

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
PIERLUIGI PETRINI

La seduta comincia alle ore 9,35.

MARCO BOATO, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Testa e Sales sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

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

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

Seguito della discussione del disegno di legge: S. 3299 – Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (modificato dal Senato) (4230-B) (ore 9,38).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge, già approvato dalla Camera e modificato dal Senato: Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo

unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Ricordo che nella seduta di ieri è stata respinta la questione pregiudiziale Cè n. 1.

Avverto che la XII Commissione (Affari sociali) si intende autorizzata a riferire oralmente.

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

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali delle modificazioni introdotte dal Senato.

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

Il relatore, onorevole Bolognesi, ha facoltà di svolgere la sua relazione.

MARIDA BOLOGNESI, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei ricordare che questo ramo del Parlamento ha a lungo discusso in prima lettura, sia in Commissione che in aula, il provvedimento oggi all'attenzione dell'Assemblea. Si dibattè allora delle modifiche che il Governo proponeva di apportare ai decreti legislativi n. 502 e n. 517, nonché delle numerose modifiche che lo stesso Parlamento ha voluto introdurre e delle norme che lo stesso ha voluto aggiungere in considerazione della necessità di correggere e di porre mano a quelli che a più riprese erano stati ritenuti dai vari gruppi, ma anche dagli operatori e dall'intero mondo della sanità, i punti di sofferenza del nostro sistema. Si è ravvisata, quindi,

la necessità di modernizzare da un lato tale sistema e di dare una più puntuale risposta al bisogno e al diritto di salute così fortemente sentito nel nostro paese.

Dopo il complesso e delicato lavoro svolto nei mesi passati in Commissione affari sociali, una volta conclusi i lavori del Senato, il provvedimento torna in questa Camera con diverse modifiche, ovviamente non tutte di pari importanza, ma che non alterano, a mio avviso, il senso profondo ed anche gli indirizzi generali che questo ramo del Parlamento aveva definito al fine di fornire al Governo uno strumento ed una indicazione in merito all'ambito del successivo esercizio della delega. Non torno, quindi, sul fatto che una materia così complessa e delicata ha suscitato delle preoccupazioni — è avvenuto all'interno dei gruppi nel corso del dibattito in Commissione — in merito al fatto che tale razionalizzazione venisse realizzata tramite una delega. Con le puntualizzazioni introdotte da entrambi i rami del Parlamento, si sono voluti precisare con maggiore chiarezza i contenuti della delega stessa, al fine di consentire al Parlamento di seguire, monitorare e governare questo processo di modifica operato dal Governo, che più volte abbiamo giudicato urgente ed importante.

Voglio ricordare che il disegno di legge risponde alla necessità di coniugare equità ed efficienza, contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria con l'erogazione di servizi di più elevata qualità e di superare le gravi differenze che si erano registrate nel nostro paese nel corso dell'attuazione della riforma sanitaria del 1978, che istituiva il servizio sanitario nazionale, nonché con l'attuazione, nell'ambito di un quinquennio dei decreti delegati n. 502 e n. 517, che introducevano il principio della aziendalizzazione e della regionalizzazione, che da questo provvedimento viene rafforzato, e che inoltre fornivano talune indicazioni. Alcune hanno trovato una accelerazione nel processo di modernizzazione, mentre altre hanno creato zone di ombre e di difficoltà

o delle vere e proprie distorsioni, determinando una situazione che richiedeva un intervento del legislatore.

Vorrei soffermarmi rapidamente sugli aspetti che a me sembrano più rilevanti delle modifiche introdotte dal Senato. Anche se la calendarizzazione del provvedimento in Assemblea non ha consentito di procedere in Commissione all'esame di tutti gli emendamenti presentati, la Commissione li ha lungamente esaminati, con una puntuale replica del Governo che ha risposto alle sollecitazioni avanzate dai colleghi che chiedevano alcune spiegazioni in merito alle modifiche introdotte dal Senato.

Come dicevo, il Senato ha modificato in vari punti il provvedimento in esame e tra i punti che ritengo opportuno ricordare (allorquando esamineremo i singoli articoli avremo sicuramente la possibilità di tornare sull'argomento) vi sono il completamento del processo di aziendalizzazione, la necessità di una maggiore collaborazione tra soggetti pubblici interessati e le strutture equiparate, nonché il maggior rispetto dell'autonomia regionale, secondo quanto previsto dai cosiddetti decreti Bassanini. Altre modifiche concernono la necessità di una maggiore consultazione dei soggetti sociali interessati ed è questa una utile precisazione che il Senato ha inteso introdurre. Inoltre viene individuata l'opportunità di controllare la congruità delle prestazioni attraverso apposite linee guida, secondo il principio della sussidiarietà. Il Senato ha inoltre voluto rafforzare il concetto di un maggior potenziamento del ruolo dei comuni, concetto già affrontato nel dibattito che la Camera aveva a lungo svolto su questa materia; in particolare su come coniugare e coordinare gli interventi a livello regionale e centrale, ossia a tutti i livelli territoriali, dando la possibilità, a chi oggi esercita un ruolo importante, come fanno i comuni, di avere sicuramente, sulla programmazione, ma anche sulla verifica dei risultati raggiunti, un ruolo determinante.

L'impostazione della delega ripropone con maggior forza la missione del servizio

sanitario stesso e del sistema nel suo insieme che è quello della cosiddetta produzione della salute al fine di fornire una risposta più efficace ai bisogni del cittadino.

Un'altra modifica introdotta dal Senato riguarda l'indicazione, la facoltà per le regioni di avere nelle aree metropolitane strutture di coordinamento. Mi sembra anche questa una modifica se non di sostanza, certamente di attenzione, e utile quindi, nei confronti delle aree metropolitane, dove abbiamo verificato una difficoltà di coordinamento tra il territorio e i presidi ospedalieri. Vi è pertanto la necessità di avere un coordinamento anche alla luce dei nuovi bisogni di salute e penso all'assistenza domiciliare, al lavoro integrato sul territorio, che la delega espressamente prevede, ai medici di medicina generale, alle strutture presenti nel territorio stesso, alla possibilità di avere un *budget* certo su cui operare in modo complessivo.

In ordine all'indirizzo di esclusività del rapporto di lavoro per i medici, si è da più parti sottolineato quanto il servizio sanitario nazionale abbia bisogno di operatori a tempo pieno, dedicati alla struttura aziendale. Del resto il processo di completamento dell'aziendalizzazione porta a questo. Abbiamo pertanto bisogno di aziende efficienti, anche se dobbiamo dare risposte certe a questi medici, a questi operatori e questo tema sarà sicuramente affrontato tra breve con la prossima legge di bilancio. Ritengo tuttavia che si debba chiamare ad un ruolo e ad una responsabilità diversa gli operatori sanitari, ed i medici in particolare, e su questa scommessa, su questo nuovo patto, dobbiamo giocare una qualità diversa del servizio prestato.

Il Senato ha introdotto la data del 31 dicembre 1998 come termine ultimo per i medici, al fine di operare la loro scelta individuale. Cosa significa ciò? Che si stipula un patto nuovo con i medici appena assunti i quali sapranno da subito che il servizio sanitario nazionale avrà d'ora in avanti bisogno di tutta la loro disponibilità, recuperando una flessibilità

di intervento ed una capacità di rispondere sul terreno della libera professione degli stessi medici dentro le strutture pubbliche, e questo per fare chiarezza per il futuro. Chi è già in servizio è chiaro che non può che operare una scelta soggettiva, individuale. Questa precisazione introdotta dal Senato mi pare utile ed importante, tale da rispondere con chiarezza ad alcune preoccupazioni.

Passando ora ad ulteriori modifiche che giudico di rilievo, vorrei ricordare quella alla lettera s), dove si prevede la facoltà per le aziende ospedaliere di stipulare contratti a tempo determinato non soltanto con soggetti in possesso del diploma di laurea in medicina, ma anche con altri soggetti, in modo da dare, grazie all'adozione di maggiore flessibilità, il modo di intervenire sui bisogni che si manifestano sul territorio, oltre che per responsabilizzare le strutture esistenti in periferia rispondendo così al fenomeno della disoccupazione intellettuale degli operatori di questo settore, ma soprattutto ad un bisogno di efficienza rispetto alle necessità delle aziende.

