

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
PIERLUIGI PETRINI

La seduta comincia alle 15.

GIUSEPPINA SERVODIO, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta dell'11 maggio 1998.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Albertini, Aleffi, Amoruso, Andreatta, Vincenzo Bianchi, Brancati, Brunetti, Calzolaio, Dini, Evangelisti, Fantozzi, Fassino, Giannattasio, Leoni, Marongiu, Olivo, Pennacchi, Pezzoni, Polenta, Prodi, Risari, Sales, Selva, Sinisi, Soriero e Veltroni sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono ventisei, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Trasmissione dal Senato di un disegno di legge di conversione e sua assegnazione a Commissione in sede referente.

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza il seguente disegno di legge di conversione:

« Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 aprile 1998, n. 78, recante interventi urgenti in materia occupazionale (*approvato dal Senato*) (4891).

A norma del comma 1 dell'articolo 96-*bis* del regolamento, il suddetto disegno di legge è stato deferito, in sede referente, alla XI Commissione permanente (Lavoro), con il parere delle Commissioni I, II, V, VII, X, XII e XIII.

Il suddetto disegno di legge, ai fini dell'espressione del parere alle Commissioni competenti, previsto dal comma 1 del predetto articolo 96-*bis*, è altresì assegnato al Comitato per la legislazione di cui all'articolo 16-*bis* del regolamento.

Discussione del disegno di legge: Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (4230) (ore 15,05).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

(Contingentamento tempi discussione generale - A.C. 4230)

PRESIDENTE. Avverto che a seguito della riunione del 30 aprile della Conferenza dei presidenti di gruppo si è provveduto, ai sensi dell'articolo 24, comma 3, del regolamento, all'organizzazione dei tempi per l'esame del disegno di legge. Il

tempo riservato alla discussione generale è così ripartito:

tempo per il relatore: 25 minuti;

tempo per il Governo: 25 minuti;

tempo per il gruppo misto: 35 minuti;

tempo per i richiami al regolamento: 10 minuti;

tempo per interventi a titolo personale: 1 ora e 5 minuti;

tempo per i gruppi: 4 ore e 30 minuti.

Il tempo a disposizione del gruppo misto è così ripartito tra le componenti politiche costituite al suo interno:

verdi: 12 minuti; socialisti democratici italiani: 7 minuti; CCD: 7 minuti; minoranze linguistiche: 4 minuti; per l'UDR patto Segni-liberali: 3 minuti; la rete: 3 minuti.

Il tempo a disposizione dei gruppi è così ripartito:

democratici di sinistra-l'Ulivo: 31 minuti;

forza Italia: 40 minuti;

alleanza nazionale: 40 minuti;

popolari e democratici-l'Ulivo: 31 minuti;

lega nord per l'indipendenza della Padania: 36 minuti;

rifondazione comunista-progressisti: 30 minuti;

per l'UDR CDU-CDR: 33 minuti;

rinnovamento italiano: 30 minuti.

**(Discussione sulle linee generali –
A.C. 4230)**

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Ha facoltà di parlare il relatore, onorevole Bolognesi.

MARIDA BOLOGNESI, *Relatore*. Signor Presidente, colleghi, ministro, credo giovi, considerato il lavoro che ha visto la Commissione affari sociali impegnata per alcuni mesi in un approfondimento e in una discussione importanti, ricordare come il nostro paese si sia dotato in ritardo, rispetto ad altri paesi occidentali industrializzati, di un servizio sanitario nazionale, come in Gran Bretagna, in Svezia e in Canada; paesi che, nell'ambito della realizzazione di un sistema di sicurezza sociale moderno ed efficiente, avevano adottato tale modello tra il primo dopoguerra e gli anni sessanta.

Tale sistema, finalizzato a garantire a tutti i cittadini un insieme coerente di prevenzione, cura e riabilitazione, a prescindere dalla classe sociale, sembrò al legislatore coerente con il dettato dell'articolo 32 della Costituzione. La legge n. 833 del 1978 superava, quindi, il sistema mutualistico che aveva consentito sia grandi differenze nell'erogazione di prestazioni fra categorie diverse, sia lo stato di abbandono in cui versavano ampi settori di popolazione, non coperti da alcuna garanzia e con l'accesso alle prestazioni di emergenza in uno stato di sostanziale marginalità. Per non parlare poi del sistema della prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro curato dallo Stato centrale e dal modello del medico provinciale e degli ufficiali sanitari comunali, sicuramente un modello non più adeguato anche ai tempi, rispetto ai nuovi rischi per la salute introdotti dai processi di modernizzazione della società e della produzione.

Il nostro servizio sanitario nazionale, prima di vedere la propria nascita, era stato già sperimentato in alcune regioni e in alcuni comuni pur con diverse modalità e scelte territoriali: dalla rete capillare di ospedali e ambulatori del Veneto e del Friuli, ai servizi di medicina del lavoro e i consultori dell'Emilia e della Toscana, dall'apertura al territorio delle università e delle facoltà di medicina anche in

grandi città come Roma e Milano, alla sperimentazione della lotta alle dipendenze; e ancora: al superamento degli ospedali psichiatrici, dalla comprensione del forte nesso tra ambiente e salute fino allo sviluppo della ricerca epidemiologica.

Contestualmente all'approvazione in Italia, a larghissima maggioranza, della legge n. 833, si vedeva in molti paesi europei iniziare i primi processi di revisione dello Stato sociale o comunque di rimessa in discussione di quel modello, giudicato costoso e non sempre efficiente. In Italia politiche errate dei Governi nazionali, lo storico ritardo di alcune regioni, l'inefficienza non sempre casuale della pubblica amministrazione, hanno portato ad una realizzazione carente del servizio sanitario nazionale, soprattutto in alcune aree del paese, cui si è accompagnato un problema di scarsità di risorse dovuto in parte ad un incongruo utilizzo delle stesse, ma anche — questo mi pare un punto su cui dovremmo soffermarci — dall'espandersi della domanda di prestazioni sanitarie legate al combinato effetto dell'allungarsi della vita media, dovuto ai progressi diagnostico-terapeutici, al conseguente instaurarsi di patologie cronicodegenerative e all'aumento dell'offerta di prestazioni diagnostiche e terapeutiche non sempre appropriate ed efficaci, ma che comunque hanno ovviamente o potenzialmente ingrandito a dismisura la domanda. Di qui il dilatarsi della spesa sanitaria, nell'ambito dell'estendersi del debito pubblico, sebbene in misura minore nella percentuale rispetto al PIL di altri paesi dell'Unione europea e dell'OCSE e le conseguenti politiche restrittive degli anni novanta, affiancate alla necessità di una vera efficacia organizzativa dei servizi pubblici.

Accanto ad una giusta esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa e di ricerca di efficienza e qualità del servizio reso ai cittadini, sono state tuttavia promosse anche politiche atte — a mio avviso volontariamente o involontariamente — a scardinare il principio stesso del servizio sanitario nazionale universalistico, finanziato dalla fiscalità generale,

equo perché vicino ai più deboli che non sono soltanto gli indigenti, ma anche gli ammalati, gli anziani, i bambini, le donne, coloro che si ammalano a causa del lavoro o dell'ambiente inquinato. Il problema non era quello di costruire un servizio sanitario nazionale per i poveri, ma semmai di combattere la povertà che causa malattia e garantire il servizio sanitario nazionale come diritto civile e sociale per tutti proprio affinché lo sia per ognuno. Credo che questo sia uno dei principi fondamentali che sicuramente intendiamo difendere e riproporre all'attenzione generale.

