

confronti dei cittadini. Non siamo disposti a prestarci alla ridicola messa in scena di un voto che serve solo alla Lega per la sua campagna elettorale, per sventolare una patetica e ridicola bandiera ideologica.

Il nostro voto contrario, o la non partecipazione ad esso, sia di monito a chi, purtroppo, ha accettato di soggiacere a questo ricatto e anche a chi, in dispregio alla riforma della scorsa legislatura — sancita dal voto referendario —, si accinge a stravolgere l'attuale impianto costituzionale, anziché attuarlo e valorizzarlo nelle sue straordinarie potenzialità di rinnovamento istituzionale.

Per concludere, signor Presidente, al federalismo ideologico, da una parte, ed alle rinascenti tentazioni centralistiche, dall'altra, che convivono entrambe nell'attuale maggioranza del centrodestra, noi preferiamo il federalismo possibile che è anche un federalismo equilibrato, cooperativo e solidale, nell'interesse dell'Italia e del ruolo dell'Italia in Europa (*Applausi dei deputati del gruppo Misto-Verdi-l'Ulivo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Saponara. Ne ha facoltà.

MICHELE SAPONARA. Signor Presidente, come i deputati dei gruppi della Lega, di Alleanza nazionale e dell'UDC, anche quelli di Forza Italia esprimeranno un voto favorevole sul disegno di legge costituzionale, approvato in prima deliberazione dal Senato della Repubblica, contenente modifiche dell'articolo 117 della Costituzione. Faccio miei, inoltre, gli argomenti esposti dai colleghi Nespoli, D'Alia e Dussin (*Applausi dei deputati dei gruppi di Forza Italia e di Alleanza nazionale*).

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

***(Votazione finale e approvazione
— A.C. 3461)***

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione finale.

Indico la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sul disegno di legge costituzionale n. 3461, di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Ciascuno voti per sé.

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Applausi dei deputati del gruppo della Lega nord Padania*) (*Vedi votazioni*).

« S. 1187 — Modifiche dell'articolo 117 della Costituzione (*approvato, in prima deliberazione, dal Senato*) » (3461):

| | |
|------------------------------|-----|
| <i>(Presenti</i> | 282 |
| <i>Votanti</i> | 275 |
| <i>Astenuti</i> | 7 |
| <i>Maggioranza</i> | 138 |
| <i>Hanno votato sì</i> | 272 |
| <i>Hanno votato no</i> | 3 |

Sono in missione 40 deputati.

Sull'ordine dei lavori (ore 21,03).

GERARDO BIANCO. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GERARDO BIANCO. Signor Presidente, venerdì scorso ho presentato un'interrogazione, dopo aver saputo che i bombardamenti in Iraq hanno sollevato gravi questioni sul problema della tutela dei beni culturali in quel paese. Vorrei ricordare che in Italia era stato affidato il compito di affrontare i problemi inerenti alla suddetta tutela a due grandi studiosi italiani.

Vorrei chiedere al Governo, considerato che domani si recherà in aula, di fornirci una risposta anche in merito al problema molto delicato di inviare questi due illustri studiosi, i professori Pettinato e Bullini in Iraq, per verificare cosa sia accaduto dopo i bombardamenti ed i vandalismi compiuti.

PRESIDENTE. Onorevole Gerardo Bianco, le sue parole credo possano essere benissimo lo specchio dello stato di apprensione per i beni culturali in quel paese che riguarda tutta la Camera. Pertanto, mi associo anch'io alle sue parole e riferirò al Governo, nell'ambito delle azioni che si potranno, si dovranno intraprendere, il monito che lei questa sera ha espresso in quest'aula.

Ordine del giorno della seduta di domani.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di domani.

Martedì 15 aprile 2003, alle 9:

1. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

S. 2015 — Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 febbraio 2003, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia di contributi in favore delle attività dello spettacolo (*Approvato dal Senato*) (3800).

— *Relatore:* Licastro Scardino.

2. — *Seguito della discussione della proposta di legge:*

PISAPIA; PALMA ed altri; VITALI: Modifiche al codice di procedura penale in materia di applicazione della pena su richiesta delle parti (*Approvata, in un testo unificato, dalla II Commissione permanente della Camera e modificata dal Senato*) (718-1423-1488-C).

— *Relatore:* Ghedini.

3. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

S. 1545 — Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (*Approvato dal Senato*) (3590-A).

— *Relatore:* Cristaldi.