Un'altra modifica certamente rilevante è quella introdotta alla lettera z), che prevede l'integrazione ed il coordinamento tra ricerca pubblica e privata. Nel disegno di legge delega vi è una forte attenzione alla necessità di rafforzare l'indirizzo della ricerca e l'integrazione tra soggetti. Tutto ciò torna nella delega, a partire dal concetto, a mio avviso centrale, cioè quello dell'integrazione tra sociale e sanitario, uno dei nodi non risolti dalla vecchia riforma sanitaria, affermando a più riprese la necessità di creare una rete di risposta ai bisogni di salute e di sanità tra i vari soggetti che operano in questo campo; si tratta evidentemente di un coordinamento non burocratico ma operativo e che rimette al centro il malato, il paziente, in sostanza il diritto alla salute dei cittadini.

Alla lettera cc) vi è un'altra novità rilevante: si conferisce alle regioni la facoltà di partecipare alla gestione di forme integrative di assistenza. Ricordo che in Commissione si è discusso di

questo punto ed il ministro ci ha reso partecipi del contenuto della discussione avvenuta presso l'altro ramo del Parlamento, nell'ambito della quale si è affermata la necessità di un controllo da parte dell'ente erogatore del servizio, cioè della regione, nello stesso tempo tenendo nel debito conto i bisogni non di assistenza superiore (che deve già essere garantita e peraltro non esiste un'assistenza superiore o una inferiore), ma aggiuntiva rispetto ai bisogni del territorio. Non mi soffermerò su altre modifiche di carattere formale.

Infine, vorrei svolgere alcune considerazioni sugli ultimi tre punti che giudico rilevanti. In primo luogo, mi riferisco alla necessità, contenuta all'articolo 4 del disegno di legge, di predisporre un testo unico delle leggi sanitarie; vorrei ricordare che una delega a questo proposito è stata introdotta dalla Commissione affari sociali della Camera e che non esisteva nel testo originario e che il Senato, peraltro, nel recepire questo punto, ha rafforzato il ruolo delle Commissioni parlamentari.

All'articolo 5 si accoglie quanto già previsto dalla Camera in materia di riordino della medicina penitenziaria, definendo meglio le sperimentazioni e facendo oggetto di questo una delega a parte: la delicatezza della materia, infatti, impone dei tempi, una concertazione ed una riflessione del tutto particolari, proprio per la specialità del servizio erogato ai cittadini detenuti. Il fatto che si tratti di una delega a sé stante comporta che l'attuazione di questo punto abbia tempi diversi rispetto alla delega di carattere generale.

Passando ora all'articolo 6, vorrei far presente che esso contiene l'unico punto di novità introdotto dal Senato, anche se di esso si era discusso in questo ramo del Parlamento. Si tratta della necessità di ridefinire i rapporti tra università e servizio sanitario nazionale, cosa che può avvenire attraverso l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali integrati tra regioni ed università, oltre che attraverso l'istituzione di aziende dotate di autonoma personalità giuridica assicurando nel quadro della programmazione sanitaria (que-

sto mi sembra un richiamo importante) lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca, anche mediante l'organizzazione dipartimentale ed idonee disposizioni in materia di personale. Anche questa è una delega a parte che vedrà un lavoro di concerto tra i ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. È noto come in quest'aula e in Commissione abbiamo discusso su un precedente disegno delega, come è avvenuto pure in questi giorni in Commissione. Quella in esame è una questione molto sentita: non vi è bisogno, infatti, di ricordare ai colleghi il problema dei policlinici esplosi con drammaticità negli ultimi periodi. Vi era però la necessità, in un quadro di modernizzazione e di una risposta diversa del servizio sanitario nazionale, di affrontare la questione dell'università che rappresentava sicuramente un altro punto di sofferenza nelle leggi nn. 502 e 517.

Nel precisare che anche questo argomento rientra in una delega a parte, devo dire che ci troviamo in presenza di un quadro di norme che assegna al Governo ed alle Commissioni parlamentari tempi e modalità idonei a poter seguire i decreti delegati; a tale riguardo, vi è la necessità però di riaffrontare uno per uno i relativi temi e di discutere su di essi. In ogni caso, mi pare che la delega che viene richiesta contenga già dei punti precisi da affrontare; ciò faciliterà il lavoro che dovrà svolgere il Governo.

Oltre all'importanza del contributo che su una materia così complessa ha voluto fornire l'altro ramo del Parlamento su un provvedimento che qualifica sicuramente il lavoro di questa legislatura e di questo Governo, vorrei sottolineare come si presti attenzione al territorio, ai comuni, alle aree metropolitane, allo snellimento delle procedure edilizie e via dicendo.

Riguardo a quei punti sui quali avevamo espresso alcune perplessità, credo che il ministro Bindi abbia sicuramente fornito in Commissione le spiegazioni necessarie fugando, per quanto mi riguarda, le preoccupazioni che erano state

sollevate rispetto al testo che avevamo licenziato alla Camera e che era stato modificato dal Senato. Dopo una ulteriore riflessione e discussione sulla materia, credo che non ci resterà altro da fare che garantire una rapida approvazione del provvedimento, dopo un anno di lavoro che ha visto i due rami del Parlamento impegnati e lo svolgimento di un appassionato dibattito all'esterno di questa sede tra gli operatori, i medici, i sindacati, le parti sociali ed i cittadini. Vorrei ricordare che questo testo assegna anche un nuovo ruolo alle associazioni dei cittadini, agli operatori sanitari e ai sindacati. Nella sostanza, riteniamo che la sanità debba ritornare al centro degli interessi del paese e la delega consente di farlo.

Pur comprendendo i colleghi che hanno espresso sia la preoccupazione sia la contrarietà a tale strumento, penso che, se riusciremo assieme ad « accompagnare » il Governo nell'assolvimento del suo compito di predisporre i decreti delegati, avremmo risposto davvero ad un bisogno — non più rinviabile — di qualità e di risposte qualitative ai problemi di sofferenza evidenziati dalle leggi nn. 502 e 517 e potremmo, disponendo sicuramente di più decreti delegati, iniziare a dare una risposta alle aspettative che abbiamo creato come Parlamento non solo tra gli operatori, ma anche in tutto il paese.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il ministro della sanità.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Intervengo brevemente per confermare che il lavoro svolto al Senato è stato di ulteriore approfondimento, precisazione ed ampliamento della delega al Governo, che l'esecutivo ritiene che il lavoro dei due rami del Parlamento abbia notevolmente arricchito il disegno di legge delega originario e che i tempi siano sicuramente maturi affinché dalla definitiva approvazione si possa procedere alla stesura dei decreti legislativi. Questi ultimi, peraltro, sono legati anche a deleghe diverse, che sono contenute in questo stesso disegno di legge. Preciso che i testi dei decreti

legislativi verranno predisposti a seguito di un lungo e articolato confronto con le Commissioni parlamentari, oltre che con le organizzazioni sindacali, come del resto è avvenuto fino a questo momento.

PRESIDENTE. La prima iscritta a parlare è l'onorevole Buffo. Ne ha facoltà.

GLORIA BUFFO. Signor Presidente, colleghi, siamo di fronte ad un provvedimento di primaria importanza, forse uno dei più importanti di questa legislatura, sicuramente il più serio e consistente intervento sulla sanità italiana dopo l'ormai lontana legge di riforma n. 833 ed i meno positivi, ma certo incisivi, decreti legislativi n. 502 e n. 517, che risalgono all'epoca in cui ministro della sanità era De Lorenzo.

Si tratta di una legge delega che, naturalmente, noi non intendiamo come una delega in bianco e seguiremo — mi fa piacere che il ministro abbia mostrato la sua disponibilità in questo senso — con puntigliosa attenzione il lavoro del ministro ed i decreti legislativi che seguiranno. Chiediamo intanto la rapida approvazione del provvedimento che è in discussione e di cui la sanità italiana ha urgente bisogno.

Non si tratta di ribaltare da capo a piedi, ancora una volta, l'organizzazione di un comparto che ha già sofferto per i frequenti terremoti imposti dalle leggi in questi decenni. Si tratta invece di correggere e modificare ciò che nell'organizzazione sanitaria non funziona e non risponde al perseguimento dell'obiettivo della salute.