Il sistema disegnato dalla legge n. 833 non ha potuto però sostenere questo insieme di contraddizioni proprio nella fase successiva all'approvazione, né il diffuso e giusto malessere dei cittadini alimentato talvolta da campagne di stampa ingenerose, ma anche motivate da effettivi fenomeni di cattivo funzionamento.

Una prima risposta alle difficoltà organizzative e di funzionamento del servizio sanitario nazionale è stata offerta con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, la cui impostazione riflette alcuni dati di contesto ed elaborazioni scientifiche non pienamente validate. I decreti legislativi citati introducono principi tuttora validi ed attuali: il riconoscimento della responsabilità politica piena delle regioni e dei comuni, attraverso la conferenza dei sindaci; il superamento del comitato di gestione; l'introduzione di un direttore generale come figura responsabile e dotata di effettivo potere decisionale; il consiglio dei sanitari quale sede elettiva di confronto tra la direzione e la dirigenza; l'introduzione del sistema dei centri di costo, del controllo di gestione e della verifica e revisione di qualità.

La realizzazione di due principi-cardine dei decreti legislativi nn. 502 e 517, la regionalizzazione e la aziendalizzazione, si è scontrata, da una parte, con la tradizionale inefficienza dello Stato centrale e la debolezza di alcuni governi del sistema delle autonomie e, dall'altra parte, con la stessa disciplina del servizio sani-

tario nazionale che mutua la normativa sul pubblico impiego. Solo con il decreto legislativo n. 29 del 1993, alcuni contratti collettivi nazionali di lavoro e, soprattutto, con la recente legge n. 59 del 1997 ed i relativi decreti attuativi, sono stati definiti meccanismi diversi di funzionamento della pubblica amministrazione, che consentono di promuovere l'aziendalizzazione del sistema.

Sul versante del contenimento della spesa — volendo leggere i punti di debolezza dei decreti legislativi nn. 502 e 517 che sono quelli su cui si è accentrata l'attenzione del Governo nel disegno di legge delega e la successiva discussione in Commissione — se è vero che il sistema di pagamento a tariffa delle prestazioni (il cosiddetto DRG) ha aumentato la possibilità di controllo, soprattutto nel settore privato convenzionato, è pur vero che esso ha irrigidito il funzionamento della struttura pubblica. Non a caso questo stesso meccanismo è in corso di revisione da parte delle stesse compagnie assicurative degli Stati Uniti, che per prime lo hanno adottato, essendo necessario, per assicurare risultati apprezzabili un sistema efficiente e molto costoso di controllo. In Gran Bretagna, del resto, il sistema di controllo dei DRG è stato responsabile di una lievitazione della spesa stessa.

Con l'entrata in vigore dei decreti legislativi nn. 502 e 517, alcuni aspetti critici del sistema previsto dalla vecchia legge n. 833 non hanno tuttavia subito sostanziali miglioramenti: dal ruolo dei medici convenzionati, e in particolare di quel delicato snodo che è il medico di base, ordinatore di spesa, al rapporto tra università e servizio sanitario nazionale, dal gran numero di medici non sempre sufficientemente qualificati alla mancata realizzazione delle aziende per i policlinici universitari, dall'insufficiente ruolo dei comuni alle carenze dei rapporti, spesso conflittuali, tra i due livelli istituzionali competenti, le regioni e lo Stato centrale.

Lo stesso piano sanitario nazionale, mai emanato sino al 1994 — credo sia importante ricordarlo — ha disatteso nei contenuti il dettato del decreto legislativo

n. 502. L'integrazione tra sociale e sanitario, altro punto di grande sofferenza dell'attuazione del nostro sistema, non ha trovato una vera realizzazione a causa di un'arretrata legislazione nazionale sull'assistenza, alla cui riforma stanno oggi lavorando Governo e Parlamento, e delle modalità di realizzazione del distretto sanitario diventato, nei fatti, solo un'articolazione amministrativa dell'azienda USL, più che il livello dove avviene l'integrazione tra medicina di base e servizi sociali.

Molti altri punti dei citati decreti legislativi sono risultati inefficaci o, alla prova dei fatti, hanno innescato dinamiche dagli esiti incerti. I problemi sicuramente più evidenti sono quelli che riguardano il mancato controllo della spesa, l'incapacità del sistema di rispondere efficacemente ai nuovi bisogni sanitari e di conciliare l'obiettivo del pareggio di bilancio, imposto a ciascuna azienda sanitaria locale, con alcuni selezionati obiettivi di salute.

Le ultime manovre di bilancio hanno tentato di apporre correzioni al modello sin qui ricordato: l'introduzione di protocolli diagnostici e terapeutici finalizzati ad una prescrizione corretta, l'esclusività del rapporto di lavoro per il medico dipendente del servizio sanitario nazionale, una diversa articolazione della spesa farmaceutica, in un quadro di non riduzione del fondo sanitario nazionale. L'esigenza di correggere organicamente gli aspetti inefficaci e lacunosi della disciplina recata dai decreti legislativi nn. 502 e 517 hanno portato il Governo a presentare il disegno di legge in esame, significativamente modificato nel corso dell'esame in sede referente da parte della Commissione, a seguito di un'attenta attività istruttoria svolta secondo le previsioni della circolare del Presidente della Camera del 10 gennaio 1997.

Acquisito il parere della Conferenza unificata Stato-regioni-città, la Commissione, tramite il Comitato ristretto, ha proceduto ad un breve programma di audizioni informali ed all'acquisizione di altri contributi dei soggetti interessati. In

particolare, sono stati sentiti i rappresentanti delle associazioni sindacali, i rappresentanti della Confindustria e di altre associazioni di categoria, i rappresentanti della Federazione nazionale dell'ordine dei medici, le associazioni dei cittadini, i rappresentanti del mondo accademico e, ovviamente, le regioni ed i comuni.

Per quanto riguarda il ruolo delle regioni e degli enti territoriali minori, un documento della conferenza degli assessori regionali alla sanità ha sottolineato l'importanza di portare a compimento il processo di regionalizzazione e la necessità di ridefinire i rapporti tra Stato, regioni ed enti locali. I rappresentanti dell'ANCI, invece, si sono soffermati sull'integrazione socio-sanitaria, che deve vedere protagonisti i comuni e le associazioni dei cittadini e sull'opportunità di rivedere il rapporto dei comuni con le regioni, secondo uno schema che vede la programmazione regionale coordinata con quella locale. Abbiamo anche udito i direttori generali delle aziende sanitarie.

Molte delle proposte avanzate sono state in qualche modo recepite ed hanno sicuramente contribuito ad arricchire il dibattito che si è svolto in Commissione affari sociali e che, a detta di tutti i deputati, nei fatti si è trasformato in quella che noi riteniamo una grande opportunità di riforma. Infatti, al di là del soffermarsi su quelli che la Commissione e lo stesso Governo avevano individuato come i punti di sofferenza dei decreti legislativi nn. 502 e 517, o comunque che avevano dato adito a distorsioni del sistema, pericolose in un quadro di necessaria riforma volta a dare risposte diverse ai bisogni sanitari che stanno mutando nel nostro come negli altri paesi, i suggerimenti e le sottolineature dei nostri interlocutori hanno recato, come dicevo, un contributo non piccolo al dibattito in Commissione.

