niente più, ritenendo di aver in questo modo adempiuto quanto previsto in quell'ordine del giorno: vorrei però saperlo prima dell'inizio del dibattito.

GIACOMO BAIAMONTE. Chiedo scusa, signor presidente: sono meravigliato per le questioni sollevate da alcuni membri della Commissione, i quali invece sostenevano il contrario nella precedente legislatura. Mi riferisco all'informativa dell'allora mini-

stro della sanità Bindi su alcune problematiche; in quell'occasione, mentre ottenevamo l'informativa, il ministro Bindi già prendeva, al ministero, accordi con i sindacati, non ricordandosi della presenza del Parlamento e delle Commissioni competenti.

Quindi, ripeto, tutto ciò mi lascia perplesso, perché proprio i parlamentari che oggi sostengono certe cose, nel corso della passata legislatura difendevano il loro contrario attuato dall'allora ministro della sanità.

GIUSEPPE FIORONI. Presidente, se il collega ha parlato per fatto personale - non so se questo sia un buon modo di procedere: rischiamo di non finire più - posso farlo anch'io e penso di avere la precedenza sugli interventi sull'ordine dei lavori.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Normalmente si parla per fatto personale alla fine dei lavori: è capitato anche a me nella scorsa legislatura. Anche nei consigli comunali, gli interventi per fatto personale vengono svolti alla fine dei lavori.

I vostri interventi sull'ordine dei lavori stanno precludendo la possibilità a tutti i commissari di poter intervenire su questa materia. Dovete avere anche il rispetto di ascoltare gli altri: quando sarà il vostro turno direte tutto ciò che vorrete.

Credo che il malcostume di non coinvolgere il Parlamento in certe scelte nasca da ieri, da quando cioè eravate voi a governare. Come maggioranza attuale stiamo chiedendo al Governo di poter incidere anche noi sulle decisioni, in quanto rappresentanti dei cittadini, allo stesso modo delle regioni.

La domanda che vorrei porre intervenendo sull'ordine dei lavori è la seguente. Considerato che il motivo per cui abbiamo votato quell'ordine del giorno, che non prevedeva nessuna risoluzione né altro (esattamente come è accaduto negli anni passati), era che, nel votare il decreto-legge n. 347 del 2001, non fu possibile per il Parlamento introdurre delle modifiche per il poco tempo a disposizione, vorremmo

sapere dal ministro se c'è la volontà nel futuro di intervenire al fine di correggere gli errori e far sì che il Parlamento possa partecipare a quell'osservatorio e svolgere un ruolo nell'ambito dell'accordo che vi sarà in futuro fra le regioni e lo Stato.

A questo proposito vorremmo già da subito esprimere alcune valutazioni, perché il Parlamento, oltre ad esprimere giudizi di tipo politico, ne esprime molto spesso anche di tipo tecnico, in virtù della specifica competenza di alcuni suoi membri.

Le chiedo, quindi, signor presidente, di far in modo che questo dibattito possa andare avanti e che sia consentito a tutti i commissari di intervenire, anche perché credo che più interventi sullo stesso argomento non siano consentiti oltre una certa misura.

Vorrei, quindi, sapere dal ministro se permane o meno la volontà di collaborare e di coinvolgere il Parlamento in una discussione su argomenti che vanno al di là del rapporto esclusivo Stato-regioni. Se così fosse, potrebbe iniziare sin da oggi un dibattito su eventuali correttivi; vorremmo, cioè, che quell'osservatorio congiunto al quale faceva riferimento il ministro e che abbiamo condiviso, veda la partecipazione anche del Parlamento.

PRESIDENTE. Ovviamente, il ministro se vuole potrà rispondere. Ad ogni modo, teniamo presente che questo provvedimento sarà firmato domani; tuttavia mi sembra di aver capito, dalle parole del ministro, che ci sia la possibilità nel futuro di rivederlo, qualora durante la sua applicazione dovessero emergere delle problematiche; certamente ciò non può avvenire oggi, perché mancano i tempi materiali e regolamentari. Questa, naturalmente, è la mia interpretazione.

MAURA COSSUTTA. Il ministro può fornire l'interpretazione diretta.