Questo credo sia il primo, grande merito di questa legge: riportare in primo piano il fatto che il servizio sanitario nazionale ha una missione, che questa missione è la salute e ad essa vanno resi funzionali la struttura, l'organizzazione, i comportamenti. Non si tratta di belle parole, ma di una correzione concreta e profonda delle distorsioni che i decreti legislativi n. 502 e n. 517 hanno indotto nel sistema, la prima delle quali è l'aver favorito la produzione di prestazioni prima ancora che la produzione di salute.

Non dimentichiamo — magari perché abbiamo gli occhi abbassati sulle carte — che quello alla salute come diritto concretamente esigibile non è solo un diritto umano e costituzionale fondamentale ma, nelle società moderne, una precondizione della democrazia. Non è solo la delega a preoccuparsi di questo, ma anche un ambizioso piano sanitario nazionale varato dal Governo, che noi abbiamo il compito di rendere concretamente operativo.

I cardini su cui poggia la riforma che stiamo discutendo sono orientati a rendere più efficiente, più accessibile, democraticamente verificabile, equa e sicura la sanità italiana. Più equa perché vi si afferma, attraverso il controllo e la verifica delle prestazioni erogate, il principio importantissimo della selezione delle prestazioni, che è il contrario della selezione dei cittadini.

Chi — e sono molti — auspica una sanità per i meno abbienti da una parte ed una sanità per chi può pagare dall'altra, evidentemente considera che anche la salute, come accade negli Stati Uniti, possa essere di serie A e di serie B o, meglio ancora, un privilegio che alcuni possono permettersi ed altri no. Solo la scelta delle prestazioni necessarie, uniformi ed appropriate può garantire a tutti, in un sistema che sarà comunque a risorse finite, un trattamento davvero equo.

Un servizio sanitario più efficiente, dicevo, nel quale la nomina, per esempio, dei direttori generali delle aziende sanitarie non sia una *roulette* russa con la magistratura, ma dia certezze a chi compie, naturalmente assumendosene la responsabilità, questa scelta ed in cui la regionalizzazione sia completata e verificata, insieme al processo di aziendalizzazione, perché entrambe queste scelte — la regionalizzazione e l'aziendalizzazione — siano pienamente al servizio dei cittadini e dei loro bisogni.

Anche l'integrazione socio-sanitaria, così urgente, possiamo ascriverla al capi-

tolo della maggiore efficienza, perché mira a rendere più vicini ai bisogni dei cittadini l'intero sistema.

Una riforma, dunque, che mira alla trasparenza, per la voce accresciuta dei comuni, l'ente più vicino ai cittadini, nella verifica del ruolo dell'azienda sanitaria e più trasparente anche perché garantisce la libera scelta dei cittadini e la loro partecipazione, attraverso associazioni e organismi appositi alla vita di un comparto così importante. Questo provvedimento rende più sicura la sanità italiana, laddove, per esempio, il meccanismo di autorizzazione e accreditamento è maggiormente legato alla qualità delle strutture e ai bisogni autentici di salute.

La programmazione diventa una garanzia che si faccia ciò che serve e non ciò che conviene al mercato, il quale naturalmente è un attore legittimo, ma non può essere sovrano di un sistema che non ha per fine il profitto ma il benessere della cittadinanza.

Infine, una sanità più accessibile. L'ulteriore passo per arrivare ad un regime di incompatibilità, di esclusività del rapporto di lavoro, lungi dal penalizzare i medici, ha lo scopo di distinguere ruoli diversi, di mettere il servizio sanitario nazionale in condizione di rispondere in tempi utili, senza infliggere ai cittadini la *via crucis* di lunghe liste di attesa, di rispondere in tempi utili alle richieste di salute di tutti noi. Per i medici altre porte giustamente si aprono con questa delega, come quella dei contratti a tempo determinato — lo ricordava già la relatrice — anche per i medici non specializzati.

So che molte altre cose si dovrebbero e potrebbero aggiungere, ma già molto ha detto la relatrice e concordo con lei. Quel che conta in una legge di principi e di norme fondamentali è la scelta di fondo, che in questo caso è chiarissima, ed è che la salute viene prima di tutto. Un principio che deve correggere la tendenza all'autoreferenzialità propria di ogni grande sistema, anche di quello, spesso dipinto a torto solamente a tinte fosche, della sanità italiana, dove tante donne e tanti uomini già oggi lavorano con spirito

di servizio. Credo che a noi spetti di metterli nelle condizioni migliori per farlo.

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

GIOVANNI FILOCAMO. Signor Presidente, onorevoli deputati della sinistra, che ormai avete deciso e ve ne state a casa, signor ministro...

DOMENICO GRAMAZIO. Almeno c'è! L'altra volta c'era il sottosegretario!

GIOVANNI FILOCAMO. Ma sta zitto, il ministro. Meno male, però, che c'è!

DOMENICO GRAMAZIO. È meglio che stia zitta!

PRESIDENTE. Onorevole Filocamo, prosegua.

GIOVANNI FILOCAMO. Ho l'onore di prendere la parola in nome del gruppo di forza Italia per discutere inutilmente — perché ormai il ministro, con l'aiuto della maggioranza ha già partorito un aborto vivente di riforma sanitaria — se dare o non dare la delega al Governo per legiferare al di fuori del Parlamento sulla riforma sanitaria.

Il Governo da solo, senza confrontarsi con l'opposizione, che tra l'altro è maggioranza nel paese, farà la riforma sanitaria, cioè deciderà come tutelare la salute degli italiani, di tutti gli italiani, bene primario, essenziale e irrinunciabile che interessa tutti i cittadini, bene difeso dalla Costituzione. Per questo bene essenziale, di cui tutto il Parlamento è responsabile nel tutelarlo, il Governo, con la sua maggioranza, non ci permette neanche di discutere i principi generali a cui il ministro Bindi dovrebbe attenersi nel riscrivere una legge-quadro sulla sanità.

Non ci è stato permesso, infatti, di discutere in Commissione gli emendamenti presentati e ciò è stato fatto con arroganza, usurpando i diritti e i doveri dell'opposizione, quindi dei cittadini, la

cui salute, in qualsiasi paese democratico è tutelata, come deve essere, da tutto il Parlamento e non da una parte di esso. I cittadini, quindi, devono sapere che noi, anche se da loro eletti e retribuiti, non possiamo adempiere il nostro dovere, perché evidentemente ci troviamo di fronte ad un Governo e ad una maggioranza statalisti, dirigisti e centralisti, che hanno instaurato un regime ed hanno paura di confrontarsi con quella parte dei cittadini che dissente dai loro dissennati propositi.

Non vi è dubbio che la sanità in Italia non funziona e i cittadini, pur pagando tasse, soprattasse e balzelli vari, non possono usufruire di una sanità efficiente ed efficace, capace di risolvere i loro problemi di salute. Ciò dipende dal fatto che, benché quella introdotta nel 1992 fosse una disciplina moderna che, portando modifiche profonde ed innovative nel sistema sanitario nazionale, avrebbe sicuramente dato ai cittadini la sanità che si aspettano, non è stata attuata, per cui siamo sprofondata nel disordine più completo.

A nostro avviso una nuova legge dovrebbe accentuare e rendere attuabili i principi di aziendalizzazione e di libertà di scelta sia per il cittadino paziente, che deve poter scegliere in quale luogo e da chi farsi curare, sia per il medico, nella prescrizione della cura.

Nello stesso tempo, bisognerebbe riformare il finanziamento della sanità, che pur aumentando di anno in anno non riesce a produrre una sanità equa, efficiente ed efficace.

Cercherò, sia pure brevemente, di analizzare la situazione e di segnalare cosa uno Stato moderno dovrebbe fare per raggiungere queste finalità. Le ultime stime relative al 1997 evidenziano che la spesa sanitaria complessiva in Italia si è ormai avvicinata ai 150 mila miliardi annui, di cui solo circa 100 mila di provenienza pubblica, cioè afferenti al sistema sanitario nazionale. I dati OCSE per il 1996 parlano di 141 mila miliardi di lire. Per avere un riferimento di *trend*, basta ricordare che all'inizio degli anni

novanta la spesa sanitaria complessiva superava di poco i 100 mila miliardi. In termini più generali, rapportando i dati sulla spesa sanitaria totale al PIL emerge che le due curve procedono, fin dai primi anni sessanta, con un andamento pressoché identico, ma dal 1990 l'incidenza della spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale diminuisce sensibilmente.

