



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 3

*N.B. I resoconti stenografici per l'esame dei documenti di bilancio seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA**

32<sup>a</sup> seduta (antimeridiana): martedì 28 novembre 2006

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E****DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA**

**(1184, 1184-bis e 1184-ter)** *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

- **(Tabella 15 e 15-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

**(1183)** *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 8, 18
* CURSI (AN) .....	3
GHIGO (FI) .....	8
TOMASSINI (FI) .....	13

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-Ind-MA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Democrazia Cristiana: Misto-DC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.*

*I lavori hanno inizio alle ore 12,30.*

#### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

**(1184, 1184-bis e 1184-ter)** *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabelle 15 e 15-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

**(1183)** *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1184, 1184-bis e 1184-ter (tabelle 15 e 15-ter) e 1183, già approvati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame congiunto, sospeso nella seduta pomeridiana del 23 novembre 2006, nel corso della quale ha avuto inizio la discussione generale, che ora proseguiamo.

CURSI (AN). Signor Presidente, ho ascoltato la relazione svolta dalla senatrice Bassoli sulla finanziaria, il cui testo, ancorchè modificato dalla Camera dei deputati, conferma sostanzialmente quel che ho sempre pensato e detto, anche in questa Commissione. Siamo in presenza di una serie di buoni propositi, senza che sia precisata la ripartizione delle competenze tra lo Stato e le Regioni secondo il dettato del nuovo Titolo V della Costituzione, tant'è vero che molte norme previste nella finanziaria in esame non hanno ancora contorni ben definiti; e ciò fa presupporre che lo scontro tra Regioni e Stato in sede giurisdizionale probabilmente continuerà. Mi sembra che la politica tracciata sia quella del rinvio a tempi migliori, vale a dire a quando le Regioni avranno coperto o ridotto il loro *deficit*.

Stamane ho nuovamente letto il testo del Patto per la salute sottoscritto il 28 settembre scorso e che ho definito, quando era presente il ministro Turco, «la finanziaria», rappresentando l'80 per cento del contenuto della stessa. Al riguardo faccio presente che ancora oggi non si conosce l'esito degli impegni che le Regioni hanno assunto in sede di patto per la salute e per i quali erano stabiliti termini precisi, scaduti o di imminente scadenza. Peraltro, non sono termini di poco conto. Nel primo caso mi riferisco, ad esempio, all'impegno delle Regioni ad esprimere entro il 30 ottobre 2006 l'intesa sul decreto del Presidente del Consiglio dei ministri attuativo del decreto legislativo n. 56 del 2000 per l'anno 2005 e, entro il 31 marzo 2007, per l'anno 2006. Nel secondo caso penso, ad esempio, al

termine del 30 novembre 2006, cioè dopodomani, entro cui procedere, nelle sedi competenti, all'analisi dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei LEA. Alla luce di ciò, sollecito la relatrice a raggiungerci quanto prima sull'esito degli impegni assunti in sede di Conferenza Stato-Regioni riguardo a quel Patto.

Considero poi anomalo il radicale cambiamento, in senso positivo, dell'atteggiamento delle Regioni sugli stanziamenti concernenti il Fondo sanitario nazionale. Per cinque anni ho sentito ripetere lo *slogan* del Fondo sanitario nazionale sottostimato e della necessità di maggiori risorse. Quest'anno invece tutto è cambiato nel senso che le risorse ci sono e nessuno ha nulla da obiettare. In occasione di ogni Conferenza Stato-Regioni ero abituato a sentir ripetere dal presidente della Conferenza – allora Ghigo, dopo Errani, chi con più eleganza, chi con più o meno forza – che il Fondo sanitario nazionale era sottostimato. Non mi riferisco a fatti di dieci anni fa ma dello scorso anno, quando l'allora Presidente della Conferenza Stato-Regioni sferrò un durissimo attacco, in sede di Conferenza, affermando che il Fondo sanitario nazionale era sottostimato di 3 miliardi in meno e che sul valore tendenziale si registrava un notevole scarto. Non a caso però quel valore è riportato nella relazione che avete presentato sulla finanziaria, laddove si dice che il tendenziale è ancora superiore rispetto al 1996. Delle due l'una: o sono cambiate le cifre e le Regioni sono state talmente virtuose – è una battuta – da riuscire a ridurre in questo periodo il disavanzo, oppure quello che dicevano i Presidenti della Conferenza Stato-Regioni non era vero. Ripeto, non essendo cambiato il valore tendenziale, si è sempre in presenza di una sottostima del Fondo sanitario nazionale.

Mi piacerebbe sapere poi che fine hanno fatto i 5-7 miliardi di euro, di cui peraltro non si parla più, che echeggiavano in ogni Conferenza Stato-Regioni e che erano relativi ai crediti legittimamente vantati da tutte le Regioni a diverso titolo. Ripeto, o Errani ha trovato per le Regioni da qualche parte un tesoro o le Regioni hanno ridotto il loro *deficit*. Faccio presente però che i dati di questi giorni dimostrano esattamente il contrario e cioè che quattro Regioni (Lazio, Liguria, Marche e Campania) non sono assolutamente in regola. Inoltre, il ministro Padoa Schioppa, non più tardi dell'altro ieri, ha ricordato a qualche Presidente o Governatore di Regione (non faccio nomi e cognomi), che il piano di rientro doveva essere presentato a luglio del 2006 mentre siamo a novembre. Il Ministro dell'economia ha espresso con garbo un giudizio negativo, sottolineando che per chiudere la vicenda dei *deficit* delle Regioni ha bisogno, come si suol dire, di un pezzo di carta su cui far lavorare i tecnici. Ebbene, è grave che dal luglio scorso le Regioni più indebitate non abbiano presentato i propri piani di rientro, così continuando a produrre *deficit*. Detto ciò, sarebbe opportuno che il relatore o il rappresentante del Governo facessero chiarezza sulla sorte dei 5 o 7 miliardi di credito delle Regioni che ho prima citato. In caso contrario dovrei probabilmente pensare che le dichiarazioni dei Presidenti della Conferenza Stato-Regioni erano strumentali rispetto al reale fabbisogno.