PRESIDENTE. Lo ripeto, questa è la mia interpretazione.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute.* Come dicevo prima, il Governo ha

apprezzato moltissimo lo sforzo delle regioni, che per la prima volta si sono veramente impegnate al massimo per giungere all'accordo. Pur apprezzando ciò, abbiamo in un certo senso subito la pressione regionale, peraltro comprendendola in quanto maggiore è oggi, in materia, la responsabilità delle regioni. Ciò ha posto la questione di un ripensamento dei rapporti fra lo Stato e le regioni, in cui rientra anche il tema del maggior coinvolgimento del Parlamento. Il luogo in cui si affronterà tale questione sarà proprio la cabina di regia, dove mi auguro si possano definire modalità adeguate, che purtroppo fino ad oggi non abbiamo potuto applicare perché non erano state concordate. Pertanto, se ha un senso dire che la prima esperienza è stata positiva, anche se con qualche difficoltà, la speranza è che nel futuro il giudizio possa essere totalmente positivo.

MAURA COSSUTTA. Apprezzo quanto detto dal ministro e lo ringrazio; d'altronde è sempre meglio ascoltare un'interpretazione diretta.

Credo che probabilmente il Governo dovrebbe ammettere con franchezza che c'è stato un errore di valutazione. Il ministro sottolinea che ci sono state delle difficoltà, delle pressioni, e così via, e considera opportuna, per il futuro, una correzione per governare questo processo complicato di federalismo. Vorremmo, però, sottolineare, signor ministro, che già oggi, in base alla riforma costituzionale (quindi con l'articolo 117), i livelli essenziali di assistenza sono stabiliti a livello nazionale; quindi il ruolo non solo del Governo, ma anche del Parlamento, è essenziale. Vorremmo che anche il ministro convenisse che vi è stato effettivamente un errore (che abbiamo tentato di correggere con la presentazione dell'ordine del giorno), rispetto al mancato coinvolgimento del Parlamento in una funzione nazionale già prevista dall'articolo 117 della Costituzione e non, invece, ancora da prevedere. Chiederei quindi al ministro l'ammissione franca di un errore, che andrà prontamente corretto, accettando -

mi auguro - degli emendamenti già in sede di approvazione della legge finanziaria 2002.

PRESIDENTE. Considerando esaurita questa fase di interventi sull'ordine dei lavori, do ora la parola ai colleghi che volessero formulare quesiti o osservazioni.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Ho già avuto modo di dire che condividevamo questa legge nella sua *ratio*, così come avevamo anche apprezzato la disponibilità unanime delle regioni a trovare una risposta, oltre al fatto che per la prima volta un Governo mettesse a disposizione delle somme concrete non solo per poter affrontare il problema della sanità, ma anche per creare un finanziamento straordinario al fine di aiutare le regioni a superare alcune grandi carenze.

Alla luce di ciò, la maggioranza ha dunque sostenuto il Governo in questa scelta ed ha anche capito che il riferimento all'uniformità dei livelli essenziali di assistenza, che tutti abbiamo difeso negli anni passati, proprio nel quadro del federalismo ormai accolto in Costituzione, non poteva essere accolto, anche perché - come ha detto poc'anzi il ministro - ci sono livelli essenziali di assistenza la cui intensità va modulata anche in base alle esigenze locali.

Si è parlato di un governo del processo di federalismo ed ecco perché ribadisco quanto ho detto poco fa, vale a dire la forte richiesta che vi sia anche la « mano » del Parlamento. I livelli essenziali di assistenza sono stati, infatti, scritti « a più mani », ma senza quella del Parlamento, il cui ruolo, dunque, chiediamo venga riconosciuto per il futuro. Nel caso specifico, è necessario che l'osservatorio congiunto, il cui compito sarà quello di intervenire in virtù del monitoraggio introdotto, veda anche la partecipazione del Parlamento, che d'altronde è legittimato da un voto popolare.

Nutriamo alcuni dubbi, peraltro, su questi livelli essenziali di assistenza, anche se sappiamo bene che sono stati concordati con le regioni nel corso di una molteplicità di incontri.

