non sempre tali dati hanno offerto letture oggettive, ma sono stati, a mio avviso, dati interpretabili, messi lì apposta per essere utilizzati e per suggerire ipotesi strategiche diverse nel campo della politica sanitaria. I dati certi sono stati quelli relativi alle voci di spesa, ma carenti sono stati quelli relativi alla qualità, all'efficacia degli obiettivi, alla verifica dei risultati, all'equità del sistema. Credo che questo sia un primo elemento di fragilità, di debolezza del modello di aziendalizzazione che pure doveva riorganizzare, razionalizzare il servizio sanitario nazionale, ma che non ha saputo garantire un sistema certo intrinseco di autovalutazione.

La prima modifica espressa in questo provvedimento consiste nell'esplicitare questa necessità, verificare il processo di aziendalizzazione. La consapevolezza è che questa verifica debba portare non al completamento (il testo iniziale del disegno di legge è stato corretto in Commissione), ma alla modifica delle leggi nn. 502 e 517, così come espresso appunto nell'articolo 1. Si è pertanto recepita, io credo, una riflessione critica che in tutti questi anni si era sviluppata: non bastava aggiungere le parti non applicate delle citate leggi nn. 502 e 517 (guarda caso erano proprio quelle sulla qualità, sull'appropriatezza delle prestazioni, sui centri di costo, sui sistemi di autovalutazione), non bastava cioè completare tali leggi, ma serviva capire per quale motivo tali parti non erano state attuate; capire quindi i limiti, gli errori, i vizi intrinseci al sistema per correggerli.

I dati del CENSIS parlano di aumento dei costi, di sovraprescrizione, di minore equità. Ma le cause, i motivi quali sono? La lega delle autonomie locali, le associazioni, gli utenti, le forze politiche e sindacali denunciano che negli ultimi cinque anni sono aumentate le disuguaglianze sullo stato di salute della popolazione per le classi meno abbienti. Anche qui, quali sono le cause, i motivi? Era necessario quindi attivare una riflessione seria che aggredisse i nodi del processo di aziendalizzazione, trovando nel contempo soluzioni ai problemi evidenziati.

Sono convinta che stavamo superando il livello di guardia, non garantendo di fatto gli stessi obiettivi del servizio sanitario nazionale: bisognava allora intervenire scegliendo di cambiare. Come? È indubbio che su questo provvedimento (abbiamo ascoltato al riguardo i colleghi dell'opposizione) si giocano le diverse culture politiche e di riferimento e lo abbiamo chiaramente percepito durante le nostre audizioni. C'è chi vuole correggere il modello di aziendalizzazione per difendere e salvaguardare il sistema universalistico pubblico del servizio sanitario nazionale e c'è chi, invece, con tali modifiche tende a superare il sistema verso una nuova organizzazione della sanità.

Anche durante il convengo promosso dalla nostra Commissione con il CNEL queste posizioni sono state chiarissime: si parte da valutazioni comuni, ma poi si diverge sulle opzioni, sulle risposte ai problemi.

Giorni fa ero all'ospedale di Torino, Le Molinette, ove funzionari della regione Piemonte, che non sono tecnici bensì soggetti politici, discutevano di ipotesi che sono fuori dalla logica di questo provvedimento, ma ne discutevano come fossero ipotesi possibili da affrontare.

D'altra parte che il processo di aziendalizzazione avesse messo in moto interessi diversi lo si era già capito osservando come le varie regioni lo abbiano attuato in modo differente.

La regione Lombardia, innanzitutto, ha fatto dell'aziendalizzazione la sua bandiera, distorcendone nel profondo le finalità: l'aziendalizzazione è stata il chiavistello per scardinare il sistema pubblico universalistico. È evidente, allora, che su questo provvedimento si caricano grandi aspettative e grandi tensioni. Occorre scegliere, affrontare i nodi, decidere verso quale direzione continuare. Per noi il modello di aziendalizzazione va profondamente rivisto, superando le devianze che sono dentro il sistema, che ne sono elementi intrinseci. Aumenta la spesa,

aumentano i ricoveri impropri, le dimissioni improprie, tutto è concentrato sull'ospedale; si devono pertanto ribaltare le priorità, e nel provvedimento è prevista innanzitutto la programmazione dei bisogni rispetto alla valutazione, anche epidemiologica della popolazione e del territorio, e poi, dopo aver stabilito cosa produrre, occorre decidere come produrre.

Questo provvedimento, tra l'altro, è al centro di problematiche complesse, che riguardano per esempio l'assetto istituzionale dei poteri, il rapporto Stato-regioni-enti locali, il rapporto con le università. Si colloca nel contesto dell'attuazione di altri provvedimenti, come la legge n. 59 del 1997 o i provvedimenti del Governo in merito all'assistenza sociale. C'è necessità, quindi, di coordinare gli interventi non solo da un punto di vista tecnico ma direi squisitamente politico.

Quale ruolo deve spettare al Governo centrale ? Cosa diventa a seguito di questo provvedimento il cosiddetto federalismo sanitario ? Ricordo che alcuni dati del CENSIS – di cui a mio avviso dobbiamo tener conto – ci dicono chiaramente che le amministrazioni locali, dove sono più deficitarie e più deboli (il nostro sud), chiedono un maggior ruolo del Governo centrale. Si andrà, allora, verso una accentrazione, pur definita e precisata, oppure verso un depotenziamento del ruolo centrale ? Quale sarà la bussola che orienterà la *ratio* dei provvedimenti futuri ?

Si pone qui a mio avviso anche la questione spinosa, che giustamente l'onorevole Bolognesi ha affrontato nella sua relazione, del costo zero. Questo provvedimento dovrebbe infatti essere a costo zero. La Commissione bilancio ha espresso un parere critico – ed io sono d'accordo con l'onorevole Bolognesi ed abbiamo espresso considerazioni critiche in merito a quel parere – valutando che questo provvedimento determina un aumento della spesa. È un tema vero, un nodo, una questione molto importante. Io sono convinta che andremo sicuramente a recuperare risorse eliminando sprechi ed eliminando soprattutto gli elementi intrinseci del modello che hanno portato alla rincorsa del fatturato, all'aumento della spesa. Penso a Poggi Longostrevi, al Galeazzi, che non sono stati solo episodi tragici, da espungere con una lotta alla corruzione o con maggior controllo, ma sintomo di malattia del modello.

Sono convinta, quindi, che si recupereranno risorse anche eliminando gli appalti inutili, utilizzando al meglio le risorse, potenziando il *day hospital* e le assistenze domiciliari, ma sicuramente le scelte, le correzioni che si propongono, dovranno essere sostenute da adeguate risorse. È un nodo, dicevo, e d'altra parte nell'articolo 2, lettera *v)* è scritto chiaramente: « ridefinire il ruolo del Piano sanitario nazionale, nel quale sono individuati gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Fondo sanitario nazionale con l'attribuzione delle risorse finanziarie necessarie in sede di bilancio (...) ». È un ribaltamento ? Sì, è un ribaltamento coraggioso delle logiche fino ad oggi adottate.

Le correzioni strutturali per garantire sicurezza, qualità, formazione, aggiornamento professionale e ricerca necessitano di risorse adeguate e definite. Sono convinta che i limiti del servizio sanitario nazionale non dipendano dall'assetto istituzionale e che anzi questo nostro sistema sia superiore, paragonandolo a quello di altri paesi, in termini di costi (un unico pagatore, stabiliti i tetti di spesa, garantisce un miglior controllo nella spesa stessa); in termini di qualità (un dato: la mortalità evitabile, quella cioè attribuibile direttamente al funzionamento dei servizi sanitari è diminuita più della mortalità generale, mentre negli Stati Uniti questo non può e non potrà avvenire, essendo quaranta milioni gli abitanti senza assicurazione sanitaria); ed anche in termini di equità rispetto all'accesso ai servizi, alle modalità di consumo degli stessi.