Vi è poi un altro dato preoccupante che desideriamo evidenziare: in una finanziaria che già grava in modo pesante sulla pelle dei cittadini, viene prevista quest'anno per la prima volta – ma in maniera molto chiara – una sorta di «autorizzazione a spendere» per le Regioni. Mi spiego. La finanziaria dello scorso anno prevedeva che lo sfondamento dei tetti di spesa sanitaria fosse coperto nei famosi piani da presentare a luglio, in tal modo sollecitando l'individuazione delle soluzioni migliori in termini di impiego delle risorse. Si prevede ora un meccanismo che, di fatto, autorizza le Regioni a scaricare sulle aliquote IRAP e IRPEF quanto è stato prodotto dai loro comportamenti non virtuosi: in sostanza a fare ciò che vogliono. Non è un caso, infatti, che alcune Regioni abbiano già assunto delibere volte ad aumentare l'IRPEF e l'IRAP regionali. In sintesi, la finanziaria in esame non solo colpisce, sul piano nazionale, alcune categorie, ma attribuisce anche alle Regioni – che prima dovevano rispettare un limite di spesa – un *plafond* che possono liberamente spendere. Peraltro il meccanismo suindicato non è neppure educativo. Precedentemente alcune Regioni (Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Lombardia, Umbria) hanno adottato atteggiamenti seri e virtuosi in sede di bilancio, facendo fronte a una situazione difficile soprattutto attraverso il contenimento delle spese; ora invece possono spendere liberamente. Il killeraggio della spesa significa che ognuno va per conto proprio, il che denota la mancanza di un messaggio educativo che imponga limiti alle Regioni.

A tal riguardo vorrei soffermarmi brevemente su una polemica riportata oggi sulla stampa («Il Messaggero», il «Corriere della sera», «il Giornale») che colpisce alcune Regioni e che forse qualcuno di voi avrà letto. Tale polemica si riferisce al punto dell'Intesa Stato-Regioni del marzo 2005, recepita nella legge finanziaria votata l'anno scorso dal Parlamento, secondo cui in caso di non copertura dei *deficit* delle singole aziende sanitarie i rispettivi direttori generali sarebbero decaduti dall'incarico. Sul punto chiediamo lumi al Governo. Dicembre non è lontano e sono convinto della serietà dei direttori generali delle ASL che riusciranno in 32 giorni a coprire i *deficit* delle Regioni! L'interrogativo che oggi pongono i giornali è se continua ad essere in vigore il punto dell'Intesa del 2005 che fa ricadere la responsabilità della mancata copertura del debito delle ASL sui direttori generali, prevedendone la decadenza. Sono convinto che sia il relatore che il Governo risponderanno a questa domanda, trattandosi di una vicenda che non è nata ora, anche se qualcuno ha cercato di tenerla in sordina. Vi sono state, infatti, alcune riunioni più o meno segrete, ma in Italia, come si sa, quando si riuniscono pochissimi amici e si raccomanda loro la massima riservatezza, il giorno dopo, anzi la sera stessa, esce un comunicato stampa sull'incontro, come avete potuto constatare dai giornali di questa mattina. Ad ogni modo è importante sapere se le Regioni virtuose hanno la possibilità di tutelare i loro direttori generali mentre quelle che spendono a pie' di lista come vogliono non sono per niente tutelate.

C'è anche un'altra vicenda che non condividiamo e di cui mi auguro che in questa sede qualche collega non solo dell'opposizione, ma anche

della maggioranza, si faccia carico. Mi riferisco all'introduzione dei *ticket* sulle visite specialistiche e sugli interventi di pronto soccorso. Per anni ci hanno assordato sostenendo che il *ticket* è una misura vergognosa. In proposito faccio innanzi tutto presente che, alla luce del nuovo Titolo V della Costituzione, non è chiaro se l'introduzione del *ticket* sia di competenza dello Stato ovvero delle Regioni. Questa mancata chiarezza fa presupporre che, prima o poi, emergerà qualche dubbio di carattere costituzionale. A ciò aggiungo la mia difficoltà a capire la situazione. In passato la lotta ai *ticket* era uno dei temi di fondo di una parte della maggioranza; oggi si decide di prevedere come *ticket* una quota *standard*. Nel testo originario del disegno di legge finanziaria il *ticket* sugli interventi di pronto soccorso non seguiti da ricovero era di 23 euro in caso di codice bianco e di 41 euro per il codice verde. Nel testo approvato alla Camera dei deputati, tale distinzione è scomparsa e il *ticket* è sempre di 25 euro. Com'è noto, il cittadino italiano, anzi, come me, romano, quando si alza la mattina può scegliere se fare una passeggiata a Piazza Navona o recarsi al pronto soccorso, visto che costa appena 25 euro. Di contro, alla persona anziana, che percepisce una pensione di 600 euro al mese, recarsi tre volte al pronto soccorso costa salato. In guisa di ciò presenteremo alcuni emendamenti volti ad abolire il *ticket* sugli interventi di pronto soccorso e quello sulle visite specialistiche che è di 10 euro; in caso di visita generica forse il *ticket* non si paga. Non ritengo ammissibili esagerazioni di questo genere. È vero che l'anziano, se durante l'anno pratica attività sportiva o si reca in *beauty farm*, può detrarre 210 euro nella sua dichiarazione dei redditi, ma è altrettanto vero che paga 25 euro di *ticket* per gli interventi di pronto soccorso e 10 euro per le visite specialistiche. Mi auguro che i colleghi della maggioranza – avendo ascoltato voci discordi su tale tema – assumano posizioni coerenti rispetto a quelle assunte in passato e che vi sia qualcuno che immagini di abolire detti *ticket*, indipendentemente dal problema di attribuzione delle competenze che si pone a livello costituzionale.