I pareri delle Commissioni competenti e del Comitato per la legislazione, che abbiamo richiesto, reso ai sensi dell'articolo 16-bis del regolamento, completano il

quadro di riferimento dell'istruttoria legislativa relativa al disegno di legge in esame.

La Commissione ha recepito due delle quattro condizioni poste dal parere del Comitato per la legislazione: i principi ed i criteri direttivi di delega sono stati, infatti, inseriti in un unico articolo ed il titolo è stato modificato in corrispondenza del contenuto del disegno di legge.

La Commissione non ha, invece, ritenuto di sopprimere l'articolo 5 (il cui contenuto è stato trasferito all'articolo 3), che chiarisce un delicato aspetto dei rapporti tra università e sanità, e non ha ripristinato — come suggerito — l'originaria disposizione dell'articolo 1, comma 3, allo scopo di rafforzare la posizione del Parlamento.

Le condizioni poste dai pareri delle Commissioni competenti non sono state integralmente recepite. In particolare, in qualità di relatore, non ho ritenuto di proporre, come richiesto dai pareri delle Commissioni bilancio e lavoro, la soppressione della disposizione che prevede la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare contratti di formazione lavoro della durata di cinque anni nell'ambito di specifici programmi. Ciò in considerazione dell'elevato livello della disoccupazione medica, che dovrebbe risultare alleggerita dalla previsione della facoltà indicata, ma anche, a mio avviso, dalla necessaria flessibilità che in questo settore può e deve corrispondere ad una domanda diversificata, sempre nella responsabilità di chi ha il carico delle aziende, ovviamente conformemente agli indirizzi anche delle regioni.

Non abbiamo altresì ritenuto di modificare, come invece richiesto dalla Commissione bilancio, le parti relative alla definizione del piano sanitario nazionale, che stabiliscono un imprescindibile nesso tra gli obiettivi di salute individuati dalla programmazione nazionale e le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione di quegli stessi obiettivi, ovvero alle modalità per pervenire all'effettivo superamento delle convenzioni con i medici della medicina dei servizi e degli specialisti

ambulatoriali, che ripetono il modello recepito dalla legge finanziaria collegata alla manovra di finanza pubblica.

In particolare non abbiamo ritenuto di dover recepire le modifiche richieste per quanto riguarda il piano sanitario nazionale, perché nel corso della discussione nella Commissione affari sociali quel piano è stato individuato da più parti come uno strumento efficace da offrire alle regioni ed al territorio, proprio nel quadro della selezione degli obiettivi di salute e, quindi, delle prestazioni e che, insieme ad altri, sarà uno degli strumenti essenziali che vengono o verranno attuati, comunque indicati nella finanziaria. Nel rispetto dello spirito del decreto legislativo n. 502, rafforzato dalla norma che abbiamo modificato, potremo infatti avere, nel piano sanitario nazionale e in quelli regionali, riferimenti certi anche sul controllo della spesa oltre che, ovviamente, sull'obiettivo della « produzione » di salute che, a nostro avviso, è il primo punto da recuperare nella modifica dei suddetti decreti legislativi.

Venendo, quindi, alle modifiche introdotte dalla Commissione al testo del Governo, si è voluto — sottolineerei questo punto — enfatizzare e recuperare appieno la missione del servizio sanitario nazionale nella prioritaria difesa e tutela degli obiettivi di salute definiti, appunto, dal piano sanitario nazionale, cui rapportare corrispondenti ed appropriati finanziamenti, accanto alla conferma del processo di regionalizzazione e di razionalizzazione dell'uso delle risorse, anche nella verifica del processo di aziendalizzazione.

Questa verifica non ha significato per noi la volontà di tornare indietro rispetto al processo di aziendalizzazione: i decreti legislativi nn. 502 e 517 erano stati pensati in una fase diversa da quella attuale, mentre noi crediamo che l'obiettivo del contenimento della spesa o del pareggio del bilancio, cui si erano ispirati quei decreti, sia oggi da superare, nel senso che accanto ad un controllo continuativo della spesa sanitaria, alla sua necessaria razionalizzazione e ad un abbattimento degli

sprechi ci sembra che il punto prioritario della missione del servizio sia la produzione di salute.

Nella collaborazione tra pubblico, privato e privato sociale non a fini di lucro si è individuato l'asse per una migliore erogazione dei servizi più che per lo svolgimento di una competizione tra di essi. Anche questa è una novità rispetto al sopracitato decreto legislativo n. 502: crediamo in un coordinamento dei diversi interventi più che in una mera competizione ed in un intervento che abbia compiti e funzioni diverse con ruoli diversi. Alla fine, la competizione non può essere giocata su parametri puramente economici, ma va ricondotta alla missione del servizio.

Si è voluto, inoltre, tra i principi direttivi della delega, valorizzare il ruolo di partecipazione dei cittadini e degli operatori, a nostro avviso mortificato nei decreti legislativi nn. 502 e 517, ed anche recuperare il principio della necessità per il servizio sanitario nazionale di verificare l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni.

Tra le altre modifiche introdotte è di particolare rilievo quella relativa allo Stato centrale: se la legge n. 59 ed i decreti attuativi sono finalizzati ad una riallocazione delle competenze tra centro e periferia e alla conseguente trasformazione dell'amministrazione centrale, la Commissione ha voluto evidenziare la necessità di una effettiva distinzione tra programmazione e politica sanitaria, da un lato, e compiti e funzioni tecnico-scientifici, dall'altro, particolarmente complessi in sanità, da allocare in un centro di eccellenza qual è l'Istituto superiore di sanità e nelle strutture di alto profilo tecnico, quali l'ISPESL e l'agenzia per i servizi sanitari regionali, il cui ruolo evolve da quello di agenzia di ricerca a quello di organo di raccordo tra Stato e regioni per la valutazione ed il monitoraggio dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

L'agenzia diventa, infatti, la struttura centrale, « cogestita » da Stato e regioni — secondo modalità tali che la rendono una

sperimentazione di indubbio interesse anche per altri settori della pubblica amministrazione — deputata ad individuare e segnalare al ministro, in collaborazione con le regioni, le inefficienze del servizio sanitario nazionale, anche per attivare i poteri sostitutivi o le penalizzazioni previste dalla legislazione vigente, nel caso di inadempienza da parte delle regioni. Questi anni hanno infatti sicuramente evidenziato come le situazioni territoriali, proprio per antichi problemi mai risolti, abbiano rilevato una qualità del servizio ed una risposta ai bisogni sanitari non sempre equilibrata, efficiente e, soprattutto, omogenea su tutto il territorio nazionale.

Con queste disposizioni il disegno di legge tenta di risolvere il problema determinato dalla necessità di assicurare livelli uniformi di prestazioni e di servizi sul territorio nazionale, nel rispetto dell'autonomia delle singole regioni, in ossequio al principio della leale collaborazione da tempo elaborato dalla giurisprudenza costituzionale.

Il disegno di legge intende rafforzare il ruolo dei comuni, anche attraverso i loro organismi di rappresentanza, nei processi di programmazione sanitaria e di valutazione delle prestazioni erogate, senza modificare l'assetto di governo delle aziende né rompere il rapporto fiduciario tra il direttore generale e la regione, secondo la proposta della Conferenza unificata. Ai comuni è, infine, consentita la possibilità di assicurare livelli superiori di assistenza con proprie risorse, escludendosi espressamente l'assunzione di responsabilità di gestione diretta delle strutture del servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Il tempo, onorevole Bolognesi.