Da questi primi elementi emerge con grande chiarezza che la domanda di sanità nel nostro paese ha un andamento strutturalmente crescente nel tempo, che tale andamento, in termini percentuali, è spesso superiore a quello del PIL e, soprattutto, che il divario tra la spesa sanitaria totale e quella prettamente pubblica è in crescita, a testimonianza del fatto che ormai una parte rilevante dei bisogni sanitari dei cittadini italiani trova risposta fuori del sistema sanitario nazionale.

Facendo delle stime su queste basi storiche, potrebbe non essere azzardato ipotizzare, nel 2005, una spesa sanitaria complessiva pari a circa 250 mila miliardi — e tale valore potrebbe essere pari a poco meno del 10 per cento del PIL in quel periodo — a fronte di una spesa sanitaria pubblica che la Commissione tecnica per la spesa pubblica del Ministero del tesoro, nella sua relazione dello scorso anno, stima sempre per il 2005 in circa 135-140 mila miliardi di lire. Se questi sono i dati complessivi del sistema della sanità italiano, una particolare attenzione va riservata alle fonti di finanziamento ed alla loro sostenibilità nel tempo: nel 1996, a fronte di circa 100 mila miliardi di sanità pubblica, oltre 51 mila miliardi provenivano dai contributi sanitari pagati da imprese e lavoratori, oggi assorbiti nell'IRAP, mentre circa 40 mila miliardi venivano direttamente dal bilancio dello Stato e dai ticket.

In termini storici, è da notare che il contributo fornito dal bilancio pubblico al finanziamento del sistema sanitario nazionale è cresciuto dal 1990 al 1996 di circa 7 mila miliardi, mentre il prelievo sul costo del lavoro nella produzione è passato da circa 36 mila miliardi ad oltre

51 mila miliardi nel 1996. In sostanza, la sanità è sempre più finanziata direttamente dal sistema delle imprese e dai cittadini, sempre meno dalla fiscalità generale. Nonostante tale crescita delle risorse, il sistema non riesce a raggiungere un equilibrio finanziario: ai debiti ancora scoperti delle gestioni ante 31 dicembre 1994, che ammontano a 3.425 miliardi, si sono aggiunti disavanzi pari a circa 1.300 miliardi nel 1995, circa 3.300 miliardi nel 1996 ed in ultimo 8.628 miliardi nel 1997, come indica la relazione generale sulla situazione del paese nel 1997.

Tale situazione finanziaria, già pesante, rischia di aggravarsi ulteriormente nella prospettiva dei rinnovi contrattuali del settore nella prossima stagione; il costo del personale nella sanità, infatti, incide fortemente sul totale della spesa (dai 31 mila miliardi del 1990 ai 43 mila del 1996, mentre nel 1997 il costo ha superato i 47 mila miliardi di lire, con un'incidenza del 44 per cento sul totale). A fronte del quadro preoccupante che ho fin qui delineato, non sembra parallelamente svilupparsi una consapevolezza politica della situazione di emergenza in cui versa la sanità italiana e dei rischi finanziari cui andrà incontro nei prossimi anni. Il Governo è intenzionato a proseguire essenzialmente sulla via della manutenzione del sistema, adottando misure che si fondano soprattutto sul principio del razionamento delle prestazioni, su diverse forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini utenti, sulla delega finanziaria alle regioni per l'eventuale reperimento diretto dalle imprese delle ulteriori risorse finanziarie che inevitabilmente dovranno essere assicurate al sistema sanitario nazionale.

Se si escludono le proposte della commissione Onofri per la riforma del *welfare*, stenta a farsi strada un serio ed approfondito dibattito in grado di proporre il necessario riesame del governo della sanità italiana e del suo sistema di finanziamento. Il caso del sanitemetro, per esempio, è indicativo degli obiettivi di riforma che si intendono perseguire e della qualità delle proposte. Non è infatti

nostro intendimento contestare l'introduzione di nuove modalità di partecipazione alla spesa sanitaria, o di esenzione per le diverse categorie di utenti; è anzi nostra profonda convinzione che sia possibile fornire, in misura maggiore, prestazioni sanitarie gratuite a tutti. Ma è preoccupante che si pensi che sia possibile perseguire una maggiore equità ed efficienza del sistema unicamente con l'introduzione del « sanitometro », senza che questo venga accompagnato da una profonda riforma del sistema che vada ad incidere sulle vere cause di inefficienza della sanità e che proponga nuove forme di finanziamento sostenibili nel tempo.

Il sistema sanitario italiano nel suo complesso sta perdendo sempre più in equità, a danno soprattutto delle fasce più deboli della popolazione, nonostante proprio l'equità e l'universalismo fossero il cardine della riforma degli anni settanta. L'inefficienza del sistema ha generato già oggi un meccanismo a due velocità, in cui le fasce più abbienti sono le uniche in grado di accedere ad una sanità privata, laddove non arrivi il sistema sanitario nazionale.

A livello legislativo, le riforme che si sono succedute in questi ultimi decenni ancora oggi devono essere pienamente attuate. Allo stesso tempo, non si è mai smesso di adottare misure « tampone », dettate unicamente da esigenze di cassa, ma senza alcun obiettivo di incidere sulle cause di fondo dello squilibrio fra risorse e costi del sistema.

Lo Stato, invece di operare un'azione di regolamentazione e di controllo, intende gestire direttamente l'erogazione e la produzione del servizio, mantenendo il monopolio della gestione delle risorse finanziarie. Si fa così confusione tra sistema di pubblica utilità e gestione pubblica del sistema.

I timidi processi di decentramento, autonomia e deburocratizzazione avviati con la riforma Amato subiscono una profonda inversione di tendenza, alla luce delle modeste e controproducenti proposte di riordino, cioè di questa legge delega che

il Governo ha presentato in Parlamento, e che puntano ad un ulteriore rafforzamento centralistico del sistema.

La riforma fiscale realizzata con l'introduzione dell'IRAP non rappresenta una soluzione ai problemi finanziari, soprattutto perché impone sempre più che il finanziamento di un settore inefficiente sia a carico della produzione, senza introdurre sufficienti meccanismi premianti l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari.

Occorre quindi cambiare, ma non secondo i principi centralistici del ministro Bindi. E vediamo come bisognerebbe cambiare, come bisognerebbe fare una vera riforma sanitaria.

Innanzitutto, l'efficienza del sistema non può essere perseguita per decreto, ma solo attraverso l'introduzione graduale di elementi di concorrenza e di liberalizzazione sia nella fase di produzione delle prestazioni sia in quella di gestione delle risorse destinate alla copertura pubblica. Tutti i cittadini devono avere la medesima copertura sanitaria e il costo di questa copertura deve essere posto a carico della fiscalità generale solo per le fasce riconosciute più deboli dallo Stato, ricomprendendo in questo termine sia le condizioni economiche sia quelle relative a gravi patologie croniche. La gran parte dei cittadini deve partecipare al costo della sanità utilizzando sia parte delle risorse oggi assorbite dall'IRAP sia quelle che oggi le famiglie volontariamente destinano fuori del sistema pubblico. È necessario garantire ai cittadini utenti una libertà di scelta tra i diversi soggetti produttori accreditati fra i soggetti gestori. Deve essere rafforzata la pubblica utilità del sistema sanitario, ma va completamente rivisto il ruolo del pubblico, da produttore e gestore del servizio a regolatore e controllore del sistema.

Vanno introdotte forme di mutualità obbligatorie che consentano ad una pluralità di enti di concorrere nella gestione dei fondi sanitari. Va accelerato concretamente il processo di aziendalizzazione delle strutture pubbliche, per renderle effettivamente responsabili sotto il profilo economico. In parallelo esse vanno libe-

rate dall'insieme dei vincoli gestionali di tipo burocratico ed amministrativo oggi esistenti.

Occorre procedere ad un rafforzamento della domanda, agendo soprattutto sotto il profilo dell'informazione, al fine di diffondere tutte le opportunità esistenti. Occorre anche prevedere che per tutto il personale della sanità il rapporto di lavoro si trasformi gradualmente in un rapporto privatistico.