Un altro dato riguarda l'aumento di stanziamento per l'ammodernamento tecnologico, previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che passa da 17 a 20 milioni di euro. Relatrice Bassoli, sarebbe forse opportuno che il Governo ci spiegasse quanti soldi sono stati spesi durante questi anni ai sensi del citato articolo 20 e quali sono le Regioni che hanno usufruito di tale fondo. Grazie all'esperienza avuta nella passata legislatura e sulla base dei dati oggettivi del Ministero, mi risulta che alcune Regione hanno speso il 101 per cento dei fondi stanziati in modo serio, mentre altre si sono comportate diversamente. Ricordo che la finanziaria dello scorso anno prevedeva una sorta di penalizzazione: le Regioni, che non avevano speso tutte le risorse disponibili ai sensi dell'articolo 20, avrebbero dovuto ripresentare un accordo di programma e, qualora non avessero adempiuto a ciò, avrebbero perso il 60 per cento del finanziamento a vantaggio delle Regioni che avevano utilizzato i propri fondi in maniera seria. Ebbene, questa norma è scomparsa e al suo posto vi è soltanto una dizione generica, anch'essa diseducativa. Richiamo però l'at-

tenzione sul fatto che non si tratta di risorse rimesse in circolazione ma di fondi bloccati.

Vi sono Regioni che hanno speso pochissimo in termini percentuali, Regioni che non hanno ancora deciso dove costruire l'ospedale, Regioni che stanno ampliando le loro strutture ospedaliere con tecniche di cinque anni fa, quindi superate rispetto alle nuove tecnologie. Alla luce di ciò, sarebbe opportuno che il Governo rivalutasse la sua posizione su quella norma della finanziaria 2006 che si sostanzialmente in una sorta di sostegno e di incentivo alle Regioni a concludere gli accordi di programma in maniera seria; in caso contrario, i fondi dovrebbero essere restituiti allo Stato che li rimetterebbe in circolazione. Per chi non era presente nella passata legislatura faccio presente che la norma che ho appena citato aveva visto l'accordo dell'allora opposizione. Al riguardo mi farebbe piacere sapere se tale norma è ancora in vigore, trattandosi di un aspetto importante soprattutto ai fini degli interventi sulla tecnologia che oggi è fondamentale soprattutto per chi svolge questo tipo di mestiere.

Mi preme poi sottolineare l'esiguità del Fondo per la non autosufficienza, ancorché sia di competenza del Ministero della solidarietà sociale. In proposito richiamo l'attenzione del sottosegretario Zucchelli sull'opportunità che il Ministero della salute si riappropri delle sue funzioni. Detto ciò, ribadisco che non si può pensare di risolvere il problema delle non autosufficienze con 100 milioni di euro. Non a caso, infatti, lo scorso anno il Gruppo dei DS presentò alla Camera un progetto in cui si stabiliva che il tetto per la non autosufficienza doveva essere, se non sbaglio, di un importo tra i 4.000 e i 5.000 miliardi delle vecchie lire. Cosa si pensa di fare con 100 milioni di euro?

Sottosegretario Zucchelli, ritengo vi sia un'eccessiva presenza del Ministero dell'economia in ambiti di competenza del Ministero della salute; è un vecchio pallino, una vecchia tentazione. A mio avviso la prevalenza del Ministero dell'economia in settori che riguardano la salute (spesa farmaceutica, LEA, spesa delle Regioni) porta a considerare tale tema come un mero prodotto, come una variabile dipendente che può essere calcolata come il cemento armato o come gli infissi. Bisogna fare in modo che ritornino di competenza del Ministero della salute alcuni argomenti, visto che nella fase di concertazione è sempre ultimo. Semmai deve essere il Ministero della salute a proporre il concerto con gli altri Dicasteri. Basterebbe vedere quanto è accaduto con il provvedimento Bersani nella parte riguardante i farmaci: l'atto non recava neppure la firma del Ministro della salute che non ha partecipato al Consiglio dei ministri, trovandosi quel giorno a Cuneo o a Torino. Il provvedimento reca le firme solo del Presidente Prodi e dei ministri Padoa-Schioppa e Bersani. Dico ciò in modo accorato perché ci credo, ci ho creduto e ho sempre tentato di difendere il Ministero della Salute. Sottosegretario Zucchelli, fate sì che il Ministero della salute si riappropri delle sue competenze e non sia stritolato dal Ministero dell'economia, perché questa è stata la tentazione anche in passato. Ricordo che il ministro Tremonti non faceva neppure discutere; poi qualche volta ha vinto, altre volte perso. Questa forte tenta-

zione va fermata, altrimenti il Ministero della salute diventa un Dicastero di risulta che non conta nulla. In tal senso sono anche dell'avviso che il fondo per la non autosufficienza debba essere ricondotto non al Ministero della solidarietà, ma a quello della salute, che nel settore fa da attore.

Preannuncio che presenteremo emendamenti in favore di alcune categorie, ricevute da questa Commissione, come il presidente Marino ricorderà, rispetto alle quali abbiamo tutti assunto un impegno. In particolare, presenteremo un emendamento in favore dei talassemici danneggiati da emotrasfusioni, ritenendo di fondamentale importanza rispondere a chi si rivolge a questa Commissione proprio per testimoniare la nostra serietà.

Mi farebbe piacere poi avere due risposte sia dal relatore che dal Governo, una delle quali riguarda le liste di attesa. Lo scorso anno abbiamo avviato tutti insieme una politica e a marzo la Conferenza Stato-Regioni ha varato un accordo. Vorrei sapere che fine ha fatto questo accordo e soprattutto se sono state rispettate le scadenze nello stesso previste, visto che siamo ormai a novembre.

Sull'accordo di programma l'anno scorso lanciammo un appello all'industria farmaceutica; spero che quest'anno le poche risorse previste allora siano state salvate. Sarebbe importante un richiamo in finanziaria a quell'accordo prevedendo all'uopo uno stanziamento, atteso che senza ricerca non si fa nulla e che il farmaco è un bene per la salute dei cittadini e non un prodotto qualsiasi.

Infine, un breve accenno al nomenclatore su cui aveva convenuto anche il presidente Marino, che ha partecipato con noi ad un convegno sull'argomento. Nella finanziaria in esame non troviamo nulla su questo punto. Mi auguro che il Governo risponda che si sta predisponendo il relativo provvedimento, trattandosi di un tema sul quale avevamo lavorato; in caso contrario sarà l'Esecutivo a risponderne.

PRESIDENTE. Desidero dare assicurazione al vice presidente Corsi sul fatto che sulle infezioni legate agli emoderivati si sta svolgendo un lavoro comune che emergerà nei prossimi interventi e che vi è un interesse sia della maggioranza sia dell'opposizione. Ci auguriamo – ma penso vi sia quasi la certezza – di addivenire alla formulazione di un emendamento condivisibile da parte di tutti i membri della Commissione, come d'altra parte si auspicava nel momento in cui abbiamo assunto un impegno su un argomento così importante per i malati.