MARIDA BOLOGNESI, Relatore. Cercherò di sintetizzare, signor Presidente.

Con riferimento alla complessa tematica del rapporto tra sociale e sanitario e alla relativa integrazione, si demanda ad un atto di indirizzo e coordinamento, da definire secondo alcuni principi, l'indivi-

duazione delle aree di integrazione, e si fissano, al riguardo, alcuni criteri direttivi relativi alle professioni operanti in questo settore.

Particolarmente innovativa è la parte inerente la dirigenza del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale che, ferma restando l'attuale articolazione tra primo e secondo livello, nella piena autonomia professionale di ciascuno dei due livelli, prevede la possibilità di individuare un'articolazione della dirigenza che risponda alle esigenze che sono emerse con chiarezza negli ultimi anni, anche al fine di distinguere le relative responsabilità in vista di una progressiva privatizzazione del rapporto di lavoro.

Si definisce ulteriormente il percorso per arrivare ad una effettiva esclusività del rapporto di lavoro, prevedendo risorse premiali specifiche sul fondo sanitario nazionale. Relativamente alla formazione e all'aggiornamento del personale sanitario si prevede che ciò avvenga in accordo con la programmazione regionale in base ad apposite linee guida ed alla rilevazione del fabbisogno del personale. Sono stati, inoltre, previsti posti aggiuntivi nelle scuole di specializzazione per le figure non mediche della dirigenza del ruolo sanitario.

Per quanto attiene ai rapporti tra università e sanità, si prevede che tramite appositi protocolli di intesa introdotti dal decreto legislativo n. 502, da predisporre sulla base di apposite linee guida, siano individuate le strutture sanitarie di cui le regioni si avvalgono per le attività assistenziali, al fine di garantire che l'eventuale sviluppo di strutture sanitarie per finalità diverse non coincidenti con quelle del servizio sanitario nazionale non gravino sul fondo sanitario nazionale. Per la ricerca biomedica si prevede, d'intesa tra i ministri competenti, il raccordo con il piano sanitario nazionale e il coordinamento della stessa.

Il piano sanitario nazionale — che abbiamo sostanzialmente rafforzato nel suo ruolo — continua a rappresentare lo strumento essenziale della programma-

zione sanitaria ma, rispetto alle definizioni previste dalla normativa in vigore...

PRESIDENTE. Onorevole Bolognesi, dovrebbe concludere.

MARIDA BOLOGNESI, *Relatore*. Mi avvio a concludere, signor Presidente.

È indubbio che una delle cause del mancato funzionamento è stata proprio l'assenza di certezza negli strumenti che sono stati messi a disposizione delle regioni per cercare di raggiungere gli obiettivi di salute del territorio.

Vorrei segnalare che abbiamo voluto rafforzare il ruolo del distretto, inserendo anche l'idea di *budget* di distretto, proprio al fine di un'integrazione tra sociale e sanitario che noi crediamo passi anche attraverso la ridefinizione del ruolo del medico e del pediatra di base. Questo fondo di distretto va quindi a nostro avviso nella direzione dell'integrazione.

Un ultimo punto che vorrei illustrare riguarda la sanità penitenziaria. Ricordo che in proposito abbiamo voluto accogliere le sollecitazioni della Commissione giustizia, a seguito delle quali abbiamo previsto una delega ai ministri competenti per attivare una riforma in materia di sanità.

L'articolo 4, infine, in coerenza con l'indirizzo di semplificazione dell'ordinamento vigente, prevede l'adozione di un testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge che regolamentano l'organizzazione e le attività del servizio sanitario nazionale e degli istituti ad esso connessi.

Auspico che l'Assemblea possa rapidamente confermare il lavoro di approfondimento e di modifica svolto dalla Commissione, nella piena collaborazione tra maggioranza e opposizione, particolarmente significativo per alcune parti del presente disegno di legge (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Signor Presidente, mi riservo di intervenire in sede di replica.

Annuncio della presentazione di un disegno di legge di conversione e sua assegnazione a Commissione in sede referente.

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente del Consiglio dei ministri ha presentato alla Presidenza, in data 16 maggio 1998, a norma dell'articolo 77 della Costituzione, il seguente disegno di legge, che è stato assegnato, ai sensi dell'articolo 96-*bis*, comma 1, del regolamento, in sede referente, alla I Commissione permanente (Affari costituzionali):

« Conversione in legge del decreto-legge 15 maggio 1998, n. 151, recante disposizioni urgenti riguardanti agevolazioni tariffarie e postali per le consultazioni elettorali » (4890), con il parere delle Commissioni IV, V e IX (*ex* articolo 73, comma 1-*bis* del regolamento).

Il suddetto disegno di legge, ai fini dell'espressione del parere alle Commissioni competenti, previsto dal comma 1 del predetto articolo 96-*bis*, è stato altresì assegnato al Comitato per la legislazione di cui all'articolo 16-*bis* del regolamento.

Si riprende la discussione del disegno di legge n. 4230 (ore 15,30).

(Ripresa discussione sulle linee generali — A.C. 4230)

PRESIDENTE. Il primo iscritto a parlare è l'onorevole Fioroni. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE FIORONI. Signor Presidente, signor ministro, colleghi, credo sia necessario ricordare a noi stessi le motivazioni che stanno alla base di questo disegno di legge di delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, per evitare le battute che sono già circolate in questi giorni, con le quali si è voluto dipingere ancora una volta il tentativo di mettere mano ad una riforma della riforma prima di averla attuata.

Credo che con questo testo — come è già emerso nella relazione dell'onorevole Bolognesi — s'intenda soprattutto rimuovere le tante ambiguità che erano contenute nel provvedimento n. 502 e che hanno consentito una serie di applicazioni contraddittorie sul territorio nazionale. Molto probabilmente, all'interno di quel testo esistevano non tanto i presupposti per consolidare il sistema sanitario nazionale universale e solidaristico, così come nelle premesse veniva detto, e rilanciarlo e potenziarlo, quanto gli elementi in grado di portare ad una sua lenta, ma generale trasformazione.

Per prima cosa era quindi necessario ribadire la missione del nostro sistema sanitario nazionale, quindi le finalità ed il modello, universale e solidaristico, facendo preciso e specifico riferimento all'articolo 32 della Costituzione, al diritto dei cittadini di avere tutelata la salute, al diritto di cura, ma, soprattutto, ad un diritto che non è collegato minimamente né al reddito né al luogo in cui si è nati. Nel frattempo, era necessario cercare di ribadire e finalizzare questi compiti e questa missione, ma con norme estremamente chiare ed altrettanto flessibili, in grado di consentire il recepimento di ciò che quotidianamente si modifica nel mondo scientifico e della sanità. Proprio per questo, era necessario avere un impianto che, con chiarezza estrema, ne definisse il modello e ne ribadisse i contenuti, che per noi erano sanciti nell'articolo 32 della Costituzione.