Occorre riordinare e rilanciare il sistema della ricerca biomedica e farmacologica, in stretta concorrenza con il riordino del sistema di ricerca nazionale in atto.

È necessario che i medici conoscano i danni prodotti dalla policlassia medicamentosa, che genera malattie di origine dietrogena, evitando le prescrizioni dei protocolli diagnostici e terapeutici del Ministero della sanità, che rendono il medico uno scribacchino e non riducono la spesa farmaceutica; infatti chi non può comprarsi le medicine da privato va a ricoverarsi negli ospedali (così oltre alle medicine spendiamo 700 mila lire al giorno di ricovero).

Nella sanità italiana esiste un blocco articolato e diffuso di interessi, che ha l'obiettivo di mantenere la situazione esistente e di contrastare ogni tentativo di innovare il sistema.

L'Italia si trova oggi a dover affrontare la crisi del modello di Stato sociale basato sulla diretta erogazione di servizi e di prestazioni sanitarie da parte dello Stato e finanziato da una pressione fiscale troppo elevata per essere aumentata in futuro. L'alternativa non è il modello americano, una linea lontana dalle tradizioni e dalla cultura europea, perché lascia un grande numero di cittadini privi di qualunque copertura finanziaria. Tuttavia l'Europa si sta rendendo conto che è giunto il momento di avviare un'approfondita riflessione sul ruolo e sulle responsabilità che ogni cittadino deve avere verso se stesso (piuttosto che puntare esclusivamente su quello che lo Stato deve fare per gli individui). In altre parole, va costruito un nuovo universalismo sostenibile. Senza profondi cambiamenti, il ri-

schio cui andiamo incontro nei prossimi cinque anni è di trovarci con un sistema sanitario pubblico sempre meno in grado di tutelare i cittadini, a cominciare dai più deboli e dai più bisognosi.

Il ministro Bindi, invece, con i suoi principi inseriti in una legge delega senza l'apporto dell'opposizione, vuole una sanità centralista e statalista, riducendo gli operatori sanitari a meri scribacchini che devono fare la diagnosi ed ordinare le medicine ai pazienti, non secondo scienza e coscienza, ma secondo i cosiddetti protocolli diagnostici terapeutici preparati dal Ministero della sanità. I medici sono messi in conflittualità e non vengono retribuiti per il merito e per obiettivi, ma a seconda delle ore di servizio. Con l'incompatibilità saranno cacciati dal pubblico i medici più anziani, con maggiore preparazione ed esperienza; si faranno entrare i giovani medici, senza la possibilità di usufruire dell'esperienza dei più anziani.

Non si prevedono gli stessi diritti e doveri per il pubblico e per il privato accreditato. Dunque non si potrà avere una concorrenza nella qualità e lo Stato, invece di operare un'azione di regolamentazione e di controllo, gestirà direttamente l'erogazione e la produzione del servizio.

Il sistema sanitario viene irregimentato e controllato da agenzie del potere politico, con personaggi impreparati e messi lì per mantenere il clientelismo, l'affarismo e l'assistenzialismo politico.

Si dice che i cittadini debbano valutare i servizi, ma poi non si permette loro di accedere a quelli che reputano migliori.

Si crea conflittualità tra comuni e regioni sia nella programmazione, sia nella revoca del direttore generale, il quale per essere nominato deve frequentare un corso di formazione politica.

I progetti finalizzati delle ASL possono essere seguiti non da persone competenti, già strutturate nella sanità, ma da persone nominate consulenti, anche non laureate, ma con specifici requisiti politici.

L'accreditamento delle strutture private deve avvenire non secondo i bisogni delle regioni, ma secondo la volontà del ministro. Tutto, poi deve essere inqua-

drato nel piano sanitario nazionale, sempre redatto dai funzionari del Ministero, che si ispira, da una parte, a principi scontati come la definizione della salute e, dall'altra, all'autotutela dell'ampio blocco di interessi esistenti, al quale ancora una volta viene sacrificato l'interesse generale e del singolo utente. Farò solo un esempio: la definizione di efficienza data dal piano sanitario nazionale non fa riferimento a migliore prestazione a costo uguale oppure ad uguale prestazione a costo minore, ma parla di uso ottimale delle risorse. Questo è un principio che autorizza ogni arbitrio nella definizione assolutamente non oggettiva di uso ottimale.

Per non parlare, poi, dei criteri di riparto finanziario, secondo cui alle regioni più povere viene dato meno rispetto alle più ricche: i poveri sono dunque destinati a diventare sempre più poveri, tranne quelli di qualche regione governata dall'Ulivo e per la quale, quindi, si fa l'eccezione.

C'è di più: ad alcune regioni come la Calabria e, in generale, a quelle meridionali gestite dal polo il Governo ha destinato somme molto inferiori a quelle che spettavano loro.

Per non parlare, ancora, del disastro che il ministro provoca con questa legge nella medicina penitenziaria: non conoscendone la peculiarità, vuole distruggerla portandola nel sistema sanitario nazionale. Infine, non volendo risolvere il problema dell'età pensionabile, per la conflittualità esistente al suo interno, aumenta la conflittualità tra i medici ospedalieri e tra questi ed i medici universitari.

Per concludere, questa legge di riforma sanitaria, ideata e portata avanti dal ministro Bindi senza la collaborazione dell'opposizione, non è in grado di tutelare la salute dei cittadini, specie di quelli più deboli e bisognosi, i quali continueranno a pagare le prestazioni sanitarie in un sistema sanitario nazionale sempre più inefficiente ed inefficace. Questo perché nell'attuale Governo vi è un blocco articolato e diffuso che ha per obiettivo il

mantenimento della situazione esistente e che cerca di contrastare ogni tentativo di innovazione del sistema.

Ormai il ministro procede dritto come gli asini lungo la sua dissennata strada e, mentre Gelli e Cuntrera non accettano le sentenze giurisdizionali e scappano, il ministro stesso non si attiene ai pareri delle autorità dello Stato, come l'antitrust che ha chiaramente affermato che non viene tutelata la competitività e la concorrenza nella qualità.

Il ministro continua ad abusare e ad attentare alla salute degli italiani. Ma noi continueremo a sperare e a lottare per l'avvento di un Governo democratico e liberale che cambi veramente in senso migliorativo la salute e che ci faccia sentire liberi e artefici del nostro futuro e del nostro modo di vivere e di progredire fisicamente e moralmente (*Applausi*).

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

DOMENICO GRAMAZIO. Signor Presidente, posso sapere quanto tempo ho a disposizione per il mio intervento?

PRESIDENTE. Trenta minuti, onorevole Gramazio.

DOMENICO GRAMAZIO. Vorrei anzitutto rivolgere un ringraziamento — non voleva essere una battuta quella che ho fatto poc'anzi quando ho detto che la Commissione affari sociali sconta, diciamo così, sulla propria pelle l'inizio dell'esame dei provvedimenti che la riguardano, nelle giornate del venerdì o del lunedì; aggiungo che oggi siamo in pochi intimi, per cui potremmo metterci intorno ad un tavolo in tre o quattro per poter parlare di sanità — al ministro, perché la sua presenza quest'oggi è sicuramente una presenza qualificante per questo tipo di dibattito.

Riconosco al presidente Bolognesi (che ringrazio per il suo lavoro in Commissione, perché lo svolge normalmente e con capacità anche nei momenti più complessi), di rappresentare sicuramente un va-

lido momento di equilibrio all'interno della XII Commissione; lo ha dimostrato anche su questa legge di delega, dinanzi alla quale l'opposizione non può sicuramente dirsi convinta. Non può essere convinta, proprio perché il Governo nel suo complesso stabilisce di affrontare tematiche e problemi della massima importanza in questo modo.

Questo della sanità — non lo ricordo al ministro Bindi ma a me stesso — è uno di quei temi scottanti che si trovano — diciamo così — sul tavolo giornaliero. A tale riguardo ricordo i dibattiti televisivi quotidiani e gli scandali della malasanià. Ciò che avviene nelle strutture pubbliche convenzionate ogni giorno, costringe i magistrati ad intervenire e spesso a governare la sanità in assenza di direttori generali che hanno responsabilità precise, o in assenza di assessori alla sanità che pensano più a sistemare i propri amici di corrente e di gruppo che a pensare ad un utilizzo razionale della sanità sul territorio.