GHIGO (*FI*). Signor Presidente, colleghe, colleghi, signor Sottosegretario, ammetto che con le valutazioni che vi esporrò sulla finanziaria e in particolare sul tema della sanità ho cercato di non incorrere in contraddizioni. Essendo stato per cinque anni Presidente della Conferenza Stato-Regioni e nutrendo un grande amore nei confronti delle Regioni non voglio, oggi che vesto una casacca diversa, cadere in contraddizione.

Devo ammettere – e lo dico con chiarezza – che quello raggiunto dalle Regioni nel sottoscrivere il Patto per la salute è, dal loro punto di vista, un buon risultato, e ciò perché maggiori sono le risorse stanziato-



nostante il momento di particolare criticità. Faccio però presente che si tratta di 96 miliardi di euro per l'anno 2007, che sono comunque da intendersi comprensivi dei fondi destinati a soccorrere le Regioni in difficoltà. In altri termini, a quella cifra non si somma più niente e con essa si devono risolvere tutti i problemi.

Voglio ricordare altresì che nella finanziaria è previsto uno stanziamento di 2 miliardi di euro per i disavanzi dell'anno 2006 e, soprattutto, che il Patto per la salute vincola il Governo ad uno stanziamento crescente per il 2008 di 99,042 miliardi (cifra evidentemente frutto di un calcolo matematico, visto che si poteva fare lo sforzo di effettuare un piccolo arrotondamento, naturalmente in eccesso e non in difetto), e per il 2009 di 102 miliardi di euro.

A chi mi ha seguito attentamente ricordo di aver precisato all'inizio del mio intervento di non voler essere contraddittorio rispetto al ruolo, che rivesto ancora in parte, di rappresentante delle Regioni. Per questo motivo ho rilevato che le Regioni hanno raggiunto un buon risultato. Analoghe considerazioni non valgono invece per il Governo che, a mio avviso, non ha centrato l'obiettivo che si era posto nel Documento di programmazione economico-finanziaria, vale a dire la razionalizzazione e la riduzione della spesa, meramente optando in un settore in grande difficoltà – me ne rendo conto – per la strada più semplice, quella di destinare più risorse alla sanità. E tutto ciò non perché, come si diceva in passato, il nostro è il Paese europeo che spende meno nel settore della sanità rispetto al prodotto interno lordo e deve per questo adeguarsi al livello della spesa europea, soprattutto se si considera che il nostro sistema sanitario è generalmente migliore di quello delle altre nazioni europee (forse è al ballottaggio con la Francia). Oggi, avendo il Fondo sanitario nazionale raggiunto ormai circa il 6,3 per cento del PIL, siamo in linea con le altre regioni europee. Perciò, probabilmente in ragione di previste maggiori entrate dell'erario nelle casse dello Stato, il Governo ha deciso di stanziare più risorse per la sanità. Su come lo abbia fatto cominciano ad emergere alcune contraddizioni, a mio parere molto complesse, avendo vincolato le Regioni, attraverso il Patto per la salute, a ricercare percorsi virtuosi di risparmio nella gestione del sistema sanitario, che è ormai di loro competenza esclusiva. Peraltro, come ha sottolineato il senatore Cursi, si presentano situazioni contraddittorie, per cui sul *ticket* norma lo Stato che invece non ne avrebbe la competenza. Oggi però le Regioni, contente di aver portato a casa i soldi ottenuti, non faranno ricorso alla Corte costituzionale, come invece – è fatto di cronaca – facevano nella passata legislatura. Infatti, quando il Governo adottava un provvedimento che «sfiorava l'ipotesi» di invadenza di competenze delle Regioni, subito due Regioni a caso (la Toscana, l'Umbria o l'Emilia Romagna a seconda delle situazioni) presentavano ricorso alla Corte costituzionale. Ad ogni modo, tanto di guadagnato se la Corte costituzionale non sarà più ingolfata dai ricorsi delle Regioni nei confronti dello Stato. Anzi sono convinto che, a breve, si verificherà esattamente il contrario, e cioè che sarà lo Stato a presentare molti ricorsi sulla legislazione delle Regioni.

Tornando al punto, questo circuito virtuoso viene adottato e inasprito rispetto ad una norma del 23 marzo 2005, approvata dal Governo precedente e ratificata dalla Conferenza Stato-Regioni, che rappresentava l'evoluzione del concetto sotteso al lavoro di tutti questi anni che veniva indicato con l'espressione: «chi rompe, paga». E per chi ha buona memoria, penso al sottosegretario Giarda. Tale concetto segna, infatti, il primo momento in cui si è iniziato a responsabilizzare le Regioni rispetto al *budget* loro assegnato. Il provvedimento che ho citato - e che l'attuale Governo ha leggermente inasprito nella finanziaria al nostro esame - presenta aspetti estremamente complessi.

Qual è lo stato dell'arte oggi? Le Regioni stanno chiudendo i famosi tavoli e chi di voi ha letto il Patto per la salute sa che esso è, in effetti, il frutto di un'infinità di tavoli. Sul punto spezzo ancora una lancia in favore delle Regioni: posta la concertazione in materia di legislazione, è ovvio che, prima di adottare provvedimenti, le Regioni e il Governo debbano concertare insieme le decisioni da assumere. Peraltro, la predominanza del Ministero dell'economia rispetto al Ministero della salute, ad esser sinceri, non è una novità di oggi ma è una situazione trascinatasi in questi ultimi anni che induce necessariamente a stabilire tutto.

Oggi si stanno definendo i disavanzi del 2005. Detto sinceramente, il processo di definizione dei disavanzi è una sorta di punto interrogativo, tant'è vero che, non solo oggi ma anche ieri, è sempre stato difficile definire con certezza i reali disavanzi delle Regioni. Non a caso, infatti, a seguito di meccanismi quale quello indicato dal senatore Corsi sulla decadenza dall'incarico prevista per i direttori generali dell'ASL in caso di *deficit* delle proprie aziende, in questi anni nella presentazione dei dati relativi alla spesa della sanità ha fatto da padrona l'ingegneria di bilancio.