Poiché non è mia intenzione ripetere quanto già detto in aula, né sottrarre tempo al dibattito, vorrei soffermarmi solo su quanto segue. Un ordine del giorno a firma dell'onorevole Parodi votato in aula prevedeva un intervento su una materia (la fisioterapia, ricordata poc'anzi dal ministro) relativamente alla quale spero vi sia un errore tecnico nella stesura dei LEA; a tal fine chiediamo se sia possibile valutare entro domani se si tratti effettivamente di un errore tecnico oppure se vi sia un'apposita volontà in tal senso. L'ordine del giorno chiedeva di prevedere la fisioterapia: vorrei ricordare che essa è l'unica branca dalla quale sono state eliminate diciassette voci delle diciannove esistenti (e, d'altronde, quelle rimaste non sono le sole ad essere importanti). Le regioni, responsabilmente, sono intervenute reinserendo, come LEA, quattro terapie (mesoterapia, laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica e ultrasuonoterapia), al fine di intervenire su una patologia che coinvolge soprattutto la persona anziana. Nei LEA leggiamo che tutto è riferito a dei parametri fissati dalle regioni, cosa che condividiamo. Il problema è però che nell'allegato 2A c'è scritto che le quattro terapie di cui sopra possono essere incluse nell'allegato 2B su disposizione regionale, il che contrasta con il ruolo dei livelli essenziali di assistenza. Tutte le terapie che non sono considerate nei LEA possono essere erogate su disposizione regionale e in base alla disponibilità di fondi. Quindi, se sono prestazioni comprese tra i LEA non hanno bisogno di disposizione regionale; se c'è scritto « su disposizione regionale » non sono ricomprese tra i LEA. Noi sosteniamo che nell'allegato 2B occorrerebbe far riferimento alla disposizione regionale, perché ciascuna regione può incidere sui vari parametri.

Ritengo, quindi, che ci sia un errore tecnico, dovuto al fatto che (lo sappiamo i colleghi) l'unica relazione - assolutamente non scientifica, come dimostrato dal duro intervento di tutte le associazioni scientifiche - presentata in conferenza risale ad una delibera di quattro anni fa della

regione Emilia-Romagna, in cui si affermava che le terapie fisiche e riabilitative, che anche la sinistra intende garantire come LEA, erano giudicate inadatte a fronte di migliaia di lavori scientifici a favore e di risultati ingentissimi nella prevenzione dell'ospedalizzazione, nell'uso non cronico del farmaco e in tante altre voci che incidono anche economicamente.

In conferenza è stato discusso il provvedimento e abbiamo gradito che il ministro e il Governo abbiano eliminato la dizione priva di fondamento scientifico.

Tale disposizione, che è presente nell'allegato e non nell'articolato, è frutto sicuramente di un errore tecnico di trasposizione; chiediamo, quindi, al ministero se può intervenire prima della firma per rimediare all'errore ed affinché la fisioterapia sia inclusa nei LEA.

GIACOMO BAIAMONTE. Volevo ringraziare il ministro per la sua chiara esposizione delle problematiche che hanno determinato il Governo ad assumersi l'onere di ordinare una materia così complessa nell'interesse del cittadino, considerando l'aumento progressivo della spesa sanitaria.

Come gruppo di Forza Italia siamo favorevoli a questa operazione e lo abbiamo dimostrato approvando la conversione in legge del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, che delineava i rapporti tra Stato e regioni nel comparto sanitario, e successivamente quando abbiamo sostenuto i provvedimenti in finanziaria per il medesimo settore.

Non mi soffermo sull'intervento del collega Massidda (mi ripeterei); il dato fondamentale è che decine di lavoratori si troverebbero senza posto di lavoro per un errore di trascrizione delle disposizioni sulla medicina fisica. Spero che non accadano più fatti del genere, che demagogicamente sono sfruttati per sobillare le forze sociali, come è avvenuto con dichiarazioni ed articoli pubblicati su *Il Sole* 24 ore di ieri.

GIUSEPPE FIORONI. Condivido l'affermazione del ministro, che parla di evento

storico per l'accordo dell'8 agosto tra lo Stato e le regioni e per la realizzazione dei livelli essenziali di assistenza.

Devono essere esaminate alcune problematiche che la breve e sintetica relazione del ministro non ha chiarito, anche per l'impossibilità della Commissione di poter intervenire nel merito. Gli onorevoli Massidda e Baiamonte sanno bene che, se non c'è una competenza specifica, può pure esserci la simpatia del ministro, che ascolta, ma ciò che è stato scritto vale ed il resto poi si vedrà; a meno che negli emendamenti in finanziaria non si trovi il modo di modificare i LEA.