Un altro aspetto fondamentale era concorrere, anche tramite questo disegno di legge, alla trasformazione di una mentalità: molto probabilmente, se oggi facesimo un sondaggio tra i cittadini la sanità risulterebbe come una grande spesa, anzi come un centro di sperpero, mentre i dati dimostrano che le cose stanno in modo molto diverso. Pensiamo che alla sanità viene destinato sì e no il 5 per cento del PIL; la commissione Onofri parla di un investimento al di sotto del 5 per cento nel 2001, proseguendo con questo *trend*: allora, abbiamo di fronte a noi il quadro di una sanità in cui si spende poco. Forse

si sta spendendo male. Allora, da una parte era necessario rispondere ad un'esigenza di razionalizzazione della spesa, riprendendo anche il lavoro fatto in occasione della precedente legge finanziaria: penso alla creazione di osservatori dei prezzi regionali, all'osservatorio nazionale dei prezzi. Non si può dire che tutto ciò non sia servito, se si pensa che la norma contenuta nella finanziaria volta a rifinanziare gli appalti per beni e servizi ha consentito, senza colpo ferire, alle nostre aziende sanitarie di affidare quegli stessi servizi con ribassi del 15, 20 o 25 per cento. Non è possibile, d'altronde, non rimanere meravigliati di alcune differenze nei costi, che anche in questi giorni sono state riportate: la stessa siringa, per esempio, costa una certa cifra a Palermo e meno della metà in altre città d'Italia, o viceversa. Da tutto ciò nasce, quindi, una fortissima esigenza di attenzione alla razionalizzazione ed alla lotta agli sprechi, con la possibilità di reinvestire ciò che si recupera con questa politica di lotta allo spreco.

Dall'altra parte, è necessario affermare con forza che la spesa per la sanità non solo non è troppa, ma è poca: se ormai esiste una serie di viaggi della speranza, non solo dal sud al nord ma anche verso gli altri paesi, credo sia dovuto non alla nascita improvvisa di un turismo sanitario, ma ad una carenza di tecnologia e di *know how*. In altri termini, vi è la necessità di investire di più in strutture e in tecnologia, anche se per la prima volta — notiamolo —, con l'ultima finanziaria, è stato incrementato il fondo sanitario nazionale, fotografando forse quello che realmente si spendeva (che era stato disarticolato e nascosto come debito); certamente, però, l'incremento non è ancora in misura appropriata rispetto agli investimenti che si dovrebbero effettuare.

Allora, il cambiamento di mentalità a cui mi riferivo, per il cui verificarsi questa delega crea i presupposti, riguarda, come spesso il ministro Bindi ci ha ricordato, la trasformazione della sanità da una spesa ad un investimento per una delle risorse più importanti del nostro paese. Occorre

poi evidenziare come in un paese in cui si programma tanto, vi sia una grossa differenza tra ciò che viene programmato a livello nazionale e viene ripreso dai programmi regionali, da una parte, e come realmente le aziende sanitarie locali siano costrette a spendere, inseguendo continuamente l'emergenza, dall'altra parte. Abbiamo quindi una programmazione che non è cogente ed una serie di obiettivi che non vengono raggiunti. Per questo credo che elemento determinante all'interno della delega sia la trasformazione rappresentata da un piano sanitario nazionale che fissa gli obiettivi di salute e nel contempo individua livelli essenziali ed uniformi di assistenza, determina le prestazioni appropriate perché quegli obiettivi di salute vengano raggiunti e garantiti gratuitamente a tutti i cittadini, ovunque siano nati e a prescindere da quale sia il loro reddito.

Su questi livelli essenziali e su queste prestazioni appropriate si fissa il fondo sanitario nazionale, e non viceversa, come qui qualcuno ha detto; perché ipotizzare che, sulla base dei soldi disponibili, si fissino livelli essenziali e prestazioni appropriate significa snaturare il nostro sistema sanitario nazionale e trasformarlo in qualcosa di diverso. Se si ipotizza tutto ciò, insieme con l'attuazione dei protocolli diagnostici e terapeutici, credo che vi sia la possibilità concreta di rispettare, con piena certezza del diritto, l'articolo 32 della Costituzione e che soprattutto non si corra nessun rischio che meccanismi assicurativi e fondi integrativi non trovino i loro doverosi spazi. Bisogna invece muoversi con un concetto di prestazioni aggiuntive e marginali che non consentano mai di trasformare il nostro sistema sanitario nazionale in un sistema a due gambe: una per i poveri ed una correlata a ciò che uno ha, tramite le prestazioni che si possono acquistare. Va invece ribadito e consolidato questo sistema solidaristico in cui ciascuno vede garantita la propria cura, ma non paga per essa: paga in base a quanto può, anche per chi non può.

Credo che in questo contesto la delega ci consenta un ulteriore passo avanti per quanto riguarda il rapporto tra pubblico e privato, all'interno di una programmazione che diviene cogente. Ritengo che all'interno di tale cogente programmazione vi debba essere anche una stretta regolamentazione del rapporto corretto che deve esistere tra l'offerta e la domanda. Ecco quindi l'autorizzazione: non è possibile avere presidi sanitari che non siano collegati alle esigenze reali della popolazione; ecco quindi il concetto dell'autorizzazione, il concetto dell'accreditamento come garanzia di qualità per il cittadino e soprattutto il vecchio concetto del convenzionamento, che viene inserito all'interno della programmazione e valutato in un'ottica di costo-beneficio in rapporto agli interessi del cittadino. In questa ottica si definisce ciò che è utile faccia il sistema sanitario pubblico e ciò che è utile faccia il privato convenzionato con il sistema sanitario nazionale.

In tal senso, si crea un rapporto di integrazione e di sussidiarietà in cui la concorrenza si fa sulla qualità e sull'efficacia; soprattutto si cerca di creare le stesse regole, in un corretto rapporto tra pubblico e privato, in cui non ci si mette seduti con regole truccate ma tutti contribuiscono. Non vi è più chi farà solo ricoveri selettivi, ma tutti ci faremo carico dell'emergenza, del pronto soccorso, dell'accettazione, della rianimazione; e non accadrà più, come spesso avviene oggi, che certe prestazioni spettano al pubblico, il privato fa un intervento e, se va male, si torna nel pubblico.

Ritengo che, anche per questo, sia opportuno procedere ad una revisione dei meccanismi di pagamento: i pagamenti a prestazione sicuramente hanno rappresentato e rappresentano un'utile cartina al tornasole per l'efficienza e la funzionalità dei nostri presidi ospedalieri, ma credo che ormai abbiano evidenziato alcuni limiti che riguardano le interpretazioni della norma, se è vero che i posti letto si sono ridotti ma i ricoveri si sono incrementati, che non esistono più degenze che durano meno di tre giorni, che da un

reparto all'altro non si fanno più trasferimenti mentre incrementiamo le dimissioni del venerdì e i ricoveri del lunedì. Credo allora che in questo contesto vi sia la necessità di rivedere i meccanismi a prestazione; così come, nel testo licenziato dalla Commissione, insieme ai pagamenti a prestazione, c'è una valutazione della complessità della struttura e degli interventi che la struttura realizza, che consente appunto di differenziare in base all'intero servizio che viene erogato dal sistema sanitario nazionale, insieme con un riconoscimento della specificità delle strutture private non a fini di lucro.

Perché abbiamo usato l'espressione «verifica del processo di aziendalizzazione»? Perché siamo convinti che questo processo vada completato, ma se solo se questo non significa far assumere all'azienda sanitaria il fine del profitto come suo obiettivo ed il meccanismo del rapporto costo-beneficio, per cui — in una azienda che non produce bulloni, ma produce e garantisce salute — si verifica che si fa solamente ciò che rende e non si fa ciò che non rende (pensiamo a cosa significhi questo nei confronti di patologie croniche e complesse). Se, invece, completare il processo di aziendalizzazione significa consentire all'azienda sanitaria, che produce e deve produrre salute, di avere strumenti più efficienti, più efficaci e che erogano prestazioni di maggiore qualità, mutuandoli dal privato, allora credo che in questo contesto riusciremo ad ottenere senza ombra di dubbio una sanità che riesca a rispondere alle domande dei cittadini.