In un articolo del professor Reviglio, pubblicato dal quotidiano «Il Messaggero» qualche tempo fa, si faceva una considerazione di fondo che vi voglio rappresentare, perché rientra nel mio ragionamento generale. Si stima che ad oggi i disavanzi pregressi, ivi incluso il 2006, ammontano a circa 10 miliardi di euro nel comparto della sanità. Escludo *tout court* la questione del Lazio perché, se corrispondesse al vero, il suo disavanzo rappresenterebbe un terzo dell'attuale finanziaria; pertanto, dobbiamo augurarci tutti che non sia vero. Il dato del 2007, pur essendo lo stanziamento superiore a quello del 2005, è considerato sottostimato anche nelle relazioni tecniche di accompagnamento. In altri termini, nonostante il grande sforzo fatto dall'attuale Governo nello stanziare il Fondo sanitario, nel 2007 le Regioni spenderanno più di 96 miliardi di euro. Ed è un dato di fatto perché, purtroppo, la forbice di crescita del costo sanitario è molto più ampia rispetto allo stanziamento. Il costo della sanità cresce in media circa il 7 per cento l'anno e gli stanziamenti non sono mai cresciuti in maniera equivalente.

Il punto è che da questo Governo - almeno per come si è presentato agli elettori del nostro Paese - ci aspettavamo qualcosa di più. Ci aspettavamo che i temi del *welfare* e della sanità fossero affrontati in modo più strutturale mentre, in realtà, sono stati affrontati - forse facendo un *j'ac-*

*cuse* - come abbiamo fatto noi in passato, vale a dire destinando più risorse al Fondo sanitario nazionale.

Oltretutto la sanitario - ricorrendo ad un termine che a qualcuno non piacerà ma che dà il senso della realtà - è un mercato in cui la domanda non è controllabile: più si offre e più si consuma. Non è possibile garantire un controllo della domanda; forse non sarebbe neanche giusto; ciò sarebbe possibile solo attraverso politiche di prevenzione volte a spiegare alle persone che, facendo prevenzione, si riduce la domanda di sanità. Ma fino a quando non si giungerà a quel livello la domanda continuerà ad espandersi, anche perché continuano ad aumentare la qualità e l'aspettativa di vita.

Il Governo ha poi adottato il meccanismo dell'accordo con le Regioni su cui la relatrice Bassoli si è soffermata abbastanza, essendo il punto della manovra che potrebbe avere effetti devastanti sui nostri cittadini. Al riguardo cito, a titolo di esempio, una Regione importante del Nord che produrrà nel 2006 un disavanzo di circa 500 milioni di euro, dato non particolarmente eclatante che entra però nel novero degli aspetti fisiologici dell'andamento della spesa sanitaria. Poiché questi 500 milioni di euro verranno pagati a valere in parte sul fondo di 2 miliardi di euro stanziato per il 2006, in realtà il disavanzo si ridurrà. A seguito dell'adozione dei nuovi provvedimenti questa Regione non potrà appostare nel bilancio 2006 gli stanziamenti che dovrà percepire nel 2007 e ciò in quanto oggi non si possono più realizzare i meccanismi di ingegneria finanziaria, cui si è fatto ricorso nella gestione dei fondi sanitari. Tale situazione deriva sempre dall'accordo stipulato il 23 marzo 2005 tra lo Stato e le Regioni. Automaticamente questa Regione dovrà esplicitare un disavanzo di 350 milioni di euro che, sempre in base al citato accordo, dovrà coprire con un piano di rientro da presentare nei tavoli tecnici, che si tengono tutti presso il Ministero dell'economia. Nonostante la presenza del Ministero della sanità, si tratta soltanto di risorse finanziarie.

Con i piani di rientro le Regioni dovranno coprire il disavanzo della sanità utilizzando risorse proprie; ciò significa non fare più politica di investimento e naturalmente tagliare altre spese. Qualcuno potrebbe anche affermare che le Regioni sprecano, ma sono personalmente dell'avviso che neppure la Campania riuscirebbe a spendere 350 milioni di euro. Ho l'impressione che le Regioni si troveranno in grandissima difficoltà e che si vedranno automaticamente costrette ad aumentare le aliquote di IRPEF e di IRAP in maniera non insignificante. Vi invito però a prestare particolare attenzione su questo punto. È vero che è stato soppresso il vincolo dell'incremento percentuale di IRPEF e di IRAP ma - avendo sempre come riferimento la Regione che ho prima indicato - bisogna tener conto che, per produrre attraverso tali aliquote 350 milioni di euro in una Regione importante del Nord, bisogna aumentare le stesse almeno dell'uno per cento.

Prima considerazione politica. Il Governo ha spacciato questa finanziaria come una manovra di riequilibrio sociale e di equità, equità che, in realtà, non è così palese, atteso che l'aumento dell'uno per cento dell'IR-

PEF è pagato anche da chi ha un reddito inferiore a 40.000 euro, vale a dire i famosi ricchi, quelli che secondo alcuni partiti dell'attuale maggioranza dovrebbero piangere e che non credo siano poi così ricchi. Queste persone, se avranno la sfortuna di capitare in una Regione non virtuosa, vedranno continuare la sequela di aumenti. Ho parlato di 350 milioni di disavanzo, ma sappiate che vi sono Regioni, di cui non voglio fare il nome, che hanno disavanzi decisamente superiori a tale importo. Per questo motivo si correrebbe il rischio di innalzare l'aliquota IRPEF del 2 o del 3 per cento. A questo punto è facile immaginare il meccanismo negativo che scatterebbe in quelle Regioni sull'IRAP, che è l'aliquota sulle attività produttive, a causa della gestione negativa della sanità. Inoltre, il povero cittadino che dovrà sostenere l'aumento dell'IRPEF dovrà pagare anche il *ticket* sulle visite specialistiche e sugli interventi di pronto soccorso.