4. — *Seguito della discussione del testo unificato delle proposte di legge:*

CRAXI ed altri; BUEMI ed altri; CICCHITTO e SAPONARA; VOLONTÈ ed altri; BOATO; SODA e CALDAROLA: Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli illeciti rapporti tra sistema politico e sistema economico-finanziario e sull'uso politico della giustizia (1427-1867-2019-2332-2343-2354/A).

— *Relatori:* Palma (*per la I Commissione*) e Fragalà (*per la II Commissione*).

5. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

Norme sulla libertà religiosa e abrogazione della legislazione sui culti ammessi (2531-A),

e delle abbinate proposte di legge: SPINI ed altri; MOLINARI (1576-1902).

— *Relatore:* Bondi.

(ore 10,40)

6. — Comunicazioni del Governo in merito ad un intervento di emergenza umanitaria in Iraq.

La seduta termina alle 21,05.

TESTO DELL'INTERVENTO DEL DEPUTATO PATRIZIA PAOLETTI TANGHERONI SULL'ORDINE DEI LAVORI, IN RIFERIMENTO A QUANTO VERIFICATOSI DI RECENTE A CUBA

PATRIZIA PAOLETTI TANGHERONI. Presidente, vorrei comunicarle che anche da parte della maggioranza in III Commissione (Esteri) è stata presentata una interrogazione a risposta immediata, per stigmatizzare i gravi episodi repressivi attualmente in atto a Cuba.

L'interrogazione non prendeva ancora in considerazione l'esecuzione di tre cu-

bani fucilati dopo nove giorni dal loro tentativo di fuga verso gli Stati Uniti d'America.

Su questo episodio è stata presentata da me e da molti altri colleghi deputati una mozione per essere sottoposta all'approvazione da parte dell'Assemblea.

TESTO INTEGRALE DELLA DICHIARAZIONE DI VOTO DEL DEPUTATO GIUSEPPE PETRELLA SULL'EMENDAMENTO MARONE 1.28 AL DISEGNO DI LEGGE COSTITUZIONALE N. 3461

GIUSEPPE PETRELLA. Onorevoli colleghi, non vi è dubbio che, in Italia, sia stato opportuno e doveroso un ulteriore trasferimento di poteri dal centro alle regioni per dar concreto seguito, anche nell'ordinamento di settore dei servizi sanitari, alle tendenze di decentramento e sussidiarietà delineate, nella scorsa legislatura, dalle varie riforme dell'organizzazione pubblica che si sono orientate verso la regionalizzazione dei poteri pubblici, dapprima con le leggi «Bassanini» e le attuazioni ad esse connesse, e, successivamente, attraverso gli interventi di revisione costituzionale dell'ordinamento territoriale della Repubblica recepiti nella legge costituzionale n. 1 del 1999 e nella riforma complessiva del titolo V della Costituzione.

Nel momento in cui affrontiamo un tema così delicato e importante per tutti i cittadini, com'è quello della sanità pubblica o, meglio, di ciò che diventerebbe la sanità pubblica alla luce della cosiddetta devoluzione, vorrei ricordare alcuni principi, tra l'altro presenti nel nostro dettato costituzionale, che sembrano oggi appannarsi nell'azione del Governo. Ed allora, onorevoli colleghi, vorrei ricordare come il rapporto per il 1999 dell'Organizzazione mondiale della sanità sostenga l'importanza di adottare da parte dei sistemi sanitari il criterio di un «nuovo universalismo», in grado di offrire garanzie di accesso gratuito o a bassissimo costo alle cure essenziali per tutte e per tutti. Il nostro sistema, a partire dalla legge n. 833 del 1978, non è certo nuovo a questo

principio e alla stessa esigenza di riduzione della spesa pubblica. D'altro canto, un sistema sanitario pubblico caratterizzato dalla volontà di rendere disponibili prestazioni essenziali ed appropriate in modo uniforme alle proprie cittadine e ai propri cittadini non può non fare i conti con il problema delle risorse, da un lato definendo qualitativamente e quantitativamente queste prestazioni e dall'altro mettendo in campo delle politiche in grado di contenere una crescita non giustificata della domanda. Domanda che, in sanità — occorre ricordarlo — è in gran parte determinata dal sistema dell'offerta.