I limiti stanno da un'altra parte, stanno nell'attuazione del sistema. Sono stati in ombra d'altra parte – lo dicevo prima – gli indicatori su cosa si produce, sui risultati, sull'efficacia. Bisogna quindi

investire sulla ricerca della medicina basata sull'evidenza scientifica. La professionalità per me sta qui, non è quella manageriale; la qualità della professionalità, che implica responsabilizzazione, è proprio determinata dal fatto che il personale è aggiornato rispetto a quei principi scientifici moderni.

Servono risorse per formare questo personale e non credo che si possa formarlo come purtroppo sta avvenendo in alcune aziende: ricordo, ad esempio, che, sempre in Piemonte, i dirigenti di distretto vengono scelti e qualificati dopo un corso di soli sette giorni.

Bisogna investire sulla sicurezza, sulla prevenzione e sul territorio. Per la prevenzione bisogna stabilire risorse certe, fissare una percentuale definita del fondo sanitario nazionale. Badate che questo è un tema drammatico, purtroppo di attualità: sono sempre di più i morti per mancanza di sicurezza sul lavoro e per la devastazione territoriale. La prevenzione, quella ribadita dalla legge n. 833, rimandava ad una concezione della salute che metteva al centro le politiche di trasformazione del territorio, dell'ambiente di vita e di lavoro e quello che è successo in Campania riguarda anche, non direttamente, ma per quanto riguarda le finalità, la responsabilità di un servizio sanitario nazionale che intervenga con scelte di indirizzo, che coinvolgano anche gli altri ministeri, per la difesa del suolo.

Se non interveniamo oggi, questi bisogni drammatici saranno occupati dai privati e, purtroppo, non i privati *non profit*, ma *for profit* e addirittura legati alla camorra. L'ecomafia – sono dati degli ultimi mesi – produce un fatturato di 33 mila miliardi l'anno proprio sui bisogni del territorio.

Bisogna quindi investire risorse per garantire tutti i risultati di cui dicevo e l'esclusività del rapporto di lavoro del personale, l'incompatibilità. Bisogna investire nel sud.

Quindi, il problema di come finanziare questo provvedimento è un aspetto importante e, d'altra parte, credo che la discussione che stiamo facendo su di esso sia confortata anche da quella che si è svolta sul DPEF: rifondazione comunista ha votato a favore di quel documento anche perché la parte sociale del DPEF per la prima volta era in controtendenza. In esso erano contenuti elementi innovativi che portavano alla necessità, per quanto riguarda la sanità, di ridefinire la spesa sanitaria. Bisogna quindi intervenire con coerenza per riempire di contenuti l'indeterminatezza di questo documento di programmazione economico-finanziaria. Questo servirà anche a difendere in modo coerente il provvedimento in esame, su cui gravano aspettative e scelte future. Ne siamo consapevoli ed apprezziamo i risultati ottenuti in Commissione grazie, anche, al contributo positivo e determinante del nostro gruppo.

Alcune osservazioni di merito. Sono molto contenta che l'onorevole Bolognesi abbia fatto riferimento anche nella sua relazione alla legge n. 833, nella quale vi era l'idea del servizio sanitario nazionale che vogliamo difendere e la cultura della salute al centro di politiche generali di trasformazione; vi era l'idea di un legame diretto tra diritti e poteri, l'idea, che qui ribadiamo, del ruolo e della partecipazione degli utenti, degli operatori e dei comuni.

Sono d'accordo sul fatto che abbiamo introdotto in questa normativa un'innovazione significativa, ossia il controllo dei risultati, la partecipazione dei comuni, dei sindaci ma anche, permettetemi di dirlo, degli organismi rappresentativi, alla valutazione dei risultati. Un controllo dunque sull'azione del direttore generale che, purtroppo, con l'aziendalizzazione era diventato un vero monarca.

Il problema dell'appropriatezza, il controllo e la verifica dei risultati e della salute, il ruolo centrale del Ministero, attraverso il riordino dello stesso dicastero della sanità: tutti questi sono temi importanti ed interessanti che sono stati introdotti grazie anche – lo ripeto – al contributo ed all'appoggio del nostro gruppo.

Un altro punto è la sostituzione del decreto del Consiglio dei ministri del

1985, che aveva creato confusione tra le competenze sanitaria e socio-assistenziale. Mi auguro che a seguito di questa normativa, anche nei provvedimenti futuri del Governo si garantisca la centralità della competenza sanitaria, che abbiamo voluto ribadire, per le malattie psichiatriche, per la tossicodipendenza e, soprattutto, per gli anziani cronici non autosufficienti.

Vi è poi la questione dei DRG, che giustamente devono diventare indicatori di spesa, sistema di valutazione dei costi e non di remunerazione. Abbiamo previsto livelli di spesa per piani di attività, tenendo conto della complessità delle prestazioni erogate in ambito territoriale.

Sono convinta che anche la questione dell'accreditamento sia un aspetto importante, di salvaguardia del sistema pubblico. Il privato deve competere con il pubblico, garantendo però che le carte non siano truccate. Non ci deve essere più povertà pubblica e ricchezza privata, ma devono essere garantiti gli standard minimi non solo per le strutture e le attrezzature, ma soprattutto per il personale. Troppo spesso infatti il privato assicura i servizi grazie al costo inferiore del suo personale.

Come dicevo, poi, bisogna garantire la centralità della prevenzione, del territorio, del distretto, del medico di base.

Restano però alcuni punti aperti, restano punti che dovranno essere approfonditi ed integrati da ulteriori provvedimenti. Penso al rapporto con l'università, alla questione dei fondi integrativi, al discorso dell'incompatibilità.

Nel complesso rifondazione comunista considera questo provvedimento necessario e positivo e lo considera un'occasione per invertire le tendenze in atto. Si sono attivate risorse, risorse grandi, professionali, umane e culturali, ma bisogna dare continuità a questo processo: partire dalla sanità, dalla difesa del servizio sanitario nazionale è per noi un modo per ricollocare anche le scelte generali della politica.

Propongo alla ministra Bindi, che è qui con noi e che ha seguito con attenzione i lavori in Commissione, di indire una conferenza nazionale sulla sanità, proprio per dare vigore e coerenza a questo provvedimento, che è necessario e coraggioso e va difeso non solo con un voto in aula, ministra, ma anche domani, nella coerenza delle scelte politiche generali del Governo *(Applausi)*.

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

NICOLA CARLESI. Signor Presidente, gentile ministro, onorevoli colleghi, il disegno di legge n. 4230, che dà delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, deve necessariamente rappresentare un momento di bilancio e di verifica dei livelli gestionali e di assistenza della sanità del nostro paese.

Il servizio sanitario nazionale, introdotto, come diceva l'onorevole Cossutta poco fa, dalla legge n. 833 del 1978, si era prefissato gli obiettivi della gratuità, della qualità e della accessibilità dei servizi.

Non credo di dire niente di nuovo nell'affermare che, purtroppo, tali obiettivi non sono stati fino ad ora raggiunti e che, soprattutto, non è stato raggiunto quello fondamentale, che prevedeva l'erogazione di servizi uguali per tutti dal punto di vista della qualità. Basterebbe citare – lo ha già fatto il collega Fioroni – i 620 mila malati itineranti che in un anno si trasferiscono da una regione ad un'altra in cerca di cure migliori, di prestazioni a più alta specializzazione, quasi tutti in un flusso interregionale che dal sud purtroppo si sposta verso il nord. Certo, non si può affrontare e risolvere tale problema come ha suggerito poco fa l'onorevole Lembo, il quale chiuderebbe gli ospedali del sud, mettendo magari i malati in un *lager*. Il problema va invece risolto con il potenziamento, la riorganizzazione e l'attribuzione a quegli ospedali di strutture adeguate e sufficienti per rispondere alle richieste. Non si può, peraltro, non parlare dei 16 mila italiani che annualmente intraprendono i viaggi della speranza verso altre nazioni d'Europa.