Su questo argomento vorrei aprire una breve parentesi per raccontarvi la mia esperienza personale. Quando ero Presidente della Regione Piemonte ho inserito nel 2003 il *ticket* sugli interventi di pronto soccorso che, dopo un anno, ho dovuto togliere, in quanto il costo della riscossione e il livello del contenzioso con i cittadini e con la classe medica - alla quale avevamo dato il mandato di applicare quella norma - era tale per cui il rapporto costi-benefici era assolutamente nullo. Allora ci siamo resi conto che con tale provvedimento si esponeva il medico di pronto soccorso a discussioni pesanti con i cittadini che protestavano sulla tipologia del codice di accesso (bianco o verde), così ostacolando il buon funzionamento del servizio. Alla luce delle considerazioni che ho testè espresso, presenteremo un emendamento in 5<sup>a</sup> Commissione volto ad abolire questo *ticket*, anche al fine di sollecitare l'attenzione del Governo su questo aspetto.

Per le visite specialistiche è previsto un aumento di 10 euro del *ticket* che il cittadino già paga e che è di 35 euro. Siamo dell'avviso che 45 euro di *ticket* per una visita diagnostico-specialistica sia una cifra non di poco conto. Inoltre, le Regioni poco virtuose generalmente sfiorano anche il tetto del 13 per cento previsto per la spesa farmaceutica. In tal caso, il disegno di legge finanziaria prevede che il disavanzo, vale a dire ciò che eccede rispetto al 13 per cento, deve essere coperto per il 40 per cento dalle Regioni con risorse proprie. Non va dimenticato poi che le Regioni non sfiorano tale tetto di poco punti ma arrivano addirittura al 16 o al 17 per cento.

Ho richiamato il tema della spesa farmaceutica perché vi è un aspetto che deve essere affrontato senza retro pensieri. D'accordo con l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), si è deciso di abbattere del 10 per cento il costo dei farmaci. Chiaramente, sono assolutamente d'accordo sul fatto che i farmaci debbano costare meno. Abbiamo visto a cosa saranno sottoposti i poveri cittadini e, se non si prevede un piccolo sconto sui farmaci, la situazione rischia di diventare veramente tesa. Ebbene, questo sconto dei farmaci costa circa 800 milioni di euro alle industrie farmaceutiche, alle quali è stato probabilmente detto che, aumentando il Fondo sanitario nazionale a 96 miliardi di euro, il 13 per cento di esso destinato alla spesa

farmaceutica produrrà un incremento del fatturato del settore di un importo pari ai nuovi costi sostenuti. In buona sostanza, all'industria farmaceutica si è detto di non seccare più di tanto, perché se si prende da una parte, si dà dall'altra. Ma, torno a ripetere, questo non è un meccanismo corretto per affrontare il dogma del tetto della spesa farmaceutica che deve essere affrontato in modo più organico. Come sapete, è previsto un tetto di spesa del 13 per cento del Fondo sanitario nazionale per la spesa relativa ai farmaci prescritti con ricetta e un tetto del 16 per cento per i farmaci a distribuzione diretta negli ospedali. Si tratta di due indici di riferimento creati qualche anno fa (forse di 8 o 9 anni fa) che però oggi non rispondono più al controllo della reale situazione del mercato farmaceutico.

Peraltro, sono preoccupato dall'atteggiamento assunto dalle industrie farmaceutiche in alcune dichiarazioni e non vorrei che, come ha dichiarato l'amministratore delegato della Menarini, si smobiliti uno stabilimento italiano per impiantarlo in Romania, piuttosto che in Bulgaria, perché in quel Paese i costi generali sono inferiori. Mi rendo conto che è un ricatto ma dobbiamo comunque stare attenti nel regolare questo settore. E, visto che si aprono tavoli con tutti, credo sia opportuno che il Governo convochi le industrie farmaceutiche attorno ad un tavolo per valutare i limiti e le possibilità di una revisione di alcuni meccanismi e per assumere quindi le conseguenti decisioni. Del resto, possiamo permettere che nel nostro Paese non si effettui più alcuna ricerca sul farmaco? Dal 1968 nel nostro Paese non si brevetta più una specialità farmaceutica. Detto questo, annuncio che anche su questo tema presenteremo alcuni emendamenti in Commissione bilancio.

Sempre a volo d'uccello, richiamo brevemente la questione dell'abbassamento della percentuale di sconto per la diagnostica nei laboratori specialistici accreditati, che pure presenta aspetti di grande difficoltà.

Mi avvio a concludere anche se ci sarebbe ancora molto da dire. In definitiva, mi sembra non si sia minimamente affrontato in termini strutturali il problema del finanziamento del sistema sanitario. Come ho detto in altre occasioni e anche poco fa, da un Governo come il vostro ci saremmo aspettati una vera proposta di riforma, mentre avete adottato un provvedimento che destina alla sanità più risorse - di cui prendiamo atto in senso positivo -, ma in modo assolutamente indiscriminato e, soprattutto, attuando una politica decisamente contraria a quella annunciata. Il Governo, infatti, da un lato dice di voler puntare a un riequilibrio sociale, dall'altro, vessa i poveri cittadini che, a seguito dei meccanismi previsti in questa finanziaria, dovranno spendere di più per un bene primario come la salute e non certo per beni voluttuari.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, i due interventi che mi hanno preceduto hanno già affrontato nella maniera dovuta l'argomento; d'altronde, è opportuno che io esprima in questa sede anche la mia opinione. A fronte della risicata vittoria alle elezioni di giugno, sarebbe stata attendibile una politica più prudente e maggiormente condivisa, piuttosto che la

politica autoritaria adottata, che vi ha costretti a ricorrere già per ben otto volte al voto di fiducia, dato che, se proiettato sui cinque anni di legislatura, arriverebbe a 90. Avete adottato una politica distruttiva delle leggi precedenti senza prospettare il futuro, come è avvenuto nei settori della giustizia e della scuola; una politica vessatoria, con uno *spoils system* portato ai più bassi livelli; una politica restaurativa di una cultura del sospetto fiscale, per noi assolutamente inaccettabile, con gravi intromissioni nella vita privata, sbandierata sotto la voce liberalizzazioni che di fatto non vi sono state, ad eccezione di quelle che hanno aggravato i costi a carico dei cittadini (penso, ad esempio, ai taxi).

Quel consenso appare ora svaporato non solo dalla lettura dei giornali o dall'importante *test* del Molise, ma anche perché alle manifestazioni di protesta partecipano addirittura alcuni componenti del vostro Governo.