Il ministro comincia con un assunto e spiega che dopo tre anni, per le nuove responsabilità acquisite dalle regioni, il fondo sanitario nazionale non sarà più definito; ogni regione si vedrà assegnato indistintamente e senza finalizzazioni un finanziamento dallo Stato, che garantirà i livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

Il ministro è enormemente più competente di me tecnicamente, ma anche a lui sarà venuto il sospetto che, in un paese dove il fondo sanitario nazionale non è più stabilito e le regioni sono dotate di una rimessa di fondi indistinti nell'ambito del federalismo fiscale, senza che al centro siano state quantificate né la domanda di salute dei cittadini né le risorse necessarie, ciò determinerà una cabala dei numeri. Ci saranno, allora, regioni che investiranno in sanità ed altre che non lo faranno e non garantiranno i livelli di assistenza che dovrebbero essere appropriati sul territorio nazionale. È un evento storico in quanto è la prima volta in termini assoluti che si procede ad una stima in finanziaria con un accordo tra lo Stato e le regioni, senza aver predefinito che cosa fornire ai nostri cittadini.

L'interpretazione più bonaria dei livelli essenziali di assistenza è sostenere che, essendo gli stessi abbastanza generici, sono da ritenersi innocui. Essi sono stati delineati intelligentemente, anche senza l'intervento del collega Massidda e di altri della maggioranza; infatti, chi legge il documento apprezza il fatto che lo Stato

sembrerà fornire di tutto tranne che per dieci prestazioni. È un atteggiamento - oltre che irresponsabile - anche fuorviante. Signor ministro, non si tratta di un evento storico, bensì di una truffa ai danni dei cittadini. Non si capisce se da domani cambierà tutto o niente e, probabilmente, accadrà pure che una parte del Parlamento lamenterà l'assenza di quelle dieci prestazioni, che chiederà ovviamente di reinserire.

Tale interpretazione fuorviante si scontra con l'affermazione del ministro che parla di una manovra di grande razionalizzazione della spesa. Allora, qual è la verità? La verità è che, non avendo definito quanto serve per curare gli italiani e non avendo determinato né la domanda di salute né le cure da prestare (e conseguentemente le cifre necessarie), si è fatto un ragionamento per cui, essendo un problema che tra tre anni apparterrà esclusivamente alle regioni, saranno loro a rappresentare il « boia » della sanità pubblica, e non invece il Governo, che da subito sta creando questi presupposti e dilaziona nel tempo ciò che effettivamente con tale accordo si produce. In precedenza si determinava la domanda, si definiva l'offerta e poi si quantificava il finanziamento necessario. Oggi, invece, si stabiliscono a monte le necessità economiche per tre anni e successivamente, dopo aver concesso il ripianamento del deficit sanitario delle regioni quantificato in 7 - 8 mila miliardi, si obbligano queste ultime in cambio ad accettare i LEA.

Ditemi voi se in uno Stato normale sia possibile quantificare una cifra e solo dopo definire i livelli essenziali di assistenza, senza prima conoscere se siano appropriati, efficaci e corrispondano alle malattie dei cittadini. Il risultato sarà di ritardare solamente di qualche tempo l'individuazione del soggetto che porterà allo sfascio il Servizio sanitario nazionale.

Chi ha scritto i LEA? Il collega Massidda ha affermato che l'hanno fatto in tanti e riconosco che nelle regioni ci saranno molti funzionari esperti di economia sanitaria; ma chiedo al ministro se condivide l'idea che i livelli sono talmente

generici da non contenere alcunché e da escludere quasi niente (e quindi possono essere stati formulati anche da un ragioniere cui poco importa che cosa scrivere, in quanto i finanziamenti sono definiti e sarà un problema delle regioni garantire ai cittadini ciò che prima garantiva lo Stato, oppure, al contrario, che essi rappresentino un atto di valenza scientifica e professionale che testimonia riguardo e rispetto verso i malati. Se così fosse, io, come credo anche il ministro della salute, avrei molte preoccupazioni sul livello tecnico di chi ha formulato i LEA.

In altri momenti e in un'altra posizione ricordo che lei spiegò giustamente che era una forma di arroganza del Parlamento pensare di poter scrivere una legge senza farsi spiegare dai tecnici come curare la gente e come fare i trapianti.

A nessuno sfuggirà che il decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, prevedendo la sperimentazione, amplierà disomogeneità e differenze tra regione e regione. Condivido una parte delle affermazioni svolte dal collega Massidda: ci saranno infatti delle regioni (forse tre o quattro) che si troveranno benissimo con questi LEA e queste risorse, mentre alle restanti sedici o diciassette probabilmente andranno stretti. Vede, signor ministro, non si tratta di una questione di perequazione o di solidarietà orizzontale, bensì di una situazione in cui solo tre o quattro regioni staranno veramente bene, al contrario di tutte le altre.