Il fallimento – se vogliamo usare un termine pesante – e comunque il disser-

vizio del nostro sistema sanitario nazionale è caratterizzato, tra l'altro, da una spesa crescente, spesso incontrollabile, ma anche dal contemporaneo verificarsi di episodi drammatici di inefficienze, di cattivo funzionamento, di vera e propria mala sanità.

C'è bisogno, onorevoli colleghi, di ricordare la non sicurezza di molte strutture dei nostri ospedali, gli errori diagnostici, i sistemi di controllo inefficaci e talora inesistenti, il Policlinico di Roma, la camera iperbarica del Galeazzi di Milano, l'ospedale psichiatrico di Genova, ciò che è avvenuto nell'ospedale di Pesaro o tutti gli altri episodi che si potrebbero citare ?

L'Italia continua a spendere meno per la sanità rispetto agli altri paesi d'Europa: 5,3 per cento del prodotto interno lordo contro il 7,6 per cento. È vero. Ma rimanendo su un piano di lucidità e di realismo obiettivamente non ci si può entusiasmare – come ha fatto Fioroni – per il fatto che ultimamente il fondo nazionale è stato rifinanziato. Meno male, ma tutti sanno che tale investimento dovrà servire ancora una volta a ripianare debiti pregressi e che quindi il famoso salto di qualità per uscire dall'emergenza non potrà ancora essere compiuto.

Dobbiamo ricordare che la stragrande quantità delle apparecchiature dei nostri ospedali sono da cambiare (da rottamare, come si dice), perché inefficienti o superati dalla tecnologia moderna ? Dobbiamo ricordare il grande rischio di contrarre infezioni ospedaliere che ancora oggi si corre nel momento in cui ci si ricovera in molti dei nostri presidi ? Dobbiamo ricordare le carenze di personale, gli standard non raggiunti sul territorio per il personale (talora per il personale qualificato) ? Dobbiamo ricordare i livelli di qualità dell'assistenza, che spesso – troppo spesso – non sono valutati o neanche messi in discussione ? Che dire della prevenzione, delle oltre trentamila malattie professionali contratte in un solo anno nel mondo del lavoro ? Vogliamo parlare del residuo manicomiale oppure della commissione AIDS e di tutti i problemi connessi all'assistenza per questa malattia ? Vogliamo ricordare l'aumento del numero dei cronici per le carenze della riabilitazione ? Vogliamo parlare dei malati terminali o dell'oncologia ?

Lei sa, onorevole ministro, che non ho condiviso il modo in cui il caso Di Bella è stato gestito dall'opposizione e dallo stesso ministro: è stata l'espressione di una cultura arretrata del nostro paese rispetto a problemi così importanti e delicati come la ricerca e la possibilità di garantire livelli uniformi di assistenza.

Non è un quadro a tinte fosche: è la realtà della nostra assistenza sanitaria. Certo, per fortuna ci sono anche luci che si liberano dalle ombre del nostro servizio sanitario: e ci mancherebbe. Ma non per questo è possibile accettare fatalisticamente o subire la situazione, pensando che niente cambi e che tutto possa restare così com'è.

I motivi che hanno contribuito al dispiegarsi di questo scenario sono sicuramente dovuti – e lo sappiamo bene – anche a fattori esterni alla gestione della sanità. Non si può non considerare il continuo espandersi della domanda rispetto alle risorse disponibili, dovuta per esempio all'invecchiamento della popolazione, o la crisi economica (che evidentemente attanaglia non soltanto la nostra nazione, ma anche altri paesi) o il continuo progresso della tecnologia che ha creato il frazionamento di tante superspecializzazioni o il cambiamento qualitativo e quantitativo del manifestarsi delle malattie o tanti altri fattori.

Ma la causa che, al di là di questi elementi estrinseci, noi dobbiamo discutere, la motivazione principale – io ritengo – dei bassi livelli di qualità dell'assistenza è da ricercare anche e soprattutto in fattori di ordine intrinseco al sistema sanitario. Gli stessi decreti delegati di riordino (nn. 502 e 517), pur proponendosi di razionalizzare il servizio sanitario attraverso l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, la separazione fra acquirente e fornitore, la remunerazione delle prestazioni erogate, la revisione dello stato giuridico del personale, non hanno raggiunto evidentemente l'obiettivo. Le

aziende sanitarie locali e le poche aziende ospedaliere esistenti sono prive di vera autonomia gestionale ed annaspano nella dimensione tipica degli enti burocratici, che niente hanno a che fare con l'azienda. La separazione tra acquirente e fornitore non è avvenuta. Gli ospedali soffocano nel contesto delle USL, i distretti sanitari o non sono decollati o, se esistono, sono privi di vera autonomia gestionale, cosicché nella USL è dominante la contraddizione di acquistare il proprio prodotto e di essere, al contempo, controllori e controllati nelle proprie funzioni. Il principio del finanziamento a prestazione si è tradotto nel fallimento del sistema dei DRG – dove sono stati applicati – che è servito solo a disincentivare la sensibilità verso i costi di produzione, facendo aumentare la spesa sanitaria e provocando quelli che ormai vengono comunemente chiamati meccanismi opportunistici di compenso, che secondo una recente analisi faranno costare gli ospedali, nel 1998, circa 3.400 miliardi in più. L'esclusione, poi, dei dirigenti medici dai processi decisionali delle aziende, con l'appiattimento della retribuzione e l'indifferenziazione quasi totale dei ruoli, ha completato l'opera.

Bene, in questo contesto si colloca il disegno di legge n. 4230 oggi in discussione, il quale, pur essendo tutto da attuare attraverso i decreti legislativi, non ci sembra, in tutta onestà, che abbia in sé i connotati necessari per risolvere le carenze del servizio sanitario nazionale.

Il processo di aziendalizzazione, seppure evocato dal disegno di legge, non è ancora indicato chiaramente: speriamo che ciò avvenga con i decreti legislativi. Non si fa menzione di una necessità che a nostro avviso è prodromica ed impellente per poter raggiungere il processo di aziendalizzazione, ossia quella di stabilire lo scorporo degli ospedali dalle USL. Diceva prima l'onorevole Fioroni, e poi anche l'onorevole Cossutta, che a tale questione bisogna porre attenzione, perché coinvolge i criteri universalistici di assistenza e di solidarietà. Io credo di avere, nel mio patrimonio genetico culturale e politico questi criteri, ma ritengo anche che bisogna stare attenti a non creare alibi perché tali criteri, nei quali crediamo, possano rappresentare la scusa per inefficienze e per non completare l'opera di aziendalizzazione. Nel testo non si affronta quest'ultima necessità.

È altrettanto indispensabile, per non penalizzare uno dei principali aspetti della razionalizzazione del sistema sanitario, ossia quello di perfezionare l'assistenza sul territorio, per ridurre il più possibile l'accesso ingiustificato agli ospedali, che i distretti acquisiscano non solo le attribuzioni in materia di risorse finanziarie (anche se siamo contenti che si sia fatto un passo avanti rispetto al *budget*), ma una vera e propria autonomia gestionale, sviluppando la capacità di dirigenza all'interno dell'organizzazione territoriale del servizio.