Siamo giunti all'esame della legge finanziaria che da sempre è un argomento difficile per qualunque maggioranza e che all'estero è molto spesso oggetto di fiducia. Di nuovo si registra solo la contrarietà totale e assoluta di tutto il Paese alla manovra proposta. È deprimente vedere il Presidente del Consiglio affermare in televisione che si vedrà poi come andrà a finire. Mi viene da replicare: ma come, ancora non sa come andrà a finire. Il Ministro dell'economia dice che in fondo sarebbe stata sufficiente una manovra di 15 miliardi di euro e il Vice Ministro delle tasse (non saprei dare un'altra qualifica all'onorevole Visco) che aggiunge che ora si potrebbero apportare anche dei tagli in quanto le entrate sono superiori a quanto previsto. La gente è spaventata, disorientata, perché vede una strada accidentata percorsa da una macchina sgangherata con un guidatore che forse dovrebbe fare la prova dell'etilometro.

Si promette equità. In realtà, i ricchi possono sorridere di fronte a quel che viene fatto loro mentre il ceto medio viene tartassato e i poveri non sfuggono ad un'importante stangata.

Si parla di riordino ma non sono previsti tagli strutturali e lo rileva anche l'Unione europea; addirittura, in qualche caso, vi è l'appropriazione di un qualcosa, come, ad esempio, il TFR.

Si parla di sviluppo ma dedicato solo ad alcuni, ai soliti amici, come la FIAT, l'Alitalia, la Merloni e magari a qualche sindacato. In compenso, si hanno gravi depressioni per quanto riguarda il pubblico impiego, la sicurezza e la ricerca.

Si toccano profondamente gli *airbag* sociali del nostro Paese: la casa e la proprietà, ripristinando le tasse di successione, la previdenza e la sanità che è la materia di nostra competenza. È molto facile che i giornali non ne parlino, perché questa finanziaria è una sorta di *matrioska*: è talmente brutta la prima bambola, che non si vogliono aprire le altre. Quasi 70 bamboline sono relative alle nuove tasse e sono una peggior dell'altra. Il settore della sanità non è diverso da queste, è un piatto in cui di sostanza apprezzabile ce n'è molto poca (ringrazio il senatore Ghigo che ne ha voluta trovare un po', anch'io farò uno sforzo in tal senso), ma in compenso c'è molto fumo, pochissimi aromi e il conto è salatissimo.

Apprezzabile però è il finanziamento (aspetto non sottolineato dal senatore Ghigo) che è molto buono per il primo anno, mentre per gli anni successivi basta la semplice osservazione del valore tendenziale per evincere che lo stanziamento non basterà a coprire le perdite. L'edilizia viene rifinanziata, ma ci sono i difetti di cui ha riferito il vice presidente Cursi. Inoltre, i lacci e laccioli burocratici che scattano sono pressoché impercorribili. In una sola frase: ancora una volta le Regioni portano via un assegno importante a fronte però di una cambiale chiaramente inesigibile e che nei termini non è assolutamente richiesta con la perentorietà di cui parlava l'ex sottosegretario Cursi.

Qualche aroma condivisibile c'è: si parla della casa della salute, della promozione della salute materno infantile, delle malattie rare, dell'unità spinale, della ricerca. Poi però si differenzia la ricerca pubblica da quella privata e si prevede un tetto e ciò è incomprensibile. Si parla di sicurezza degli alimenti, del fondo dell'autosufficienza ma non si dice, ad esempio, che se non è solo il disabile a guidare la sua automobile si deve pagare una tassa doppia. Misure davvero assurde!

Si prevede anche qualche intervento mirato, che in altre finanziarie si sarebbe chiamato diversamente, che condividiamo; penso a quanto indirizzato agli ospedali Bambino Gesù e San Gallicano di Roma. Ciò non di meno vi sono anche provvedimenti mirati su cui siamo meno d'accordo. Tutto questo, che potrebbe essere l'aroma apprezzabile, viene inevitabilmente vanificato dal finanziamento troppo basso - risibile (direi quasi un imbroglio) se valutato con riferimento al territorio nazionale - destinato al personale sanitario. Basta leggere integralmente il testo per comprendere che vi è una forte riduzione del personale, senza - mi permetta, signor Sottosegretario - neanche la saggezza di salvaguardare il settore delle emergenze e delle urgenze, la cui salvaguardia sarebbe invece fondamentale. Mi riferisco ai reparti di rianimazione, alle unità coronariche, ai pronti soccorsi, ai dipartimenti materno infantili e quindi alle sale parto e alle neonatologie. Si sviluppa invece proprio quel precariato che non volete.

Per quanto concerne il blocco degli accrediti si richiedono perentoriamente requisiti solo ai privati, lasciando invece libere strutture ospedaliere obsolete e superate nel tempo. In poche parole, negli ospedali si può morire anche se si violano le norme previste dal decreto legislativo n. 626 del 1994 sulla sicurezza e si vessano invece le strutture private affinché rispettino tale normativa.

Come posta, la tessera sanitaria appare più una schedatura annonaria che una tessera della salute. Il blocco dello sconto per le farmacie era già previsto nel decreto-legge n. 87 del 2005 del ministro Storace. Quando si parla di truffe sembra che le facciano solo le farmacie. Si parla di farmacovigilanza ma poi si escludono i farmaci generici che sono quelli che necessiterebbe invece dei maggiori controlli, in quanto a una derrata di un quintale di principio attivo acquistata nel Paese X non corrisponde una uguale derrata comprata in un altro Paese; da altri Paesi europei rientrano

prodotti generici che non controlliamo e, quindi, la farmaco-equivalenza e la biodisponibilità, che sono elementi fondamentali di valutazione, non esistono.

Lascio sorridere sulla multa per il mancato ritiro degli esami che il più delle volte corrisponde a un cattivo sistema di consegna e di amministrazione, giacché - grazie a Dio - molto spesso le notizie volano più veloci di un referto che a quel punto nulla potrebbe dare in termini di salute.

Si parla poi di percorsi diagnostici terapeutici. Purtroppo, a pensar male si fa peccato, ma - come dice il nostro Decano al Senato accademico - qualche volta ci si indovina: sembra più la volontà di un contingentamento degli esami che la realtà di un percorso virtuoso.