In questo contesto, credo si collochino il ruolo dei direttori generali, che forse si sentiranno meno monarchi assoluti, ma sicuramente recupereranno in capacità di efficienza e di efficacia, il ruolo potenziato dei consigli dei sanitari e, dall'altra parte, obiettivi che non siano più solo il pareggio di bilancio, ma nel contempo anche e soprattutto quello di far accorgere il cittadino che la sua salute sta maggiormente a cuore a chi gliela deve curare e che queste cure sono efficaci, efficienti e soprattutto rapide.

In questo contesto, anche l'indirizzo dato nella delega di rivedere i criteri di aziendalizzazione, ponendo al centro dei limiti anche territoriali la capacità di accessibilità e di fruibilità del cittadino per le aziende territoriali, è importante, come pure ritenere che le aziende ospedaliere debbano rispondere ad un criterio di rapporto stretto interregionale e nazionale e non essere frutto di uno scorporo selvaggio. Non si risponde alle necessità di autonomia e di certezza di bilancio creando tante aziende ospedaliere che, non avendo il contatto con il territorio, rischiano di mettere a repentaglio l'esistenza stessa delle aziende territoriali e rappresentare dei centri di spesa non tollerabili per le aziende territoriali stesse, contribuendo complessivamente ad uno sconquasso del sistema sanitario nazionale.

Sul piano personale, credo che la delega ponga grande attenzione al personale del sistema sanitario nazionale, come risorsa. Mentre, da un lato, ribadisce il concetto che non si può contemporaneamente essere dipendenti di due diverse strutture, perché è difficile ipotizzare che un dirigente possa lavorare la mattina per uno e il pomeriggio per la concorrenza, però dall'altro introduce in questo contesto anche due punti che a me sembrano importanti: che per poter accedere all'estensione del contratto di diritto privato, alla licenziabilità senza giusta causa e a una maggiore assunzione di responsabilità deve esserci anche un adeguato trattamento stipendiale. Credo che l'individuazione di una remunerazione aggiuntiva e diversa all'interno del fondo sanitario nazionale vada proprio in questo senso.

Come va in questa direzione il porre al medico di base un principio di corresponsabilizzazione, sia nei riguardi della creazione di un coordinamento tra medici di famiglia e presidi ospedalieri, sia soprattutto nel renderlo corresponsabile — come diceva il relatore — di un *budget* di distretto. Soprattutto, credo che qui vada sfatata un'affermazione sulla quale sicuramente da domani sentiremo discutere a

lungo, cioè che qualcuno vuole incentivare i medici a non curare gli italiani, regalando magari qualche elemento di produttività. Credo che quel che proponiamo sia qualcosa di diverso. Rendere corresponsabile il medico di famiglia, il medico di base, che è poi la prima linea, il centro informatore della spesa sanitaria, significa di fatto aiutarlo ed incentivarlo, affinché ci sia una prescrizione giusta, corretta ed efficace, che è quella che interessa il cittadino.

Sull'età pensionabile si è operato un processo di omogeneizzazione dello stato giuridico del personale universitario con quello del sistema sanitario nazionale, con un meccanismo a scalare che credo rispetti i diversi diritti acquisiti.

Nei riguardi dell'università, si è chiarito che la creazione di nuove strutture deve rispondere ad un'esigenza di programmazione regionale e nazionale rispetto alle esigenze di salute della popolazione, più che corrispondere ad esigenze di pianificazione di altre esigenze pure importanti, quali possono essere le cattedre. Come pure si è chiarito che l'iscrizione alla facoltà di medicina e alle scuole di specializzazione, al di là dell'approfondimento e dell'ampliamento delle proprie conoscenze e della propria cultura, deve rispondere anche a una logica di mercato, che è rappresentata dal sistema sanitario nazionale, se non vogliamo che i 100 mila medici disoccupati si incrementino in maniera esponenziale.

Il tentativo di riorganizzare la ricerca biomedica e di estenderla al di là dell'Istituto superiore di sanità, dell'ISPESL, dell'IRCS, anche ad una collaborazione come meccanismo esponenziale della nicchia dell'1 per mille aperto alle fondazioni, alle università e a tutti coloro che vorranno applicare la propria ricerca agli obiettivi del piano sanitario nazionale e all'attuazione degli interventi sanitari direttamente sul paziente, credo che rappresenti un altro elemento di grande interesse. Come pure è elemento di grande interesse e segnale di una riorganizzazione reale del sistema sanitario nazionale, l'attenzione rivolta alla medicina

penitenziaria nel rispetto delle peculiarità e della sicurezza, ma che non può consentire che nel nostro paese, a mio avviso, esistano tre diversi sistemi sanitari nazionali a seconda dello stato di libertà del cittadino, della fascia d'età o che presti o meno il servizio militare.

Gli altri aspetti fondamentali che sono posti all'interno di questa delega riguardano l'assetto istituzionale. Nel riaffermare il completamento del processo di regionalizzazione, credo che non sfugga a nessuno che la delega ripropone un ruolo non nella gestione della sanità ma un ruolo alle comunità locali e ai sindaci nella programmazione sanitaria locale. Cosa significa questo? Significa che è difficile ai sindaci eletti direttamente poter dire ai propri cittadini che loro si occupano di tutto meno che di un bene così importante quale è quello della loro salute.

Ben venga allora la possibilità di realizzare un programma congiunto con i direttori generali, che individui gli obiettivi e le priorità di salute per il proprio territorio e che nel contempo consenta agli stessi sindaci, dopo un anno, di verificare l'attuazione di quegli obiettivi che erano stati prefissati insieme, fermo restando che poi spetterà a chi nomina la possibilità della revoca.

Anche l'integrazione socio-sanitaria credo che faccia un passo culturale in avanti. Ricordo che il cittadino, quel particolare cittadino (malato psichiatrico, malato di AIDS, tossicodipendente, disabile grave e gravissimo, anziano non autosufficiente) che nella normativa n. 502 aveva trovato una risposta di tipo economico-finanziario, nella paura di socializzare la spesa sanitaria o di sanitarizzare la spesa sociale, non aveva la certezza di godere di un servizio perché doveva essere integrato; ebbene, questa delega pone l'obbligo che in queste aree il servizio sia necessariamente integrato e che lo sia nel distretto, trovando nell'azienda uno strumento (ricordiamoci che l'azienda è una istituzione locale che non ha proprie competenze ma deleghe che le vengono date per la sanità dalle regioni e

per quanto riguarda il sociale dai comuni) per realizzare questa integrazione socio-sanitaria.

Ed anche l'evidenziazione di una figura professionale che sia specifica e specificatamente formata per dare ed erogare servizi socio-sanitari, credo che completi questo cammino dell'integrazione.

Colleghi, ritengo che questo disegno di legge possa rappresentare, allorquando lo approveremo in quest'aula e poi al Senato, un elemento di svolta che possa dare certezze alla speranza della gente di avere una sanità che sia in grado non solo di risolvere i propri problemi ma di saperli anche risolvere con rapidità, tranquillità e sicurezza: il che è quanto ci si aspetta dal sistema sanitario nazionale (*Applausi*).