Per la medicina generale e la pediatria, per i settori igienico-sanitario e della prevenzione, che rappresentano un po', come tutti sanno, il punto debole dell'organizzazione sanitaria nel nostro territorio, è necessario prevedere non solo l'attribuzione del *budget*, ma l'organizzazione del sistema, quindi anche l'intelligenza pensante di un sistema all'interno dell'azienda.

La dirigenza medica, lungi dall'essere perfezionata – come noi auspicavamo – nell'ambito di un rapporto chiaro (se si parla di aziendalizzazione, di tipo privatistico), nel disegno di legge viene ridefinita secondo indirizzi che veramente mi sono rimasti poco chiari e poco interpretabili, anche quando si formulano i due ruoli, quello a prevalente contenuto gestionale e quello a prevalente contenuto professionale, senza dare alcuna precisazione di attribuzione dei livelli di dirigenza. Quello che emerge, a mio avviso chiaramente (spero di non avere capito), è invece il rafforzamento dell'incompatibilità fino all'adozione di un imprecisato, non so fino a che punto, rapporto esclusivo che di preciso fa soltanto intendere l'esclusione della libera professione, anche quella *intra moenia*, visto il fallimento fino ad oggi di tale opzione riscontrata in quasi tutte le aziende sanitarie locali.

I medici di medicina generale e di medicina pediatrica, poi, sembrano essere destinati nell'ambito di questo disegno di legge a passare in maniera progressiva dallo stato di professionisti a convenzione a quello di impiegati dipendenti, senza però che venga loro garantita la centralità dei processi di gestione del distretto. In definitiva, nel disegno di legge non vi è alcun barlume di cambiamento verso la valorizzazione del personale medico e della professione medica, che invece continua ad essere tenuta a margine della gestione dell'azienda e dei suoi percorsi di ottimizzazione.

Infine, l'assetto della dirigenza aziendale non è stato rivisto, salvo il discorso relativo all'aumento delle funzioni del consiglio sanitario, che però sono molto vaghe. Già nel corso dei lavori della Commissione, abbiamo avuto modo di osservare che, se si vuole completare il processo di aziendalizzazione, è necessario compiere il passo dell'allineamento dell'assetto gestionale del vertice delle ASL con quello delle altre aziende di diverso tipo. Il direttore generale (l'ho già detto in Commissione) è una figura che agisce in estrema solitudine: si è passati da un ordinamento gestionale assembleare, come quello dei comitati di gestione, ad un ordinamento eccessivamente verticistico, che affida al solo direttore generale eccessivi poteri discrezionali. Manca una direzione strategica che affianchi il *manager*, un consiglio di direzione che annoveri (insieme al direttore sanitario e a quello amministrativo, non in forma consultiva, quale appunto il consiglio dei sanitari, ma strutturale, organica) anche il capo dipartimento dell'area medica, chirurgica, dei servizi.

Onorevoli colleghi, questi e non solo questi sono i motivi per i quali questo disegno di legge, seppure emendato in maniera migliorativa dalla maggioranza in Commissione, non ci trova né soddisfatti né consenzienti. Vogliamo augurarci, per quanto i tempi siano estremamente brevi, sia per la discussione generale sia per l'esame dell'articolato, che l'approvazione di emendamenti in Assemblea possano farci modificare l'atteggiamento critico che oggi abbiamo. Speriamo veramente che ciò possa avvenire, al fine di non dover dire che anche questa è stata un'occasione mancata, perduta per la sanità italiana. Non è solo una nostra speranza: siamo convinti che questa sia anche la speranza dei malati, delle loro famiglie, degli operatori sanitari, i quali, nonostante tutto, tra enormi difficoltà e frustrazioni, continuano a produrre il bene più grande, che è appunto la salute.

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

VASCO GIANNOTTI. Signor Presidente, con i principi ispiratori di questa delega, il Parlamento dà mandato al Governo (questo almeno è l'auspicio che faccio ed il gruppo dei democratici di sinistra si muoverà coerentemente in aula) di operare una modifica ed una riforma dei decreti legislativi nn. 502 e 517, in modo da onorare un impegno che questa maggioranza aveva assunto con i cittadini al momento delle elezioni.

L'impegno era quello di una difesa e dello sviluppo del sistema pubblico nella sanità, cercando di coniugare il più possibile questo sistema con il bisogno avvertito di efficienza nel suo funzionamento e di efficacia nelle risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Un sistema pubblico – lo abbiamo visto anche sulla base dell'esperienza di questi anni – che deve veder esaltata la sua specifica funzione di programmazione e di controllo, oltre quella di gestione. E in questo caso è importantissimo il ruolo da affidare ad un ministero riformato, anche per i nuovi compiti e le nuove funzioni che l'Italia è chiamata a svolgere nell'Europa, ma lo sono anche quello delle regioni, in un'ottica appunto di una Repubblica che si muova nella direzione del federalismo, ed anche – lo sottolineava già la relatrice – quello nuovo dei comuni, dei sindaci, come primi interpreti responsabili delle esigenze del territorio e dei cittadini in materia di salute.

Il sistema pubblico, esaltato appunto nel suo ruolo fondamentale di program-

mazione e di controllo, è la condizione anche per cercare di ottimizzare il contributo che può venire dal privato e dal privato sociale. Verso il privato il Governo e questa maggioranza non hanno mai avuto una posizione punitiva, ma si sono posti sempre l'esigenza ed hanno lavorato di conseguenza di cercare regole di trasparenza, perché la competizione, anche quella tra pubblico e privato, sia orientata al raggiungimento dei migliori risultati possibili, indicati appunto dal sistema sanitario.

L'onorevole Lembo ha fatto qui una denuncia delle insufficenze delle strutture sanitarie del Mezzogiorno che, a mio avviso, è inaccettabile, anche perché offende quelle professionalità, quel contributo di tantissimi operatori che tante volte, in situazioni particolarmente difficili, riescono a collaborare e ad ottenere risultati positivi.

È vero che nel Mezzogiorno, complessivamente, si registra un'efficienza più bassa; è vero che non sempre, soprattutto nel Mezzogiorno, le risposte sono adeguate ai bisogni dei cittadini, anche se fatti recentemente accaduti, di cui parlava poco fa anche l'onorevole Carlesi, ci dovrebbero quanto meno mettere nelle condizioni di essere molto più attenti nell'elevare denunce. Ci sono cose buone al nord, al centro e al sud e cose meno buone non solo al sud, ma anche al nord.

Credo però che sia anche utile cercare di dare una spiegazione del perché, complessivamente, nel Mezzogiorno le strutture sanitarie siano meno efficienti. Certo, la riflessione dovrebbe essere approfondita, ma io credo che un motivo stia anche nel fatto che proprio in tante realtà del Mezzogiorno lo Stato, il pubblico è venuto meno a quelle sue specifiche funzioni di programmazione e di controllo. Tante volte ha delegato ad altri, ha delegato al privato, ad una proliferazione indiscriminata del privato, compiti propri del pubblico e dello Stato. Ecco perché ha fatto bene il ministro e fa bene ora il Parlamento a cercare di intervenire in corso d'opera, cioè sui decreti legislativi nn. 502 e 517, non per rimettere in discussione complessivamente il sistema, ma per correggerne le storture, per riformarlo là dove c'è bisogno, operando appunto un'inversione di tendenza netta, che è quella di rimettere al centro i bisogni e le esigenze dei cittadini.

L'onorevole Lembo ha fatto un'altra osservazione: ha criticato l'eccessivo ricorso alla delega. All'onorevole Lembo bisogna ricordare che la discussione approfondita che si è svolta in Commissione, di cui ha dato atto poc'anzi l'onorevole Carlesi, e i risultati di questa discussione (il provvedimento ne è un esempio, basta vedere le modifiche che sono state introdotte in Commissione, la relazione dell'onorevole Bolognesi lo ha testimoniato) stanno a dimostrare che il Parlamento non è stato affatto espropriato.