Noi abbiamo sostenuto e promosso le posizioni a sostegno del federalismo in sanità, basate, in larga misura, sulla analisi degli elementi di natura economico-finanziaria, ovvero sulla constatazione che i fondi sanitari costituiscono gran parte dei bilanci regionali. Certamente questo è un elemento fondante e sicuramente giustifica l'aspirazione delle regioni a non avere vincoli sulle destinazioni e sulle modalità d'uso di una parte preponderante dei loro bilanci, ma noi non abbiamo ridotto l'opzione federalista ad una pura accentuazione del ruolo delle regioni in materia di scelte economiche. Per la sanità ciò appare assolutamente fuorviante.

Onorevoli colleghi, non è qui oggi in discussione la validità dei modelli regionali che hanno, proprio alla luce delle nostre iniziative in tema di federalismo, potuto svilupparsi. Non è cioè in discussione se sia più valido il cosiddetto modello lombardo, dove la sussidiarietà è intesa nel senso di un progressivo abbandono della posizione monopolistica del pubblico nella produzione di servizi e prestazioni per la salute, o il modello emiliano, dove il federalismo ha un suo significato come ambito e opportunità per una qualificazione della funzione di scelta da parte dei ruoli di governo della sanità. Oggi stiamo affrontando una proposta di legge del Governo che rompe il sistema nazionale basato sulla solidarietà ed su uguali garanzie per tutti i cittadini della Repubblica e si orienta pericolosamente verso la produzione di sistemi sanitari tra loro diversi

e che diversificano i diritti a seconda dei luoghi geografici di appartenenza. Inoltre, vorrei dirlo come inciso, l'evoluzione verso il sistema proposto dal Governo produrrà, inevitabilmente, una tendenza a creare nuovi centralismi in capo alle regioni.

Altro occorrerebbe fare. Occorre ripercorrere compiutamente il dibattito sul federalismo, sgombrando il campo dalla cosiddetta devoluzione, che, tra l'altro, riproporrà gli stessi difetti ascrivibili al servizio sanitario nazionale con una variazione di scala, e ponendo l'accento e l'azione di governo su una vera e propria centratura periferica, che riproponendo la centralità delle istanze di governo più circoscritte, possa stimolare la convergenza tra le esigenze della domanda e dell'offerta.

Onorevoli colleghi, la legge sulla devoluzione dimentica che qualsiasi decentramento di poteri che comporti effettivamente dei vantaggi è quello in cui si sviluppa una logica ampia di collaborazioni tra i diversi livelli di amministrazione e di governo in senso verticale e orizzontale, dagli ambiti territoriali più circoscritti verso quelli più ampi, dando alla sussidiarietà uno strumento preciso, quello della integrazione tra livelli successivi, e riconoscendo quindi titolarità e funzionalità specifiche per ambiti diversi. La questione del decentramento di poteri è questione troppo importante e presenta risvolti troppo delicati in materia di politiche sociali, eppure la proposta di legge del Governo non si preoccupa nemmeno di definire da subito spazi e vincoli nei quali deve muoversi il mantenimento dell'esigibilità dei diritti di cittadinanza, da cui derivano coesione e senso di appartenenza attraverso il riconoscimento da parte dei singoli di un'organizzazione sociale condivisa.

Al contrario, la devoluzione in sanità non definisce, anzi tende ad annullare, le coordinate entro le quali si muove l'autonomia regionale, e cioè quelle che definiscono come la tutela della salute debba essere assicurata in maniera uniforme, equa ed universale. Quindi a parità di condizioni, con ciò prevedendo i requisiti

delle prestazioni, riservandosi di assicurare una formazione degli operatori uniforme e di effettuare funzioni di alta programmazione e vigilanza.