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

ALBERTO LEMBO. Signor Presidente, signor ministro, siamo qui oggi a discutere di un provvedimento che conferisce al Governo ulteriori deleghe legislative. Non possiamo fare a meno di notare come si sia passati dal tanto deprecato abuso di decreti-legge nelle precedenti legislature all'eccessivo ricorso a leggi-delega che stanno caratterizzando l'attuale legislatura.

Si tratta di deleghe che vengono conferite non soltanto per iniziativa parlamentare ma addirittura, come in questo caso specifico, vengono anche direttamente richieste dal ministro per poi poter ulteriormente procedere con la sua opera di legiferazione.

Si dovrebbe invece osservare, in premessa (ed è un punto rilevato anche dal Comitato per la legislazione, nelle premesse) che altra cosa sarebbe stata quella di conferire una delega al Governo per la redazione di un testo unico per il coordinamento della normativa esistente relativamente alla organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Questo modo di procedere continua indubbiamente a svuotare il Parlamento delle sue prerogative e limita ulteriormente l'azione di controllo e di monito-

raggio delle forze parlamentari di minoranza.

C'è da aggiungere anche che la richiesta di delega è pervenuta al Parlamento in condizioni di estrema genericità per quanto attiene ai criteri direttivi e che, pur avendo la Commissione di merito arricchito il provvedimento, questo risulta comunque esteso per quanto attiene ai settori da regolamentare piuttosto che nell'individuazione dei principi e dei criteri direttivi ai quali il ministro Bindi si dovrebbe attenere secondo i dettami della Costituzione.

La delicatezza dell'argomento che stiamo trattando, cioè la salute dei cittadini, la vastità dell'oggetto del disegno di legge all'ordine del giorno e la genericità dei criteri di delega in esso contenuti, ci impongono anche in questa sede di ribadire la nostra contrarietà allo strumento legislativo scelto ed al modo in cui questo Governo e la sua maggioranza stanno affrontando l'esame e la modifica di settori così delicati, dei quali l'importanza è così fortemente sentita dai cittadini.

A nostro giudizio, il Governo avrebbe fatto molto meglio ad attendere che il dibattito riguardante la riforma del sistema sanitario nazionale maturasse in Parlamento sulla base delle analisi e dei risultati conseguiti a legislazione vigente senza assumere iniziative che rischiano di dare luogo a provvedimenti estemporanei ed approssimativi — e non sarebbe la prima volta che questo accade — che non consentiranno una reale semplificazione, una effettiva riorganizzazione ed un riordino complessivo della materia.

Inoltre, è opportuno evidenziare come questo provvedimento rischi di rappresentare un doppione dal punto di vista normativo o di entrare in contraddizione con documenti che sono al momento in via di definitiva soluzione parlamentare. Faccio due esempi per tutti: la riforma dei medici specialisti e la riforma dell'assistenza.

Infine, è doveroso rilevare la possibilità di conflittualità che potrebbe determinarsi fra il presente provvedimento e gli interventi normativi realizzati ed in corso di

elaborazione nel settore sanitario in applicazione della legge n. 59 del 1997, la cosiddetta « legge Bassanini ».

Ciò detto, avremmo preferito che il ministro avesse posto alla nostra attenzione provvedimenti atti a disciplinare dal punto di vista normativo i singoli aspetti della riorganizzazione sanitaria, mantenendo il giusto valore e rispettando la funzione del Parlamento. Avrebbe avuto quindi senso inserire la delega al ministro per l'elaborazione del testo unico in materia sanitaria in seconda battuta, come ho già detto in premessa al mio intervento.

Va detto, inoltre, che il Comitato per la legislazione — di cui, tra l'altro, faccio parte ed al quale ha fatto riferimento anche l'onorevole Bolognesi nella sua relazione — aveva espresso un parere molto articolato, nel quale si evidenziavano alcune condizioni volte a fare in modo che il provvedimento avesse uno sviluppo organico, omogeneo e corretto in riferimento alla normativa esistente. Si trattava di condizioni e non di mere osservazioni. Si parlava, ad esempio, della necessità che il provvedimento facesse menzione anche della delega contenuta nell'articolo 3 e delle modifiche al decreto legislativo n. 502 del 1992. Si suggeriva di collocare in un unico articolo i principi ed i criteri direttivi per l'esercizio della delega, di cui agli articoli 1 e 2, pur mantenendo il diverso livello di specificazione. Questa indicazione è stata recepita, ma è l'unica. Inoltre, si è soppresso l'articolo 5, che reputavamo una questione qualificante, anche se non rispondeva alle esigenze di omogeneità del testo. Era stata poi sollevata una serie di osservazioni molto puntuali ed articolate che riguardavano vari argomenti. Su di esse si lasciava alla valutazione della Commissione la possibilità di apportare o meno delle modifiche. Molti degli emendamenti che il gruppo della lega nord per l'indipendenza della Padania ha presentato si ispirano proprio a molti dei criteri enunciati.

Eravamo particolarmente preoccupati dalla possibilità che l'esercizio della delega di cui all'articolo 1 avesse effettivamente

luogo nel rispetto della prescrizione di neutralità finanziaria, di cui al comma 4 dello stesso articolo, e che alla lettera *m*) del comma 1 dell'articolo 2 si prevedesse che gli interventi in materia di formazione specialistica dei medici fossero coerenti con il decreto legislativo n. 257 del 1991, decreto di recepimento della normativa comunitaria.

Inoltre, si è chiesto un chiarimento affinché dalla interpretazione del testo non si desumesse la possibilità di introdurre il principio del numero chiuso per l'accesso ai corsi di laurea e di diploma per le professioni sanitarie, per di più con determinazione del ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

Questa norma potrebbe essere fortemente lesiva dell'autonomia dell'università e quindi rappresenterebbe un aspetto da tenere in considerazione. Per quanto riguarda invece la lettera *bb*) del comma 1 dell'articolo 2 occorrerebbe valutare l'opportunità di un coordinamento dei principi in essa indicati con quanto previsto dal decreto legislativo n. 115 del 1998 che dispone il riordino dell'agenzia per i servizi sanitari regionali.

C'erano anche altre considerazioni esposte nel corso della discussione svoltesi nel Comitato non recepite nel parere e che facevano riferimento a qualità della prestazione, parametri, eccetera.

A questo aggiungerei una considerazione che forse farà inorridire qualcuno; vengo stuzzicato nel farla da un passaggio dell'intervento del collega Fioroni, in cui si affermava che si ha il diritto di essere curati su tutto il territorio dello Stato italiano. Questo è un bellissimo principio, ma c'è una realtà fortemente squilibrata, di cui il ministro non può non essere al corrente: al sud esistono le strutture — semplificando il ragionamento — e al nord ci si cura. Infatti al sud in moltissime realtà vengono tenute aperte costosissime strutture che non servono a nulla, tanto meno a tutelare la salute delle popolazioni del territorio su cui insistono, e che servono solo a garantire posti di lavoro.

Quando un disgraziato calabrese, siciliano o campano ha la necessità di essere curato per qualcosa di veramente serio e grave ed ha la possibilità, per mezzi o per conoscenze personali, di farlo, fugge subito da quei presunti stabilimenti ospedalieri in cui molto spesso si va non per essere curati ma per essere trattati come oggetti e viene in altre strutture pienamente funzionanti del nord, che sono superaffollate ed intasate perché devono dare un servizio alla popolazione residente al nord e a quei disgraziati che dal sud vengono in cerca di un posto dove essere adeguatamente curati.