Mi auguro che nei prossimi giorni vi siano in quest'aula le condizioni in quest'aula perché il dibattito costruttivo, anche nel confronto inevitabile delle posizioni, possa consentire ulteriori contributi per arricchire le indicazioni da dare al Governo.

Ci saranno poi i decreti legislativi e gli interventi delle Commissioni. Insomma, a me sembra che si possa dire che in questo modo la delega non solo non abbia espropriato il Parlamento ma abbia anche dato una risposta a quelle che erano due esigenze che a me sembravano e sembrano importanti. Da una parte c'era bisogno di un atto di grande responsabilità del Governo (e bene ha fatto il Governo ad assumersi queste responsabilità fino in fondo, presentandoci una proposta); dall'altra, non dimentichiamocelo, c'era anche un'esigenza di tempi. Mi auguro, signor ministro, che sulla base del voto del Parlamento entro questo anno sia possibile dare quella risposta che i cittadini attendono.

Gli onorevoli Bolognesi, Fioroni e Maura Cossutta hanno illustrato molti aspetti anche specifici di questa discussione e dei risultati che abbiamo avuto anche in Commissione. Condivido quanto è stato detto e mi limiterò pertanto a riprendere alcuni punti di carattere gene-

rale che danno, a mio avviso, il senso del grande passo in avanti che vogliamo fare.

Innanzitutto al centro vi devono essere i bisogni e le domande dei cittadini, superando quel vizio di autoreferenzialità che per troppo tempo c'è stato (anche in questo Parlamento) allorquando abbiamo discusso di modifiche nella legislazione sanitaria.

Mi sembra che il piano sanitario nazionale presentato in questi giorni dia coerenza a questa impostazione; contiene una filosofia, contiene dei programmi mirati di questa che io vorrei definire rivoluzione (l'onorevole Maura Cossutta l'ha chiamata « ribaltamento »). Occorre cioè riportare al centro la battaglia per la salute, ottimizzando i risultati già conseguenti e ponendosi obiettivi nuovi.

Vi è un secondo punto che mi sembra importante sottolineare. Coerente a questa impostazione sta appunto quell'intreccio che pervade molti dei principi ispiratori della delega, così come pervade molto un'altra importante legge che è all'attenzione di questo Parlamento, ossia la legge di riforma dell'assistenza. Mi sto riferendo a quell'integrazione tra sociale e sanitario, indicando nel distretto il luogo ottimale dove ritrovare l'unitarietà dell'intervento che guarda al cittadino nella sua integrità di persona. Questo è un fatto importantissimo. Guai se sfuggissimo a questa che, a mio avviso, è proprio una delle correzioni fondamentali ! Ciò dà ragione anche di un altro limite, di un'altra esigenza di modifica ossia di quella necessaria correzione rispetto ad un sistema sanitario che aveva fatto dell'ospedale un centro eccessivo (cioè una concezione troppo ospedalecentrica). Occorre quindi ritrovare un equilibrio tra ospedale e territorio, mettendo all'ordine del giorno la questione della prevenzione.

Mi auguro che sulla base di questa impostazione, signor ministro, si possa procedere insieme, sanità e politiche sociali, al fine di dare una risposta al grave problema rappresentato dalla non autosufficienza in Italia. Abbiamo già compiuto dei passi in avanti al riguardo e abbiamo inserito tale materia anche nel documento di programmazione economico-finanziaria. È giusto allora che il Parlamento imposti in modo corretto il problema e indichi al Governo un obiettivo pregnante: dare una risposta alle tante persone che necessitano di una risposta integrata sul territorio per quanto attiene ai servizi sanitari e ai servizi sociali al fine di evitare che la non autosufficienza finisca, come spesso ancora accade, in una corsia dimenticata dell'ospedale o venga totalmente posta sulle spalle della famiglia con costi a volte proibitivi. No, nei confronti della non autosufficienza un paese civile come il nostro deve essere nelle condizioni di offrire una risposta dignitosa: quella della assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, nel proprio ambiente e nel proprio territorio.

Ieri era una giornata importante perché si ricordavano gli invalidi ed i mutilati del lavoro. Non devono sfuggirci i dati di tale realtà: mille morti nei luoghi di lavoro ogni anno e 35 mila invalidi permanenti. È una guerra che miete vittime, una guerra rispetto alla quale fino ad oggi non abbiamo saputo svolgere un'azione di contrattacco.

È importante allora che non solo la sanità, ma anche la questione degli infortuni sul lavoro venga presa in considerazione raccogliendo a tal fine tutte le nostre energie e tutte le nostre risorse. Infatti, è necessario cercare quantomeno di diminuire questo costo che è troppo doloroso per il nostro paese. Vorrei sottolineare a tale riguardo, incidentalmente, l'utilità di una verifica da parte del Parlamento sulla reale applicazione della legge n. 626.

Infine, abbiamo alle nostre spalle anni difficili, come il ministro ha ricordato più volte alle Camere. Sono stati anni di risanamento che anche per la sanità hanno comportato dei prezzi considerevoli. I cittadini hanno pagato e noi abbiamo chiesto agli stessi di pagare un prezzo, però posso permettermi di dire che la sanità ha rappresentato uno degli esempi di come una partecipazione al risanamento sia andata avanti nel segno dell'equità. Il cosiddetto sanitometro rap-

presenta un esempio di come si può essere coerenti con tale impostazione.

Ebbene, questa fase di risanamento è stata importante perché, nonostante i sacrifici, non si sono intaccati i principi basilari del sistema sanitario nazionale. Oggi non ne ho sentito parlare, ma quante volte abbiamo sentito dire in Parlamento quanto fosse bello il privato e quanto questo facesse risparmiare ? Ebbene, mi fa piacere che tali temi siano ormai alle spalle di tutti noi. Noi abbiamo operato un risanamento, difendendo gli obiettivi fondamentali del sistema pubblico e non facendo cadere la qualità e la quantità delle risposte.

Il 1998 si è aperto all'insegna di una scelta coraggiosa: nonostante il risanamento e le diverse difficoltà esistenti, sono stati stanziati più soldi al sistema sanitario nazionale per rafforzarne i contenuti e per consentire allo stesso di raggiungere meglio i suoi obiettivi. Inoltre, sono stati stanziati soldi per gli investimenti. Non dobbiamo dimenticare, infatti, quanto sia stato importante l'aver avviato a completamento il programma di ristrutturazione della rete ospedaliera, e non solo. Difatti, è stata importantissima anche la risposta che si è tentato di dare agli anziani creando le residenze ad essi destinate.

È stato così completato il primo piano triennale e si è aperta la prima fase del secondo piano triennale. Dopo il risanamento, infatti, si apre una seconda fase ed è giusto accompagnarla, come si sta facendo, con un grande sforzo sul terreno delle riforme. Uno sforzo che questa maggioranza non ha mai adempiuto mettendo l'ideologia al di sopra degli obiettivi concreti. Vedete, è importante ricordare come abbiamo cercato, ad esempio con l'aziendalizzazione, che ora è un principio fatto proprio da tutti, di mutuare questo metodo di gestione dal privato e di coniugarlo in tutti questi anni con il raggiungimento di una migliore efficienza. Ora bisogna fare un ulteriore salto in avanti: l'aziendalizzazione non deve servire soltanto a mettere sotto controllo i conti, il che pure era importante. Oggi l'aziendalizzazione deve fornire servizi non solo più efficienti ma anche più efficaci.