Sicuramente la delega è un atto che stravolge i rapporti parlamentari; li stravolge da una posizione di potere e di forza che ha la maggioranza nel momento stesso in cui avendo i numeri stabilisce la delega.

Ricordo quanto è avvenuto ieri in aula in occasione dell'esame della pregiudiziale presentata dal gruppo della lega; i numeri erano quelli che erano e quindi anche sulla pregiudiziale vi è stato un confronto tra le opposizioni e la maggioranza.

Non devo certo ricordare al ministro della sanità, che in questi giorni non è bersaglio, come solitamente avviene, della grande stampa di informazione (forse c'è un momento di maggiore tranquillità), che quanto avverrà sicuramente il 9 di questo mese, in occasione dello sciopero generale proclamato dalle organizzazioni sindacali di categoria all'interno delle strutture sanitarie, è un momento particolare: un momento che crea quell'eterno malumore che esiste tra l'utente della sanità e le strutture sanitarie. Un malumore che si

trasforma ogni giorno anche in una polemica interna nell'ambito delle stesse strutture ospedaliere.

Non voglio ricordare a me stesso che in questo mese, ma anche prima delle ferie estive, il più grande policlinico universitario di Europa è stato posto sotto sequestro dalla magistratura. È un atto di normale amministrazione sanitaria? No, tutt'altro!

Dinanzi a questo sequestro non abbiamo registrato un intervento concreto del ministro che poi, per quanto mi risulta, si è incontrato con l'assessore alla sanità, con il sindaco di Roma, per fare un programma su quelle che erano le situazioni vecchie, ormai ataviche, di una grande struttura che ogni giorno cura ed interviene su decine di migliaia di cittadini italiani e non solo di cittadini romani e del Lazio! Al policlinico Umberto I arrivano infatti ogni giorno i cittadini di ogni parte d'Italia.

Signor ministro, mi chiedo cosa sarebbe accaduto se la regione Lazio non fosse stata governata dalle forze dell'Ulivo e se non fosse stato assessore alla sanità ed alla salute l'assessore Cosentino, espressione della sinistra democratica. In tal caso sorse il ministro si sarebbe scaldato molto di più davanti alla sottoposizione a sequestro del policlinico. Forse avrebbe tenuto un atteggiamento analogo a quello avuto nel corso del braccio di ferro che vi è stato sui temi della sanità tra il ministro e la regione Lombardia. Ma quel comportamento non può essere additato ad esempio perché ci siamo trovati di fronte ad una gestione prima centralizzata e poi regionalizzata della sanità.

Al ministro spettano dei compiti specifici, che vengono riconfermati con questa delega che attribuisce al ministro stesso taluni poteri. Quante volte abbiamo sentito parlare, e il ministro lo sa, di sindaci che sul loro territorio sono in contrapposizione con le scelte territoriali compiute dalle regioni sui temi organizzativi della sanità? Quello che è in atto è, dunque, un conflitto permanente, del quale ci giunge notizia ogni giorno. Giorni

fa proprio l'assessore Lionello Cosentino, espressione dell'Ulivo in questa regione, ha criticato l'atteggiamento del Governo che non è intervenuto mantenendo gli impegni che aveva assunto nei confronti delle regioni. Queste si sentono a volte abbandonate dal potere centrale e a volte sono in contrapposizione con le scelte che si compiono in materia di sanità.

Non devo ricordare al ministro il *lapsus* in cui è caduta per quanto attiene al controllo della gestione sanitaria. Per farle un esempio le ricordo la risposta da lei data ad una interrogazione dell'onorevole Previti concernente l'ospedale Sant'Andrea. Lei rispose a quell'interrogazione sostenendo che le strutture dell'ospedale Sant'Andrea — certo, la responsabilità di una simile disinformazione non è sua, ma di qualcuno dovrà essere — aveva aperto ai fini di giugno una parte dei suoi ambulatori al piano terreno. Ebbene, mi son recato all'ospedale Sant'Andrea subito dopo aver ricevuto risposta a quella interrogazione e ho riscontrato che tale ospedale era chiuso. Ho dovuto chiamare il direttore sanitario della struttura ed il commissario straordinario dell'IFO per far aprire l'ospedale e per andare a vedere cosa realmente avvenisse in quella struttura che è costata all'erario ed a noi cittadini più di 270 miliardi. Infatti, si tratta di una grossa struttura totalmente attrezzata. Non so se lei l'ha vista, ma ci sono stanze e stanzette, organizzate al massimo con attrezzature tecniche che non sono mai state adoperate e che sono già vecchie pur non essendo mai state utilizzate.

Ebbene, in risposta all'interrogazione dell'onorevole Previti lei disse che la struttura era aperta, mentre non lo era. Di chi è la responsabilità? Dell'IFO? Del commissario dell'IFO che le aveva detto una bugia? Dell'assessore alla sanità che le aveva confermato una bugia, ma che sapeva, invece, che l'ospedale non era aperto?

L'interrogazione era stata presentata in giugno, lei ha risposto alla fine di giugno e io mi sono recato a visitare la struttura ai primi di luglio. Sono passati ancora dei

mesi ma non si sa cosa si voglia fare dell'ospedale Sant'Andrea. Eppure leggiamo quotidianamente sui giornali che si discute del trasferimento di posti letto della prima o della seconda università di Roma in un'altra struttura, quella del San Raffaele. Se ne parla, ma voglio ricordare al ministro che svariati anni fa il policlinico Umberto I venne fatto oggetto di una inchiesta giudiziaria che si occupava della questione dei cosiddetti « letti d'oro ». La regione, infatti, dava il suo contributo al policlinico Umberto I per dei posti letto che in realtà non esistevano.

Oggi si parla di trasferire 400 posti letto dal policlinico Umberto I alla struttura del San Raffaele o di trasferire la seconda università in una struttura lontana decine di chilometri dalla stessa. Voglio ricordare a me stesso che, mentre noi stiamo parlando, decine, migliaia di studenti della facoltà di medicina della seconda università di Roma sono sparsi per la città in varie strutture, dove seguono le lezioni. Invece, esiste ancora una cattedrale nel deserto, sulla quale si sta svolgendo in questi giorni anche una inchiesta giudiziaria, che si chiama policlinico della seconda università di Roma. Non esiste il policlinico della seconda università; non devo chiederlo a lei perché il contributo è del Ministero della pubblica istruzione, ma sicuramente anche lei è interessato direttamente alla soluzione di un problema che ormai si trascina ma non si risolve.

Non ci sono incontri sui grandi temi della sanità, come più volte abbiamo denunciato. Ieri nel corso del dibattito ho fatto una corsa all'ottavo congresso dell'associazione dei medici legali che chiedono di essere in qualche modo inseriti, secondo quanto stabilisce una legge nazionale, nelle commissioni per l'invalidità civile. Mi risulta che nel Lazio ci sono decine e decine di medici che fanno parte delle strutture sanitarie pubbliche che non sono inseriti in quelle commissioni. È un eterno conflitto di competenze.

Si corre dietro alle nomine, poi intervengono i ricorsi: a Roma, per esempio, l'assessore regionale Cosentino ha nomi-

nato commissari straordinari due direttori generali che erano stati bocciati dal TAR del Lazio perché non avevano i requisiti. Proprio uno di loro il 29 settembre è stato dichiarato decaduto da parte del Consiglio di Stato perché non aveva i requisiti per essere nominato direttore generale del San Camillo-Forlanini, la più grande struttura ospedaliera pubblica d'Europa. Quando questi direttori generali furono nominati, il vicepresidente della Commissione sanità della regione Lazio, Tommaso Luzi di alleanza nazionale, denunciò che alcuni non avevano i requisiti per quegli incarichi e ci fu anche una mia interrogazione. Attendevo risposta ma non l'ho avuta e, a seguito di denunce di alcuni cittadini, è intervenuto il Consiglio di Stato ed ha cancellato la nomina.

Alcuni giorni fa sono stati destituiti alcuni direttori perché non vicini alle posizioni politiche dell'Ulivo nel Lazio. Per esempio il direttore generale dell'ASL G, dottor Cirilli, è stato sostituito perché non andava d'accordo con un consigliere regionale della sinistra democratica che faceva sicuramente pressioni politiche.