Parliamo invece dei cinque punti veramente avvelenati. Sui farmaci non ripeto ciò che ha già osservato il senatore Ghigo. Mi sembra però evidente che il combinato disposto dei tagli previsti si rapina ancora una volta il porcellino con dentro le monete, perché è il più facile da prendere. Si perde invece di vista il taglio di quasi 10.000 posti di lavoro, perché molti cesseranno l'attività, molti si trasferiranno all'estero, come hanno annunciato; alla fine alle industrie farmaceutiche questa manovra costerà il 40 per cento in più di quanto restituirà il cuneo fiscale tolto. Ci sarà uno *stop* alla ricerca qualificata e uno *stop* alla formazione. L'Educazione continua in medicina (ECM), già ferma, subirà un fermo ulteriore, avendo le industrie farmaceutiche preannunciato che non verseranno più contributi in tal senso. Mancheranno quindi i farmaci innovativi, etici e per le malattie rare e si avrà lo sviluppo del farmaco generico - di cui ho già parlato - oppure di quello omeopatico. Ma è giusto che qualche Regione spenda cifre consistenti in questa direzione?

L'importante notizia che il vaccino contro il tumore è disponibile e che alcune Nazioni lo hanno già comprato è stata accompagnata in televisione dall'ulteriore notizia che prima di un anno non si riuscirà ad averlo. Tradotto: non lo acquistiamo.

Quanto al *ticket* sugli interventi di pronto soccorso si valuta in finanziaria che si tratta di un onere che ogni famiglia sostiene in media una volta l'anno. Vorrei capire su quale base è stata fatta questa valutazione e ricordare che tale misura è estremamente ingiusta, dal momento che il pronto soccorso è uno *stand by* proprio per le emergenze, l'intervento viene comunque pagato e se si intasa è a causa delle insufficienze territoriali della medicina generale, della guardia notturna medica e festiva, di un *triage* approssimativo, del profondo disagio di tante zone d'Italia dove la razionalizzazione ha portato alla chiusura del presidio ospedaliero. Ebbene, tutto questo si risolve facendo pagare una tassa al cittadino che verrà posto come epifenomeno a fronte di un contenzioso tra lui e il medico che deve riconoscerlo non ammalato. Prevedo, infatti, un aumento della medicina difensiva, dei ricoveri impropri e del contenzioso.

Quanto ai laboratori privati accreditati, si parla di una riduzione del tariffario del 2 per cento per le visite specialistiche e del 20 per cento per le analisi di laboratorio, le cui tariffe peraltro sono ferme al 1996. È una



riduzione molto grave che avrebbe potuto essere inferiore se fosse stata spalmata sul settore pubblico e su quello privato. Soprattutto non capiamo perché questo provvedimento viene assunto vessatoriamente sui privati che, in realtà, rappresentano in questo momento la realtà che soddisfa la maggior parte delle richieste di esami di laboratorio. Se si facesse una statistica emergerebbe che i laboratori accreditati stanno aumentando notevolmente il volume delle loro prestazioni, non perché è cresciuta la popolazione o sono aumentate le malattie, ma perché il servizio pubblico non fa analisi di laboratorio essendo in perdita ed allunga le liste di attesa per spingere le persone a rivolgersi all'esterno. Invece di attuare un intervento moderatore su tutto il sistema, si procede solo nei confronti dei privati. Inoltre, il *ticket* di 10 euro sulle prescrizioni delle visite specialistiche finisce con il configurare il pagamento di una prestazione privata. Con 45 euro infatti si può fare una visita specialistica privata. Peraltro tale importo può risultare addirittura ambiguo in quanto nei codici della medicina specialistica sono inserite anche prestazioni diagnostiche di valore inferiore a 10 euro, sulle quali si pagherà nella monoprescrizione 10 euro di *ticket*.

Da tempo sosteniamo che la diversa valorizzazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) deve essere quantificata: una protesi di 2.000 euro non può essere uguale a una protesi di 5.000 euro. Ebbene, dall'articolo emerge una terribile spinta al ribasso dei costi, senza tenere in alcun conto che si rischia così di rinunciare a prodotti altamente tecnologici; si va verso un risparmio che alcuni Paesi hanno già provato e che si è rivelato terribile in termini di morti, feriti, reinterventi e ricoveri in più. Non basta il certificato di conformità europea per dimostrare che una protesi e un dispositivo sono uguali dappertutto; ci vorrebbe quantomeno una lista di accredito, una prova di ciò che funziona o non funziona, un meccanismo da concordare con l'AIFA. Di fatto la proposta così come è formulata significa solo abbassare la qualità per risparmiare.

In sintesi, la finanziaria in esame è inaccettabile per la parte sanitaria. Ciò che viene investito è polverizzato in mille interventi a pioggia, nessuno dei quali significativo. Con i *ticket* si derubano i cittadini, offrendo loro servizi di minore qualità e meno fruibili.

Ci si perde dietro la *cannabis* e le cellule staminali ma si lasciano indietro i fatti, la politica dei vaccini, la politica della donna, la psichiatria, gli interventi sull'oncologia mirata. In poche parole, molto fumo e pochissimo arrosto. Manca la scelta da operare sul terreno dell'equità, dell'economia, della tecnica e della partecipazione. Non si persegue il vero obiettivo che è quello di migliorare il nostro Servizio sanitario nazionale, vale dire - in modo figurato - il dimagrimento del corpo obeso e il rafforzamento degli arti più importanti che sono la prevenzione, la medicina del territorio, la riabilitazione. Non si guarda ai problemi fondamentali: l'accesso alle terapie, le liste di attesa, l'emergenza-urgenza, la *long term care*. Come ha chiesto il senatore Ghigo: chi paga questo conto?

Purtroppo, si è ancora una volta in presenza di una scelta ideologica profonda: il pubblico va salvaguardato comunque sia mentre il privato va depresso. Vi saranno di nuovo ospedali di Stato, farmaci di Stato, personale di Stato ma diminuirà la libera autodeterminazione dei cittadini. In pratica, pagare di più per avere un servizio non uguale ma peggiorato rispetto a prima.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 13,35.*