Se penso, ad esempio, alla regione di provenienza del collega Baiamonte e a come improvvisamente la Sicilia dovrà rispettare il taglio dei posti letto e continuare a fornire ai cittadini tutto (con il suo deficit attuale e con i soldi che non bastano) allora ne deduco che quella sera o il presidente della regione Sicilia era distratto e l'assessore alla sanità dormiva, oppure ha confuso la Sicilia con l'Emilia Romagna, e, quel che è peggio, ha creato ai siciliani il problema di doversi pagare il viaggio per andare in Emilia Romagna a curarsi, perché la Sicilia non sarà in grado di farlo; stesso discorso vale, d'altronde, anche per la Puglia.

Ho letto, poi, una serie di interventi svolti dai presidenti regionali del Polo, a cominciare da Formigoni e da Galan, i quali hanno fornito un'interpretazione del fondo di solidarietà orizzontale, spiegando che il diritto alla salute di chi dovrà andare dal sud al nord sarà garantito perché alle prestazioni sanitarie erogate dal nord corrispondono agevolazioni per gli investimenti produttivi delle imprese settentrionali nel sud. Credo invece che questo sia un altro aspetto che aggraverà la situazione, trasformando la solidarietà in carità.

Vorrei svolgere ulteriori considerazioni. È di ieri la notizia che il tetto sulla spesa farmaceutica - peraltro dobbiamo darle atto, signor ministro, della battaglia da lei svolta perché quel 13 per cento è una cifra che solo i funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze possono ritenere in grado di curare gli italiani - è già stato sfiorato per 5 mila miliardi ed il presidente Ghigo ne ha aggiunti altri 2 mila. Penso, quindi, che non cambierà nulla ai fini della razionalizzazione della spesa.

Leggiamo poi che verrà regalato a ciascun italiano - non ho capito bene se sarà il Governo italiano o il Presidente del Consiglio a farlo - un euroconvertitore. Al riguardo, credo che esistano tante fondazioni bancarie che potrebbero regalare ai cittadini italiani l'euroconvertitore, senza caricare sulle casse dello Stato la relativa spesa; con i soldi risparmiati per l'invio di 16 milioni di euroconvertitori si potrebbe piuttosto ricavare quel 1,5 per cento del PIL da destinare alla spesa farmaceutica che il ministro Sirchia, faticosamente, non è riuscito a trovare. Il Presidente del Consiglio, dunque, invece di inviarci a casa (come ha fatto in campagna elettorale con la sua biografia) l'euroconvertitore, lasci pure che siano le banche e gli organismi similari a inviarcelo.

È stata fatta una previsione in questa finanziaria per coprire le spese relative alla giusta partecipazione alla guerra in Afghanistan. Non vedo altrettanto presenti, all'interno della finanziaria, le coperture che riguardano altri due temi,

affrontati dal ministro: quello della ricerca, che sicuramente dopo la penalizzazione dell'industria farmaceutica ...

PRESIDENTE. Poiché si era deciso di contenere gli interventi in un tempo massimo di dieci minuti per ciascuno, ed i suoi sono già trascorsi, vorrei chiederle, onorevole Fioroni, se può avviarsi a concludere il suo intervento.

GIUSEPPE FIORONI. Le chiederei, signor presidente, se può dirmi qual è l'articolo del regolamento in base al quale dovrei attenermi al rispetto di tali tempi; dopodiché può togliermi tranquillamente la parola. Altrimenti, la pregherei di lasciarmi terminare il mio intervento, per concludere il quale mi occorrono ancora cinque minuti. D'altronde vorrei far presente che è stato deciso di far svolgere un solo intervento per gruppo (*Il ministro della salute lascia l'aula della Commissione*). Se il ministro deve andare via, vorrà dire che sarà il sottosegretario Corsi a riferire al ministro quanto emergerà dal presente dibattito, tanto più che non dobbiamo votare risoluzioni né altro.

MAURA COSSUTTA. Evidentemente la cortesia del ministro è limitata: a ore! Vorrà dire che ci vedremo in sede di approvazione della finanziaria!

GIUSEPPE FIORONI. Mi avvio a concludere l'intervento; tuttavia ritengo che l'atteggiamento del ministro non dipenda dal fatto che io abbia parlato per cinque minuti in più rispetto a quanto inizialmente previsto. A questo punto presumo che il ministro abbia altro da fare, visto che è venuto in Commissione, ha assunto un certo atteggiamento riguardo ad un'eventuale risoluzione, anche se c'è stato un ordine del giorno approvato dalla Camera, e va via se un intervento, anziché dieci minuti, ne dura tredici. D'altronde, è già la terza volta che si comporta in questo modo. Ad ogni modo, vorrei concludere il mio intervento, anche perché ritengo si tratti di questioni che vanno comunque sollevate.