Se la sanità si governa anche in questo modo, se i direttori generali — che hanno poteri di vita o di morte sulle strutture, sono ben pagati per quello che fanno e naturalmente rispondono a qualcuno — fanno poi quello che vogliono, ci troviamo di fronte ai conflitti permanenti.

Lei sa che quando il 29 mattina è arrivata la notizia che il dottor Clini era stato bocciato dal Consiglio di Stato tutti i sindacati, anche quelli vicini alla sua parte politica, hanno brindato in tutti i reparti dell'ospedale San Camillo-Forlanini? Tutti erano contenti che il direttore generale, nominato dall'assessore Cosentino e poi rinominato commissario, cadeva.

Un altro invece che sarebbe dovuto decadere, il dottor Pugliese di Frosinone, è stato invece riconfermato nella propria struttura perché il Consiglio di Stato ha riconosciuto valida la nomina.

Davanti al caos generale della sanità, davanti alle responsabilità che nel comparto della sanità esistono, lei, signor

ministro, invece di aprire un dibattito attento con le varie forze politiche, preferisce (probabilmente non si tratta tanto di lei, ma dell'intero Governo) la legge delega per nascondersi dietro la sua maggioranza e per tentare di fare ciò che il 9 ottobre prossimo faranno i medici, cioè lo sciopero generale.

Ho sempre sostenuto la necessità di far inserire nella sanità i giovani medici; quando sento di centinaia, di migliaia di giovani medici che escono dalle università, che cercano un'occupazione e per i quali le famiglie hanno certamente sostenuto dei sacrifici...

MARIDA BOLOGNESI, *Relatore*. Questo c'è nella delega.

DOMENICO GRAMAZIO. ...non posso fare a meno di pensare che costoro non entreranno mai nel campo della sanità, a causa della contrapposizione tra i vecchi che vi operano ed i nuovi che vorrebbero entrarvi. Qualcuno ripete la necessità di adottare il numero chiuso nelle facoltà di medicina, ma poi scattano le denunce ed i ricorsi contro il numero chiuso. Inoltre, può capitare, come è accaduto a me in un viaggio organizzato dall'Unione interparlamentare in Sudafrica, di incontrare moltissimi nostri giovani medici che operano in strutture ospedaliere all'avanguardia e che dimostrano valida, validissima professionalità. Ciò significa che noi cacciamo, facciamo allontanare giovani e non più giovani medici che hanno capacità, che vanno all'estero, che sono ottimi ricercatori e poi all'interno delle nostre strutture sanitarie succede quello che succede: si muore in un reparto perché in quel momento il medico non era presente, perché nel turno di notte di quella grande struttura ospedaliera (di cui non voglio fare il nome, perché è un'ottima struttura) il medico si trovava al piano superiore, l'infermiere è corso ma non è riuscito a salvare una vita umana.

Ritengo che davanti ai temi della sanità non vi debba essere, signor presidente della Commissione, una contrapposizione tra maggioranza ed opposizione.

MARIDA BOLOGNESI, *Relatore*. Di questo non mi ero accorta...

DOMENICO GRAMAZIO. Dico che, davanti a questi temi (non è un'appello che rivolgo al presidente della Commissione), bisognerebbe avere il coraggio di istituire un tavolo, di confrontarsi e trovare le soluzioni. Sicuramente, caro ministro, la legge delega non è, non può essere una soluzione, e penso che la rivolta delle strutture ospedaliere pubbliche che avrà luogo il prossimo 9 ottobre sia sicuramente un sintomo di questa situazione.

Ridurre del 30 per cento lo stipendio dei medici delle strutture pubbliche in ragione di che? Di una maggiore funzionalità? Sarei contentissimo se, a seguito della riduzione degli stipendi, si conseguissero maggiore funzionalità e capacità, ma tutto ciò non avverrà, anzi, vi sarà un conflitto permanente interno che danneggerà ulteriormente la sanità pubblica. Se non fosse lei, onorevole Bindi, il ministro della sanità, potrei addirittura pensare che certe volte si faccia qualcosa per indebolire la sanità pubblica e rafforzare quella privata; questo non vale per lei, ma sicuramente in qualche ufficio di qualche ministero o in qualche testa d'uovo della sanità ogni tanto una lampadina in questo senso si accende. Ribadisco che l'argomento non è valido nei suoi riguardi, perché conosco non voglio dire il suo odio, ma la sua contrapposizione rispetto a certe scelte della sanità privata, anche ricordando ciò che lei fece nei confronti del piano sanitario regionale della Lombardia, che metteva sullo stesso livello la sanità pubblica e quella privata.

Quindi, so bene che lei si attesta su una linea di difesa della sanità pubblica, ma si adoperi realmente in questo senso, signor ministro, si adoperi con concretezza perché, quando lei vuol fare cose concrete, riesce a farle, ne sono convinto. Eppure talvolta, spinta forse da posizioni politiche integraliste nel campo della sanità, lei si trova a difendere altre posizioni che non coincidono con i reali interessi della sanità. E la delega — lo ripeto — per la mia parte politica, alleanza nazionale,

ma credo di poterlo affermare per l'intero Polo delle libertà, non è una soluzione. Sull'attuazione della legge n. 833 e dei decreti n. 502 e n. 517 dovrebbe esservi un confronto più aperto, non dico un referendum, un istituto ormai scaduto, ma sarebbe interessante verificare cosa all'intero delle strutture sanitarie gli operatori pensino realmente della situazione degenerata della sanità nel nostro paese.

E lei dispone degli strumenti, dei modi e dei termini per poter salvare la sanità dal suo declino. Vi sono innanzitutto tecnici, medici ed operatori sanitari capaci che dovrebbero essere collocati al posto giusto nel momento giusto, invece di continuare a fare le contrapposizioni che si fanno.

Qualche volta in Commissione abbiamo affermato che la sanità non va governata dai pretori o dai giudici: deve essere sicuramente così! Perché i pretori ed i giudici intervengono? Quando vi è un vuoto in un determinato settore, signor ministro; quando non si risponde alle esigenze della gente, ed allora si pensa giustamente a difendere i propri interessi nella propria struttura.

Che fine faranno allora i 117 ospedali denunciati dalla Commissione senatoriale che ha indagato sulle strutture ospedaliere pubbliche, nell'altra legislatura? Quella denuncia è rimasta lettera morta! Quelle strutture ospedaliere continuano ad essere delle « mangia soldi » della sanità pubblica? Si seguita ad investire nel « campanile sanitario » senza coordinare sul territorio le scelte?

Anche lei, signor ministro, ha sicuramente una responsabilità al riguardo. Lei dice di no, perché la scarica tutta sulle regioni, sugli assessori regionali o sulle aziende ospedaliere. Non la può però scaricare sui sindaci, che su questo campo sicuramente non partecipano alla trattativa e sono in contrapposizione — come dicevo all'inizio — a queste scelte.

Voglio concludere il mio intervento esprimendo la nostra ferma e dura protesta contro questo decreto e contro questa delega che non affronta i temi e gli argomenti che sono sul tappeto della

sanità. Sono convinto che, quando ci si nasconde dietro al decreto delegato, vi è un motivo: quello di non confrontare le proprie idee con quelle dell'opposizione. Non voglio essere qui il difensore estremo di scelte che debbono essere in contrapposizione ad altre; devo però rivolgere — come ho fatto ripetutamente per quel che riguarda la sanità del Lazio — un appello ai tecnici e agli operatori sanitari di riunirsi attorno ad un tavolo « triangolare », con la presenza dei rappresentanti dell'università di Roma, dell'assessorato regionale alla sanità e del comune di Roma, per discutere l'organizzazione sanitaria.

Come ricordava pochi giorni fa in una intervista il dottor Fatarella, che è commissario, direttore generale e « difensore dei sigilli » del magistrato per la struttura del Policlinico, lei ha promesso l'erogazione di contributi straordinari per rimettere in piedi la struttura del Policlinico. Siamo contenti se lei ha fatto queste promesse, ma vogliamo che vi sia trasparenza negli appalti e sapere che cosa si verifica in quelle strutture. Senza andare indietro nei tempi, mi risulta che furono già investiti dei soldi dall'università di Roma in quella struttura; ma tutto rimase uguale !