Anche nei confronti della libera professione, per rispondere all'onorevole Carlesi, non abbiamo agito in modo ideologico, tant'è che non abbiamo parlato di incompatibilità totale, cercando invece di individuare una regola per determinare un'incompatibilità tra la libera professione nel pubblico e nel privato, cercando anche in questo modo di rispondere ad un problema reale, quello dell'insufficiente remunerazione di tanti nostri operatori.

Vedo quindi l'esistenza di problemi molto importanti in questa seconda fase che abbiamo davanti e che mi auguro possa ottenere ulteriori contributi dalla discussione del Parlamento. È una sfida importante per tutti, che dobbiamo cercare di orientare proprio nella direzione di una maggiore e migliore risposta ai cittadini.

Non tanto tempo fa si è parlato in Parlamento a lungo di libertà di cura; anche di questo concetto non ho sentito riparlare oggi. Voglio solo ricordarmi di quella discussione per dire che proprio quella di oggi è un tentativo per cercare di dare maggiore libertà al cittadino nello scegliere tra diverse tipologie di cura, alla condizione però (ed è questa la funzione essenziale del pubblico) che quelle diverse alternative rispondano ad un criterio di efficacia. Sempre in riferimento a quella discussione, in questi giorni dagli Stati Uniti vengono buone notizie sulla lotta al tumore.

Ho apprezzato molto che quel ricercatore, presentandoci questo studio che dimostrerebbe risultati positivi, seppur in prospettiva, ci abbia invitato a non farci illusioni: lo dico ancora una volta ricordando quel dibattito svoltosi in quest'aula. Senza farci illusioni è però con soddisfazione che accogliamo le notizie che ci dicono che forse ci sono dei criteri, dei metodi, dei risultati nuovi nella lotta al tumore. Era esattamente ciò che questa maggioranza aveva pensato in quest'aula, quando, ad esempio, abbiamo sostenuto l'esigenza della sperimentazione del me-

todo Di Bella all'interno di quelle regole che il Governo, con il suo provvedimento, ha giustamente proposto al Parlamento.

Credo che queste buone notizie ci confortino anche perché, ancora una volta il Governo non ha dimenticato di porre al centro del piano sanitario nazionale l'obiettivo della lotta al tumore. Credo che in questa direzione dobbiamo sostenere il Governo cercando appunto (è un impegno che il Parlamento può assumere) di insistere affinché coerentemente con quell'obiettivo si mettano a disposizione i fondi necessari per la ricerca.

L'Italia può dare molto non solo per i risultati del proprio sistema sanitario ma anche in termini di risorse umane per partecipare positivamente, da protagonisti, a questa ricerca, per poter dire la nostra, per contribuire anche da questo fronte a sconfiggere una delle più gravi malattie del secolo.

I democratici di sinistra ritengono pertanto che la proposta del Governo, così come successivamente elaborata dalla Commissione, meriti la fiducia di questo Parlamento; ed anzi si augurano che la discussione di questi giorni rafforzi ancora di più l'impegno affinché il Governo, entro l'anno, possa coronare l'importante obiettivo di riformare il sistema sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Constato l'assenza dell'onorevole Filocamo, iscritto a parlare: si intende che vi abbia rinunciato.

Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

(Repliche del relatore e del Governo – A.C. 4230)

PRESIDENTE. Onorevole Bolognesi, purtroppo devo ricordarle che ella ha ampiamente esaurito il tempo a disposizione del relatore.

MARIDA BOLOGNESI, *Relatore*. La ringrazio, signor Presidente, rinuncio alla replica. Era mia intenzione chiedere un chiarimento al ministro, ma avrò comunque modo di farlo nel corso della discussione degli articoli.

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il ministro della sanità.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Signor Presidente, mi limiterò a poche osservazioni, alle quali comunque non posso rinunciare per poter esprimere il mio compiacimento per il fatto che in questa settimana si concluderà il dibattito sul disegno di legge di delega con cui, come peraltro è già stato sottolineato, il Governo intende onorare uno dei suoi punti di programma all'interno della riforma dello Stato sociale, che non ha mai voluto rappresentare soltanto un intervento di razionalizzazione della spesa, bensì un preciso obiettivo di riforma e di adeguamento degli istituti dello Stato sociale alle esigenze della collettività, del nostro paese e della sua collocazione nell'Europa di oggi e di domani.

Sono state illustrati in maniera egregia dal relatore e dagli intervenuti i contenuti del disegno di legge e perciò mi limiterò a ribadire, in maniera molto sintetica, quella che è la vera intenzione del Governo nella sua richiesta di delega al Parlamento. È nostra precisa intenzione, infatti, rafforzare il servizio sanitario nazionale ed i suoi principi ispiratori, intervenendo nella modifica della legislazione per risolvere quegli elementi di ambiguità che, a nostro avviso, non solo hanno rischiato, nella sperimentazione di questi anni, di non rafforzare il servizio sanitario e di non consentirne la piena attuazione, ma che, se lasciati a se stessi senza ulteriori interventi, potrebbero anche rappresentare una vera e propria controriforma degli stessi principi del servizio medesimo.

Questo è l'obiettivo vero che, tra l'altro, si coordina molto bene con quelli che saranno i contenuti del prossimo piano sanitario nazionale, già approvato in prima lettura dal Consiglio dei ministri, sul quale il Parlamento sarà chiamato ad esprimere il proprio parere. Vorrei qui

sottolineare anche che si è fatto ricorso ad una delega in primo luogo perché si tratta di modificare una legislazione che è già stata oggetto di delega al Governo e, in secondo luogo, perché trovandoci di fronte ad una materia fortemente regionalizzata, lo strumento della delega al Governo è quello che meglio di altri consente l'equilibrio fra le tre istituzioni: Governo, Parlamento, regioni.

Vorrei accogliere la provocazione dell'onorevole Giannotti riguardo alla ricerca, approfittando proprio di questa importante discussione generale, per ricordare che nella sua recente visita negli Stati Uniti il Presidente del Consiglio ha finalmente siglato un accordo di ricerca con quel paese che era stato preparato dall'Istituto superiore della sanità e anche nella mia visita negli Stati Uniti. Tale accordo di ricerca prevede quattro filoni: AIDS, tumori, invecchiamento e malaria.

Per quanto riguarda in particolare i primi due, credo sia motivo di soddisfazione per tutti noi ricordare in questa sede che all'Istituto superiore di sanità si sono raggiunti risultati importanti circa il vaccino dell'AIDS. Questo ci consentirà di partecipare, in una posizione assolutamente paritaria, al progetto di ricerca più ampio che si svolge negli Stati Uniti d'America sulla scoperta del vaccino definitivo contro l'AIDS. Per quanto concerne i tumori, questo accordo credo ci consentirà di partecipare all'ulteriore fase di sperimentazione e di ricerca apertasi dopo i risultati conseguiti con la sperimentazione sugli animali dal professore Folkman.

Credo che questi siano elementi importanti da ricordare perché, oltre al finanziamento per la ricerca di cui il nostro paese potrà disporre, vi è anche l'apporto, con finanziamenti propri, di questo importante accordo con gli Stati Uniti.

Infine, desidero ringraziare la Commissione affari sociali, la sua presidente nonché relatrice e tutti i deputati che ne fanno parte, oltre alle Commissioni che hanno espresso i loro pareri in sede consultiva. L'esame di questo disegno di legge-delega da parte del Parlamento, infatti, non è stato un fatto formale, perché si è realizzato un approfondimento attraverso audizioni, si è svolta una discussione molto accurata e con competenza e il disegno di legge è stato profondamente modificato grazie all'ulteriore approfondimento dei contenuti dell'articolato che il Consiglio dei ministri aveva licenziato. Questo lo dico non solo per precisare, doverosamente, i criteri della delega, ma anche, in un certo senso, per ampliare l'esercizio di questa delega e per consentire che il servizio sanitario nazionale abbia veramente a disposizione strumenti che consentano un maggior governo della spesa e, soprattutto, per realizzare servizi di maggiore qualità ed appropriatezza, capaci di conseguire davvero i principi di universalità, di solidarietà e di equità che sono alla base dello stesso servizio sanitario nazionale.