Oltre che sul tema della spesa farmaceutica, il ministro oggi è ritornato sul discorso dei *ticket* e sul taglio dei posti letto. Una legge già approvata potrebbe essere corretta, se il ministro fosse disponibile, perché alcune regioni (come la Sicilia, la Puglia e la Calabria), sulla base di quanto previsto dal decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, tra ventidue mesi dovranno procedere a licenziamenti consistenti di personale sanitario e credo che questo sia un aspetto da tenere ben presente.

Infine - e mi dispiace che il ministro abbia così tanti impegni da non poter ascoltare quanto sto per dire, ma evidentemente la sua cortesia è limitata, mentre la nostra pazienza, a differenza della cortesia del ministro, è illimitata -, si è chiusa ieri la commissione di indagine sulla povertà. Non penso che ciò abbia fatto particolare dispiacere al sottosegretario Cursi.

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Anch'essa ha elargito un euroconvertitore!

GIUSEPPE FIORONI. Il fatto che la commissione povertà, che è stato uno degli organismi di sostegno in tutta la vicenda sull'integrazione socio-sanitaria, abbia chiuso perché in questi mesi di Governo non è stata ricevuta, né ascoltata, né è stato recepito un solo indirizzo da essa espresso e il fatto che il ministro della salute venga in Commissione e non senta neanche la necessità di comunicarci, al di là delle preoccupazioni generiche, chi garantirà adesso il rispetto dei tre decreti della Presidenza del Consiglio dei ministri in merito all'assistenza socio-sanitaria integrata - visto che i comuni non avranno soldi per poterlo fare, essendo già tartassati dalla finanziaria, e non avendo l'accordo dell'8 agosto scorso (che dà « licenza di uccidere » alle regioni) escluso la parte che riguarda l'assistenza socio-sanitaria, come denunciato dalla commissione povertà -, fa sorgere il sospetto che molto probabilmente anche questo fa parte del disegno di smantellamento.

Se poi i colleghi vogliono fare la battaglia per la fisioterapia, affinché venga reinserita nei LEA, la facciano pure. Ma vi inviterei a riflettere su come sono stati scritti questi livelli essenziali di assistenza, su cosa sono diventati la fascia A dei farmaci, i *ticket* sulla fascia B1 e B2 e sui poteri di organizzazione autonoma che hanno le regioni. Dopo di che potremo tranquillamente dire che questa svolta storica dei livelli essenziali di assistenza ha rappresentato la prima occasione in cui si è riscritto un articolo della Costituzione - il 32 - senza utilizzare l'articolo 138 della Costituzione stessa.

PRESIDENTE. L'onorevole Cossutta aveva chiesto di parlare, ma si è allontanata dall'aula della Commissione. Deduco, quindi, che abbia rinunciato ad intervenire nel dibattito.

AUGUSTO BATTAGLIA. Non rinuncio all'intervento, anche se sarò lapidario. Devo prendere atto, ancora una volta, che il ministro continua ad avere nei confronti della Commissione un atteggiamento inaccettabile. Anche se si discute di un provvedimento importante come quello che riguarda i livelli essenziali di assistenza - ed io lo ritengo tale - e se lo si fa oltretutto senza avere neanche la possibilità di esprimere un parere - per quanto il Governo possa o meno tenerne conto -, penso si dovrebbe avere almeno la sensibilità di rimanere in Commissione ad ascoltare (anche se ovviamente il sottosegretario Cursi non manca di nessuna qualità per poterlo fare). Credo, però, che sarebbe stato giusto che il ministro fosse rimasto ad interloquire con noi per vedere se, nei limiti che sono dati dalle norme che voi avete voluto così restrittive ed escludenti, il Parlamento potesse almeno cogliere qualche spunto, qualche idea e qualche suggerimento anche da parte nostra.

Ciò è grave perché i LEA sono uno strumento importante di governo della sanità. Li avremmo voluti, peraltro, anche uniformi, perché proprio nella misura in cui si va verso la costruzione di un'Italia su base federale, e quindi con una mag-

giore responsabilità ed autonomia delle singole regioni, riteniamo che gli strumenti di indirizzo unificante debbano essere rafforzati.