Signor ministro, invece di un decreto predisposto in questo modo, occorre dar vita ad un confronto con gli operatori della sanità per giungere ad un incontro e — se è necessario — ad uno scontro sui temi: la invito però a lavorare assieme per ricreare una sanità a misura d'uomo e a livello europeo !

PRESIDENTE. Constato l'assenza dell'onorevole Cè, 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 delle modificazioni introdotte dal Senato.

Prendo atto che il relatore ed il rappresentante del Governo rinunziano a replicare.

Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Stralcio di disposizioni dal disegno di legge finanziaria, ai sensi dell'articolo 120, comma 2, del regolamento.

PRESIDENTE. Comunico, ai sensi del comma 2 dell'articolo 120 del regolamento, le decisioni in merito al contenuto del disegno di legge finanziaria.

Ricordo in proposito che la Commissione bilancio, nella seduta del 1° ottobre, ha espresso il seguente parere:

1. per quanto riguarda i 33.267 miliardi per anticipazioni agli enti previdenziali, al netto dei quali viene determinato il limite massimo del saldo netto da finanziare, ai sensi del comma 1 dell'articolo 1, si tratta di un'operazione assimilabile a quella concernente le regolazioni debitorie, con effetti nulli sul fabbisogno di cassa;

2. per quanto riguarda l'accantonamento di fondo speciale di conto capitale iscritto nella tabella B allegata al disegno di legge finanziaria, nella rubrica relativa al Ministero delle finanze, che per l'importo di 3.000 miliardi per il 1999 offre copertura all'articolo 1 del disegno di legge collegato, concernente la restituzione del contributo straordinario per l'Europa, l'operazione configura una mera partita di giro fra i due strumenti della manovra di bilancio che si può considerare non essenziale. Infatti, in considerazione della particolare natura, di conto capitale, della restituzione, avente carattere di *una tantum*, l'operazione, correttamente, non è stata contabilizzata nel prospetto di copertura degli oneri correnti. Per quanto riguarda, invece, gli importi destinati a regolazioni debitorie iscritti sul fondo speciale di parte corrente sotto la rubrica relativa al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, esse configurano una mera conferma di quanto già previsto dalla legislazione vigente, ed in particolare dalla legge n. 450 del 1997 (legge finanziaria per il 1998);

3. per quanto concerne gli ultimi due periodi del comma 7 dell'articolo 2, essi, pur essendo sostanzialmente assimilabili alle disposizioni contenute nella restante

parte del comma, configurano nondimeno una normativa di spesa di carattere sostanziale che, come tale, trova una sua più naturale collocazione nell'ambito del provvedimento collegato.

Sulla base delle precedenti considerazioni e osservazioni, la Commissione bilancio

RITIENE

che l'accantonamento di fondo speciale di conto capitale iscritto nella tabella B allegata al disegno di legge finanziaria, sotto la rubrica Ministero delle finanze, debba essere ridotto — con i conseguenti adeguamenti relativi al totale della tabella ed al prospetto di copertura finanziaria — per importi corrispondenti all'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 7, del disegno di legge collegato, in quanto l'operazione è già scontata nei saldi e non necessita di una specifica clausola di copertura;

che le disposizioni degli ultimi due periodi del comma 7 dell'articolo 2 risultino estranee al contenuto proprio della legge finanziaria, come disciplinato dalla legge di contabilità dello Stato, e più opportunamente collocabili — con i conseguenti adeguamenti relativi al totale della tabella ed al prospetto di copertura finanziaria — all'interno del provvedimento collegato;

che il restante contenuto del disegno di legge finanziaria sia conforme ai requisiti previsti in materia dalla legge di contabilità dello Stato. Per quanto attiene in particolare alla copertura degli effetti sulla spesa di parte corrente, prescritta dal comma 5 dell'articolo 11 della legge n. 468 del 1978, come modificato dalla legge n. 362 del 1988, essa allo stato degli accertamenti effettuati sussiste secondo il prospetto di copertura allegato, a condizione che i disegni di legge collegati vengano approvati prima del disegno di legge finanziaria mantenendo inalterati, nel corso dell'iter parlamentare, gli effetti quantitativi indicati nella finanziaria medesima e riportati nel medesimo prospetto di copertura.

Alla luce del parere della V Commissione, la Presidenza fa presente che:

per quanto riguarda la questione relativa all'accantonamento di fondo speciale di conto capitale iscritto nella tabella B allegata al disegno di legge finanziaria, nella rubrica relativa al Ministero delle finanze, essa potrà essere risolta dalla V Commissione direttamente nel corso dell'esame in sede referente, non facendosi riferimento nel parere a profili di estraneità rispetto al contenuto proprio del disegno di legge finanziaria come previsto dalla legge di contabilità dello Stato;

per quanto riguarda le disposizioni di cui al secondo ed al terzo periodo del comma 7 dell'articolo 2, la Presidenza ne condivide la valutazione di estraneità rispetto al contenuto proprio del disegno di legge finanziaria, trattandosi di una disciplina di proroga, che dà luogo ad una norma di carattere sostanziale. Tali disposizioni sono pertanto stralciate dal disegno di legge finanziaria ai sensi dell'articolo 120, comma 2, del regolamento e saranno oggetto di un autonomo progetto di legge, che sarà assegnato alla Commissione competente.

Assegnazione alla Commissione bilancio in sede referente del disegno di legge del bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1999 e bilancio pluriennale per il triennio 1999-2001, del disegno di legge finanziaria e di un disegno di legge collegato alla manovra di finanza pubblica.

PRESIDENTE. Comunico che a norma del comma 1 degli articoli 72 e 120 del regolamento, i seguenti disegni di legge sono deferiti alla V Commissione permanente (Bilancio), in sede referente, con il parere delle Commissioni I, II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII e XIV:

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1999 e bilancio pluriennale per il triennio 1999-2001» (5188);

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1999) » (5266-*bis*).

A norma del comma 1 degli articoli 72 e 123-*bis* del regolamento, il seguente disegno di legge collegato alla manovra di finanza pubblica è deferito alla V Commissione permanente (Bilancio), in sede referente, con il parere delle Commissioni I, II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII e XIV:

« Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo » (5267).

I termini per l'esame in sede consultiva e in sede referente dei disegni di legge sopra indicati, sono fissati, rispettivamente, al 12 ottobre e al 26 ottobre 1998.

Annunzio della trasmissione della prima Nota di variazioni al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1999 e bilancio pluriennale per il triennio 1999-2001.

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente del Consiglio dei ministri ha trasmesso alla Presidenza la prima « Nota di variazioni al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1999 e bilancio pluriennale per il triennio 1999-2001 » (5188-*bis*).

Il documento è stato distribuito e trasmesso alla V Commissione permanente (Bilancio).

Ordine del giorno della prossima seduta.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della prossima seduta.

Lunedì 5 ottobre 1998, alle 15,30:

1. — *Discussione del disegno di legge:*

S. 3014 - Ratifica ed esecuzione del Trattato di amicizia e collaborazione tra

la Repubblica italiana e il Kazakistan, fatto a Almaty il 5 maggio 1997 (*Approvato dal Senato*) (4777).

— *Relatore:* Danieli.

(Articolo 79, comma 15, del Regolamento).

2. — *Discussione della proposta di legge:*

DE SIMONE ed altri: Modifiche alla legge 31 marzo 1998, n. 73, recante disposizioni per accelerare la realizzazione del programma di metanizzazione del Mezzogiorno, gli interventi nelle aree depresse, nonché il completamento dei progetti FIO (5039).

— *Relatore:* De Simone.

3. — *Discussione dei documenti:*

Proposta di regolamento della Giunta delle elezioni (Doc. II-*bis* n. 1-A).

Proposta di modificazione degli articoli 3, 17 e 17-*bis* del Regolamento (disposizioni in materia di verifica dei poteri) (Doc. II n. 28).

— *Relatori:* Armaroli e Grimaldi.

4. — *Discussione della mozione in materia di importazione di fiori dalla Colombia* (Anghinoni ed altri n. 1-00312).

La seduta termina alle 11,05.

ERRATA CORRIGE

Nel resoconto stenografico della seduta del 1° ottobre 1998, a pagina II dell'indice, prima colonna, quinta riga, le parole « *con modificazioni* » devono intendersi soppresse.

IL CONSIGLIERE CAPO
DEL SERVIZIO STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. PIERO CARONI

Licenziato per la stampa alle 13,10.