Signor ministro, gli ospedali non sono luoghi dove si vanno a guadagnare stipendi, non sono agenzie di collocamento, non sono l'Alfa Romeo di Arese trapianata a Pomigliano D'Arco; anche se vicende tristi hanno coinvolto stabilimenti, al nord e al sud, dell'Alfa Romeo, alcuni di loro funzionavano ed altri no. Perché, se volete parlare davvero di ristrutturazione, continuate a sprecare una barca di soldi tenendo aperti stabilimenti ospedalieri che costano e non danno servizi? È chiaro che non è questa la soluzione, ma se a quella gente venisse data qualche altra forma di reddito che non costringesse a tenere in piedi strutture che sono costate somme incalcolabili e che non servono assolutamente a nulla per la sanità in quelle regioni, allora si potrebbe parlare effettivamente di razionalizzazione.

Sia chiaro che questo non riguarda tutti gli stabilimenti ospedalieri ma non è il caso che dica a lei quali fra essi al sud si trovano in questa situazione. Se si vuole davvero razionalizzare, bisogna affrontare questa realtà. Senza entrare troppo nel merito del provvedimento — anche perché interverremo illustrando una serie di emendamenti di cui il collega Cè si è fatto promotore in Commissione — denunciando un'impostazione del provvedimento tendenzialmente volta a riportare un accentramento dei poteri reali di controllo. Pensare di riaccentrare programmazione e controllo, trasferendo competenza ai vari livelli istituzionali, senza contemporanea-

mente trasferire le necessarie risorse finanziarie rischia di far precipitare il sistema.

Altrettanto errato ci sembra il presupposto per cui da un centralismo ministeriale si debba giungere ad un neocentralismo regionale. Partendo dal presupposto fondamentale che non si può e non si deve monetizzare la sanità, e consci come siamo del fatto che, se pure in termini di prodotto interno lordo non siamo fra i paesi europei che spendono di più — forse spendiamo peggio degli altri — dobbiamo ricordare che la sanità ha ed avrà un costo sempre maggiore, considerata soprattutto l'avanzata della tecnologia nel settore, il progredire dell'invecchiamento della popolazione e la giusta presa di coscienza dei cittadini della cura della propria persona. Pensare, quindi, di spendere meno sarà molto difficile, ma cercare di spendere meglio è un dovere, oltre che un'esigenza. Per far questo, anche nel sistema sanitario come in tutta la pubblica amministrazione, deve essere affermato il principio di responsabilità in base al quale non è consentito rinviare ad altri, in uno scaricabarile senza fine, risposte che possono e devono essere ricercate nella dimensione istituzionale propria.

La chiara definizione del ruolo di governo dell'ente locale, più vicino ai cittadini e nello stesso tempo in grado di avere una visione di insieme del territorio, consente di fare dell'azienda sanitaria o ospedaliera lo strumento efficace, verificato nel tempo e nello spazio, per il raggiungimento degli obiettivi di salute; cosa che fin qui non è ancora accaduta e che non sembra ricompresa nella riorganizzazione — o presunta riorganizzazione — in atto. E qui torno a quello che dicevo prima: se gli enti locali potessero avere un controllo effettivo sulle strutture, forse anche quelle bloccate, disertate dai cittadini che le sfuggono anziché andarci per farsi curare, potrebbero effettivamente servire a quelle popolazioni ed alla tutela di quel territorio.

Concludendo, c'è ancora da dire che il provvedimento, oltre a non trovare un adeguato controllo parlamentare sulla

reale riforma in quanto delegata, non porterà, a nostro avviso, ad un reale risparmio per lo Stato né ad una razionalizzazione della stessa spesa sanitaria. In compenso, però, l'erosione delle prestazioni garantite, di cui peraltro viene demandata l'individuazione ad un provvedimento — il piano sanitario nazionale ormai in ritardo di quasi due anni — e il sempre più difficile accesso all'erogazione dei servizi sanitari comporteranno un maggiore aggravio per le tasche dei cittadini che saranno sempre più chiamati a compartecipare alla spesa obbligatoria e costretti a provvedere alle forme cosiddette integrative per assicurarsi un adeguato servizio sanitario.

Infine, è da rilevare che nel presente documento di razionalizzazione non si fa alcun riferimento all'importanza che rivestono due settori dell'organizzazione sanitaria: quello della prevenzione e quello degli interventi d'emergenza. Entrambi, anche se costano in termini immediati, sono settori che a lungo termine, se ben amministrati e programmati, possono portare ad un reale risparmio in termini economici, e soprattutto e prioritariamente ad un miglioramento della qualità della vita dei cittadini.

Per tutte queste ragioni, l'azione del nostro gruppo parlamentare, che sarà messa in evidenza domani dalla qualità delle proposte emendative da noi presentate, è tutta volta a migliorare un testo largamente carente. Tenteremo tale azione con scarsissima fiducia, sia a causa dell'impostazione della maggioranza e del Governo sia perché pensiamo che sarebbe molto meglio ritirarlo per ripresentarlo al verificarsi di condizioni diverse, quando tutto il complesso della materia, tenuto conto anche di quanto si sta facendo in Parlamento, potrà essere affrontato in modo più agevole, organico ed efficace.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Maura Cossutta. Ne ha facoltà.

MAURA COSSUTTA. Signor Presidente, il provvedimento in esame era molto atteso. In questi anni parecchie

sono state le iniziative e le riflessioni che hanno portato alla richiesta di verificare quanto avvenuto con l'aziendalizzazione conseguente ai decreti legislativi n. 502 e n. 517. Tali riflessioni sono state elaborate da operatori, amministratori, enti locali, associazioni: di esse si è tenuto ampio conto in quanto hanno rappresentato la vera risorsa propulsiva.

Il gruppo di rifondazione comunista dà atto alla ministra Bindi di aver scelto di rappresentare queste aspettative. Esprimo, perciò, soddisfazione per il provvedimento che rappresenta un atto di assunzione di responsabilità politica. Nella legge finanziaria noi avevamo scelto questa delega con l'esplicita sottolineatura che le politiche sanitarie devono affrontare i nodi strutturali del nostro sistema non costrette dalla programmazione annuale del bilancio dello Stato, ma in un contesto di programmazione più ampia, strettamente correlata alle finalità ed agli obiettivi del piano sanitario nazionale. Fino ad oggi, purtroppo, sulla sanità si è intervenuti solo in discussione di bilancio, accettando l'idea che le politiche sanitarie si devono ridurre alla definizione di quali e di quanti tagli effettuare.

Le leggi finanziarie ultime hanno tentato di introdurre la necessità di interventi più strutturali indicando la strada di una riqualificazione del servizio sanitario nazionale che producesse innanzitutto una rivalutazione della spesa sanitaria, fino ad oggi sempre sottostimata.

Il provvedimento al nostro esame è pertanto positivo in quanto apre una strada concreta di possibile controtendenza ed è appunto coerente con quanto stabilito dal piano sanitario nazionale di prossima presentazione. Questo provvedimento, quindi, era necessario perché intervenire sulla sanità significa innanzitutto fare i conti con il processo di aziendalizzazione. Tutto ciò non era scontato in quanto il monitoraggio delle trasformazioni avvenute dopo l'entrata in vigore delle leggi nn. 502 e 517 è stata opera complicata. C'erano i dati dell'ISTAT, del CENSIS, i dati del Ministero, ma anche quelli di istituti privati, di Mediobanca, e