Dobbiamo garantire nella sanità eguali servizi ed eguali livelli delle prestazioni in ogni punto del nostro paese; indubbiamente vi sono specifiche esigenze territoriali, nonché specifiche caratteristiche di ciascuna regione, ma queste specificità non devono far venir meno l'obiettivo di garantire un diritto a cure appropriate a tutti i cittadini italiani.

Per realizzare questi obiettivi abbiamo bisogno di due elementi: in primo luogo, la stabilità finanziaria del sistema, se vogliamo (ma non siamo convinti che tutti lo vogliano, compreso il ministro) difendere il Servizio sanitario nazionale; occorre, inoltre, una definizione chiara delle prestazioni che devono essere garantite in modo uniforme ai cittadini.

Questi sono i due cardini fondamentali, ma al tempo stesso non indipendenti l'uno dall'altro. Proprio in ciò risiede il punto di debolezza di questi livelli essenziali di assistenza e del lavoro che si sta svolgendo in questa settimana. Questi LEA sono indubbiamente figli del decreto-legge del 18 settembre 2001, n. 347. In sede di conversione in legge avevamo espresso una serie di perplessità, non tanto sul fatto che indubbiamente recava un incremento delle risorse (d'altronde le regioni erano in una situazione di difficoltà nel mese di luglio ed era quindi doveroso intervenire nei loro confronti), quanto perché l'accordo dell'8 agosto scorso segna un salto, nel senso che definisce una responsabilizzazione più diretta e più cogente per le regioni (nel rispetto del patto di stabilità e dei tetti di spesa) e, quindi, dà alle regioni gli strumenti per governare la spesa sanitaria anche imponendo tagli, *ticket*, nuove tasse e ridimensionando i servizi. Avevamo le condizioni — che non sono venute dal nulla, bensì da cinque anni di politica di risanamento finanziario del nostro paese — per raggiungere quel livello di finanziamento al 6 per cento del PIL che avrebbe reso da una parte più corposi i livelli essenziali di assistenza e dall'altra avrebbe

limitato alcuni danni che verranno da questo tipo di impostazione. Voglio dire cioè che siamo d'accordo — siamo stati, infatti, tra quelli che nel corso di questi anni hanno lavorato per approvare una legge sul federalismo, battendoci poi perché il popolo italiano la confermasse con un voto, così come poi è avvenuto — sulla necessità di responsabilizzare pienamente le regioni su questa materia, ma è opportuno garantire le condizioni che consentano di farlo in modo adeguato. Dobbiamo prendere atto, invece, che le condizioni, purtroppo, non ci sono: di questo dovrebbero prendere atto anche il Governo, la maggioranza, il ministro.

Credo che, anche se le regioni hanno fatto un grande sforzo — e lo hanno fatto tutte, mostrando senso di responsabilità e svolgendo un lavoro rigoroso, che dobbiamo sicuramente apprezzare —, esso è stato compiuto all'interno di alcuni limiti che hanno condizionato questo lavoro e che sono stati imposti da leggi che voi avete approvato, e che il Governo ha imposto attraverso un voto di fiducia della Camera che voi avete dato e noi no.

Allora, il collega Massidda dovrebbe essere — non voglio utilizzare un termine pesante — intellettualmente più onesto: è troppo comodo difendere la politica del Governo facendo propri gli aspetti positivi di una vicenda e poi, se qualcosa non va, invitare a rivolgersi alla regione Emilia Romagna. Trovo questo ragionamento di una scorrettezza politica inaudita, in primo luogo perché se decisioni sono state prese, ciò è avvenuto nell'ambito della Conferenza Stato-regioni, dove penso che il Governo non abbia assolutamente un ruolo marginale.

Penso inoltre che i presidenti delle regioni del centrodestra non siano imbecilli. Non lo si può pensare né per il centrodestra né per il centrosinistra. È stata una decisione che ha coinvolto tutte le regioni.

Su alcune questioni bisogna riflettere ulteriormente; sono convinto, ad esempio, che debba essere approfondita l'analisi sulla fisiochinesiterapia, però non si può dire che, se una determinata prestazione è

stata inclusa, ciò sia merito del centrodestra, mentre invece se viene esclusa, la responsabilità è delle regioni del centrosinistra. È una affermazione falsa e gravemente scorretta.