Questo non può che essere un motivo di soddisfazione e di ringraziamento per la collaborazione che si è realizzata e che ci aiuterà, credo, a portare a termine entro l'anno, come ho auspicato, i decreti legislativi conseguenti e quindi a disporre di uno strumento di governo maggiore per la tutela di uno dei diritti fondamentali del nostro paese *(Applausi)*.

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

Discussione del testo unificato dei progetti di legge: Contento ed altri; Borghezio ed altri; di iniziativa del Governo: Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare a carico dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche e sul recupero dei danni derivanti da delitti contro la pubblica amministrazione (2602-2607-3890).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del testo unificato dei progetti di legge: Contento ed altri; Borghezio ed altri; di iniziativa del Governo: Norme sul rapporto tra procedimento penale e

procedimento disciplinare a carico dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche e sul recupero dei danni derivanti da delitti contro la pubblica amministrazione.

(Contingentamento tempi discussione generale – A.C. 2602)

PRESIDENTE. Avverto che, a seguito della riunione della Conferenza dei presidenti di gruppo del 30 aprile 1998, 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 per la maggioranza: 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;

tempo per i gruppi: 4 ore (30 minuti per gruppo).

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.

(Discussione sulle linee generali – A.C. 2602)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Informo che il presidente del gruppo parlamentare di alleanza nazionale ne ha chiesto l'ampliamento senza limitazione nelle iscrizioni a parlare, ai sensi del comma 2 dell'articolo 83 del regolamento.

Ha facoltà di parlare il relatore, onorevole Siniscalchi.

VINCENZO SINISCALCHI, *Relatore*. Signor Presidente, onorevole rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, l'importante progetto di legge all'esame della Camera dei deputati è stato elaborato dalla Commissione speciale per l'esame dei progetti di legge recanti misure per la prevenzione e la repressione dei fenomeni di corruzione. La materia di questo articolato si collega alle proposte di legge Contento ed altri n. 2602, Borghezio ed altri n. 2607, ed in parte, essendo intervenuto successivamente, al disegno di legge del Governo n. 3890.

Il punto centrale di questo provvedimento è rappresentato dalla istituzione di un rapporto tra gli effetti che deve avere il giudicato penale, o comunque la pendenza di un procedimento penale per reati contro la pubblica amministrazione, e le conseguenze di carattere disciplinare ed amministrativo. Si tratta di un problema posto in particolare dalle distorsioni segnalate dal rapporto informativo di base della Commissione speciale per i fenomeni di corruzione nel nostro paese (rapporto Cassese-Pizzorno-Arcidiacono), che insieme ad un'altra serie di documenti esaminati nel corso del lungo iter di questo provvedimento ha ancora una volta fatto il punto sulla sostanziale discrasia esistente all'interno del nostro ordinamento, che produce spesso effetti puramente simbolici nei confronti delle situazioni consequenziali all'interno della pubblica amministrazione che devono derivare da una affermazione di responsabilità, da una pendenza di procedimento, o meglio ancora dall'eventuale passaggio in giudicato della sentenza di condanna. Le proposte esaminate avevano già prima del rapporto informativo colto la necessità di tutelare, con una normativa chiara, l'importante elemento di difesa dell'immagine della pubblica amministrazione, oltre che di difesa degli stessi assetti interni della pubblica amministrazione e degli enti pubblici economici.

L'aspetto centrale intorno al quale ha lavorato la Commissione è dunque rappresentato dalla possibilità di dotare la nostra legislazione di credibili strumenti di intervento per recuperare il maltolto da arricchimento illecito e per difendere, a seguito del procedimento che riguardi un esponente della pubblica amministrazione, l'immagine stessa della pubblica amministrazione. Questo lungo lavoro, come si è detto, °si è alimentato oltre che dalle proposte di legge di partenza, anche da una serie di altri elementi informativi sui quali ha lavorato la Commissione, avendo sempre come scopo finale, ripeto, quello di provvedere ad una tutela effettiva dell'immagine della pubblica amministrazione, sempre nel quadro della protezione costituzionale accordata alla pubblica amministrazione stessa.

Punto centrale di tutta questa ricerca legislativa è rappresentato dalla necessità di collegare effetti concreti al rilievo del giudizio penale stesso per reati commessi da soggetti che interpretano la funzione di garanzia della pubblica amministrazione e degli enti economici a tutti i livelli, per evitare le distorsioni, anche clamorose, che si sono verificate per esempio con la constatazione che più volte si è riprodotta della permanenza nello stesso posto, nella stessa mansione o funzione, di persone che avevano riportato condanne, producendo al tempo stesso una deformazione della trasparenza, dell'immagine della pubblica amministrazione e un ulteriore calo di credibilità dello stesso assetto normativo e legislativo.

Si è operato in tre direzioni fondamentali per cercare di dare disciplina alla vasta gamma di situazioni che si delineano in questo campo. Innanzitutto vi è il punto relativo alle conseguenze connesse alla fase delle indagini preliminari, che si esaurisce in gran parte con dei provvedimenti di sospensione cautelare del GIP, che oggi sono stati giurisdizionalizzati con altro provvedimento legislativo adottato da questa Assemblea nell'agosto 1997 in occasione della riforma dell'articolo 323 del codice penale (abuso in atti d'ufficio).

Per evitare che aspetti connessi ad una affermazione di responsabilità penale in questo campo siano solo e sempre quelli derivati dal passaggio in giudicato, spesso ritardato, della sentenza quando ad essa si arrivi, con il conseguente calo di immagine della pubblica amministrazione nel corso di tutto il lungo svolgimento dell'iter processuale, un primo collegamento viene previsto all'atto del decreto di rinvio a giudizio.

La Commissione, cogliendo alcuni spunti fondamentali delle proposte di legge poc'anzi menzionate, ha accettato di costruire una figura intermedia, che non attiene ancora al provvedimento di carattere disciplinare ma che, attraverso il principio della necessità di provvedere ad un trasferimento e ad una sospensione temporanea, ha prodotto comunque un effetto collegato al momento del rinvio a giudizio, che è fase importante; se non di prima deliberazione, momento ricognitivo di una situazione rilevante ai fini della celebrazione del dibattimento: non un'affermazione di responsabilità, ma nemmeno un'archiviazione né un proscioglimento. Si tratta della necessità di un ulteriore approfondimento dinanzi al giudice del dibattimento.

All'interno della Commissione si è sviluppata un'ampia discussione che è bene chiarire, che riguarda la conclusione del processo penale di prima istanza, con l'adozione di una sentenza di condanna, ancorché non definitiva.

È noto che nel nostro sistema tra gli incentivi previsti per la celebrazione di riti alternativi ha avuto particolare importanza il cosiddetto patteggiamento, l'applicazione della pena su richiesta concordata tra le parti, sia quella a cui si rifà la titolarità dell'azione penale del pubblico ministero, sia la parte impersonata dall'imputato.

La Commissione ha a lungo scelto, all'interno delle proposte, la linea dell'identificazione di una conseguenza da trarre dalla sentenza di patteggiamento che non andasse in direzione contraria alla fissazione in sentenze della Corte costituzionale del principio in virtù del

quale la sentenza di patteggiamento non ha efficacia vincolante, né di giudicato vero e proprio in ordine all'affermazione di responsabilità. Tuttavia, per evitare che il giudizio disciplinare conseguente diventasse una sorta di implicita revisione di quanto ha portato ad una sentenza giurisdizionale – cioè la sentenza di patteggiamento – si è scelto di rispettare sia il carattere non definitivo e non accertativo della responsabilità della sentenza per patteggiamento ma, al tempo stesso, il materiale di fatto e di definizione giuridica del fatto che ha formato oggetto di accettazione pacifica da parte sia del pubblico ministero, titolare dell'azione penale, sia dell'imputato che ha concordato il cosiddetto patteggiamento della pena.

Quindi, si tratta non di un accertamento vincolante di responsabilità, ma di una indicazione alla giurisdizione disciplinare della necessità di attenersi, in forma logicamente collegata, ad elementi di fatto che non possono più essere suscettibili di considerazione e di revisione. Il giudizio disciplinare risultava da tutti i documenti esaminati dalla Commissione uno dei punti di caduta dell'intervento giurisdizionale-disciplinare all'interno di queste situazioni, nel senso che, attraverso un esame comparato delle varie articolazioni delle pubbliche funzioni, si è constatato che tale giudizio quasi mai perviene a decisioni di coerenza nei confronti delle sentenze affermatrici di responsabilità penale o delle sentenze di patteggiamento.

Si è cercato tuttavia non di vincolare il giudice disciplinare amministrativo nella graduazione della sanzione e nella individuazione di quella più efficace, ma di evitare che attraverso il giudizio amministrativo disciplinare o di lavoro si neutralizzino quegli effetti che si sono voluti comunque raggiungere attraverso un'indagine che – vi ripeto – porta il titolare dell'azione penale a concordare, non dismettendo gli elementi raccolti nel corso dell'indagine preliminare, il patteggiamento in ordine alla pena.

La Commissione ha a lungo lavorato intorno alle ovvie, comprensibili e fondate obiezioni per evitare il pericolo che l'indicazione che nell'articolato si dà all'Assemblea venisse interpretata implicitamente – secondo però una visione superficiale che la Commissione spera venga chiarita e recepita in tutta la sua ampiezza e nello sforzo di pervenire ad una norma chiara in questa materia – come sistema per disincentivare, sotto un certo profilo, il ricorso al rito alternativo, il ricorso al patteggiamento. Questa è stata, onorevoli colleghi, l'obiezione più fondata e ripetuta nel corso dei lavori in Commissione.

È proprio per tale motivo che la Commissione stessa, lasciando piena libertà al giudice amministrativo, ha evitato che l'articolo 1, che è una norma centrale del provvedimento, potesse portare in caso di sentenza patteggiata a forme di vero e proprio contrasto di valutazioni giurisdizionali – ancorché di una giurisdizione amministrativa e disciplinare – nei confronti di una giurisdizione più ampia, come quella disciplinare.

Su questo punto la Commissione ritiene a mio mezzo di raccomandare il massimo momento di approfondimento per sbloccare dalle suggestioni che queste proposizioni, interpretate non soltanto dal punto di vista normativo ma spesso trasformate in elementi di dibattito astrattamente politico, vengano intese per quello che assolutamente non vogliono essere. Non si tratta di una forzatura di carattere quasi repressivo: la Commissione ha avuto di mira la volontà che si ricavava, peraltro, dalle proposte presentate, che erano assai più avanzate rispetto al testo concordato in Commissione. Tale volontà consisteva, da un lato, nella necessità di accentuare la garanzia del condannato o di colui il quale abbia fatto accesso alla condanna patteggiata, così impedendo che quest'ultima venisse *sic et simpliciter* trasferita nel giudizio disciplinare, e dall'altro nell'esigenza di difendere interessi della pubblica amministrazione e soprattutto la norma base costituzionale che riguarda la trasparenza della pubblica amministrazione stessa.

Quanto agli ulteriori punti qualificanti di questo progetto di legge, va ricordato

che, come ho già avuto modo di segnalare in precedenza, ai sensi dell'articolo 2, per gli effetti del decreto di rinvio a giudizio in ordine a semplici ipotesi di trasferimento ad ufficio diverso con funzioni e mansioni analoghe, non sembra coerente con un sistema di prevenzione e di disciplina, qual è quello che l'intero lavoro della Commissione ha avuto di mira, che in caso di rinvii a giudizio anche clamorosi vengano mantenute le stesse collocazioni funzionali nei confronti dei terzi da parte di chi, invece, è più opportuno che venga trasferito. Non si tratta di una penalità, ma di un momento di organizzazione in considerazione della pendenza del giudizio penale. Quindi, funzioni e mansioni analoghe – non poteva che essere così –, ma trasferimento ad ufficio diverso. Attraverso questo sistema abbiamo voluto introdurre in un certo senso un meccanismo di garanzia e di coordinamento tra norme.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE LORENZO ACQUARONE *(ore 17,28)*

VINCENZO SINISCALCHI, *Relatore*. Diversi sono ovviamente gli effetti della sentenza di primo grado, previsti nell'articolo 3. Per una condanna per delitti contro la pubblica amministrazione superiore a sei mesi abbiamo ipotizzato – raccogliendo le proposte fino a questo momento menzionate – una sospensione fino alla sentenza definitiva, dovendosi prevedere, soltanto nel caso della sentenza passata in giudicato, l'ipotesi ovvia della risoluzione del rapporto di lavoro. Si tenga presente che il testo di cui ci stiamo occupando riguarda soprattutto i soggetti inseriti nella pubblica amministrazione e negli enti economici a partecipazione pubblica ed i delitti specifici contro la pubblica amministrazione. Sempre nell'articolo 3, in rapporto agli effetti della sentenza di primo grado, si è avuto cura di fissare con precisione i termini di celebrazione dei giudizi disciplinari, tenendo presente la mancanza sostanziale – nel corso di tutte le analisi che sono state compiute – di un rendiconto delle giurisdizioni disciplinari in questa materia. Si può dire che nel nostro sistema fino ad oggi le giurisdizioni disciplinari sono state virtuali e non reali.

Da una proposta di legge in particolare si è tratto spunto per collegare i cosiddetti principi della restituzione o della garanzia sul maltolto come effetto della sentenza di condanna irrevocabile; soprattutto negli ultimi tempi essi hanno formato comunemente oggetto di molte manovre interpretative e progettuali, per verificare se attraverso questi sistemi si possano creare deterrenti particolari nei confronti delle locupletazioni ingiuste. In proposito le norme prevedono la confisca ai sensi dell'articolo 240 del codice penale, collegata in rapporto di causa-effetto all'emanazione della sentenza definitiva ed irrevocabile di condanna per questo tipo di reato; il sequestro, invece, viene attuato nel corso del procedimento, nelle fasi precedenti a quella finale.

Abbiamo anche avuto cura di occuparci del delicato problema delle locupletazioni trasformate in esterovestizioni, cioè delle fughe di capitali all'estero, collegando queste norme alla legge che già l'Assemblea ha votato e trasmesso al Senato, recante l'istituzione dell'anagrafe patrimoniale della pubblica amministrazione. La proposta di legge in esame si collega direttamente per questo profilo alla controversa ma definitiva (per la parte che riguarda questa Assemblea) legge sull'anagrafe patrimoniale dei dipendenti, con effetti consequenziali sulla promozione obbligata del procedimento per danno erariale.

L'articolo 5 contiene una norma transitoria che forse impedirà le interpretazioni non esplicitamente deliberate da questa Assemblea. Si prevede che la legge in esame debba applicarsi ai procedimenti in corso alla data di entrata in vigore: ciò al fine di evitare in materia interpretazioni diverse rispetto a quelle espresse con volontà chiarita dell'Assemblea.