Dico ai colleghi di Forza Italia di assumersi le proprie responsabilità. Il lavoro di tutte le regioni non è stato facile per i limiti ed i condizionamenti che sono stati imposti dalla vostra legislazione. State imponendo alle vostre regioni (Piemonte e Veneto) di aggiungere tasse e *ticket*, aumentando il carico fiscale.

Quando il decreto-legge fu discusso in Assemblea, era chiaro che il suo esito sarebbe stato, da una parte, il ridimensionamento delle prestazioni (i LEA sono stati ridotti sia per l'assistenza farmaceutica sia per le terapie fisiche), dall'altra, il ripristino dei *ticket*. Gli italiani ricominceranno a pagare i farmaci ed i *ticket* sulla diagnostica e sulla specialistica, eliminati dal centrosinistra nella precedente legge finanziaria. Avevamo segnalato che ci sarebbe stato un grave appesantimento fiscale per le famiglie italiane, che avrebbe non solo compensato, ma addirittura superato alcuni interventi che nella legge finanziaria dichiarate di compiere a sostegno delle famiglie: alla fine, toglierete più di quanto concederete.

Il ministro, marcando un vuoto nei livelli essenziali di assistenza, ha parlato della non autosufficienza, che colpisce circa un milione di famiglie italiane che affrontano ingenti spese solo con una indennità di accompagnamento. Non basta declamare; riteniamo che la questione possa e debba essere affrontata nella legge finanziaria e, quando la nostra proposta sulla non autosufficienza sarà esaminata in Commissione bilancio e in Assemblea, mi auguro che il Governo ed il ministro Sirchia non la rinviino ad un'altra volta. Infatti, se si tratta di una questione drammatica ed importante per le famiglie, deve essere affrontata nei tempi giusti e dovuti.

Ieri, il centrosinistra ha annunciato la presentazione della proposta ed alcuni giornali l'hanno ripresa; vorremmo, quindi,

che fosse adeguata la considerazione di chi in questa sede ha enunciato il problema.

La Commissione commetterebbe un errore se rinunciasse alla prerogativa di esprimersi con un parere non vincolante sui livelli essenziali di assistenza. La legge prevede una scadenza, ma non sto chiedendo di spostarla, perché è importante che le regioni operino al più presto. Tuttavia, ritengo grave che, ieri, la nostra Commissione abbia proposto con un emendamento alla Commissione bilancio di privare di 140 miliardi il fondo sanitario nazionale. Dovremmo onorare sempre l'accordo dell'8 agosto. Potremmo, comunque, in una settimana esprimere un parere, con un impegno morale del ministro, svincolato da norme, di tenerne conto nella misura e nei modi che vorrà.

Credo che, rinunciando a tale prerogativa, non si eserciti il proprio ruolo. Al Senato la decisione è stata diversa, concorde tra maggioranza ed opposizione, ed avremmo gradito che avvenisse la stessa cosa nella nostra Commissione.

PRESIDENTE. Attualmente è prevista da parte nostra l'espressione di un parere; è stato presentato un emendamento comune che, se approvato, permetterà alla Commissione di esprimersi sui LEA.

Do ora la parola al sottosegretario Corsi per la replica.

CESARE CURSI, Sottosegretario di Stato per la salute. Le considerazioni finora compiute da molti parlamentari sono corrette e hanno un certo fondamento sia formale (sappiamo tutti che la forma spesso è sostanza) sia nel merito.

Affermo con soddisfazione che con l'emendamento approvato ieri, riformulato dalla maggioranza e dall'opposizione, si concede un riconoscimento importante alle istituzioni ed al Parlamento. Il ministro, ad un giorno di distanza dall'emanazione del decreto e dalla sua firma è venuto in Commissione e ha detto che, con la disponibilità della Conferenza Stato-regioni, è pronto a rivedere alcune questioni che certamente saranno sfuggite.

Le considerazioni dell'onorevole Massida hanno determinato delle correzioni e alcune categorie hanno chiesto di esaminare altri problemi; è chiaro che tra due settimane sarà necessario rivedere alcune questioni, rispondendo anche alle sollecitazioni dei colleghi Fioroni e Battaglia, e prepareremo la discussione su queste tematiche per fare proposte concrete. Infatti, non è escluso che il decreto di domani possa essere comunque sottoposto ad una revisione ed una correzione: un Parlamento intelligente e un Governo sensibile devono avere tali capacità.

PRESIDENTE. Nel ringraziare tutti, dichiaro chiusa l'audizione.

La seduta termina alle 16.40.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 16 gennaio 2002.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