Onorevoli colleghi, la devoluzione rompe il sistema unitario nazionale che prima di tutto detta le condizioni in base alle quali gli utenti dei servizi sanitari in Sicilia non siano discriminati nell'accesso e nell'erogazione delle prestazioni rispetto a quelli del Piemonte. Al di là delle elaborazioni e degli intendimenti questa posizione viene troppo superficialmente definita dai fautori della devoluzione, indossato l'abito dell'innovazione, come di difesa di un sistema pubblico statalista, con cucito addosso l'abito del conflitto pubblico-privato, a prescindere dalla qualità dei processi. In realtà si vuole ridurre la promozione di diritti e di opportunità, negando il diritto alla salute come elemento fondante di un nuovo *welfare* territoriale e di una cultura riformista. Va detto con altrettanta chiarezza che il rapporto pubblico-privato deve essere sottratto dalla sede di un conflitto apparso come ideologico e incalzato, invece, sul terreno degli standard di qualità a largo accesso, dell'integrazione dei servizi, dell'appropriatezza delle prestazioni. D'altra parte il Governo di centrodestra sembra pensare al pubblico come luogo di servizio ad alto costo e bassa remunerazione e al privato in modo specularmente opposto. Va sviluppato un rapporto di integrazione-competizione basato non sul binomio efficienza nel pubblico-qualità nel privato, bensì sull'asse portante efficienza, qualità, socialità nel pubblico e nel privato. La centralità della persona, dei suoi diritti sociali devono essere l'obiettivo della politica per la salute nel pubblico come nel privato. Non solo regolare rapporti ma offrire opportunità: la libertà di scelta non è solo possibilità di orientarsi, ma soprattutto possibilità di cogliere opportunità connesse a qualità e non puntare a ridurre solo i costi del pubblico ma non quelli globali, per consolidare interessi privati con l'ausilio della spesa pubblica regionale che, oltretutto, produce separazioni inaccettabili. Il Governo di centrodestra nella

critica antistatale produce e prevede una sorta di esternalizzazione istituzionale delle funzioni di governo, portando le istituzioni ad essere bracci funzionali di una plancia di comando paraistituzionale, con ciò riducendo le libertà anziché estenderle. La ricerca personale del soddisfacimento del bisogno, se tradotta in libera scelta del cittadino, si trasforma in una negazione di massa del *welfare*, in un'idea dello stesso del tutto residuale e in un comportamento sociale che rifiuta la responsabilità solidale. Inoltre è illusoria, in quanto il cittadino, mediamente, non definisce il prodotto del proprio bisogno sanitario, che è mediato dal medico.

Tornando alla concreta impostazione del rapporto tra Stato e regione in tema di assistenza sanitaria, si tratta allora da parte dello Stato di acconsentire a una minore spesa regionale quando essa sia legata ad un'efficienza più che compensativa e di opporsi invece negli altri casi. Ma come qualificare in pratica la situazione di minore spesa?

Il legislatore ha previsto l'adozione di un sistema di parametri quantitativi e qualitativi. Il problema concreto è appunto quello individuare indicatori che permettano di esprimere in proposito un giudizio affidabile e tempestivo. Non sembrano adeguati gli indicatori più facilmente applicabili, quelli legati alle risorse fisiche (ad esempio, numero di medici, di posti letto e così via per X abitanti). Non solo i confronti internazionali ma anche quelli interregionali all'interno del nostro paese dimostrano infatti che la produttività dei fattori è significativamente differenziata. E, se a parità di mix dei fattori il risultato è diverso, affidarsi a qualche requisito uniforme in termini di risorse fisiche comporta o di chiedere troppo alla regione efficiente o di chiedere troppo poco a quella inefficiente. Discorso analogo vale qualora si volessero adottare indicatori di prestazione, come il numero degli interventi o di visite specialistiche o di giornate di degenza per X abitanti. Anche a tale riguardo, infatti risulta un'estesa variabilità tra risultati sanitari (*outcome*) e atti-

vità (*output*), perché gli indicatori palesano le qualità medie delle varie prestazioni per abitante, non già la tempestività, l'appropriatezza e la qualità degli interventi. Si aggiunga che la sanità è un fenomeno multidimensionale in cui segmenti assistenziali di elevato livello possono coesistere con segmenti a tutela inadeguata, il che porta ad escludere l'opportunità di affidare il giudizio ad un indicatore sintetico. In buona sostanza, gli indicatori sono inevitabili ma soffrono di severi limiti.

La soluzione non può che essere pragmatica. Occorre affidarsi ad un « sistema » di indicatori, ciascuno capace di portare un frammento di conoscenza da comporre in mosaico per avere segnali di normalità o anormalità: con l'intesa che l'avvertenza di situazione sospetta emergente dagli indicatori deve attivare un processo di approfondimento.

In definitiva va riaffermato che la sanità pubblica è prima di tutto la garanzia di un diritto, cioè che non si riproducano sul terreno della salute le disuguaglianze sociali dei cittadini. Ovviamente non può essere accettata l'ipotesi di una discriminazione dei cittadini in base all'appartenenza regionale, come se chi vive una regione possa trovarsi nella condizione di avere meno diritti garantiti rispetto a chi vive in un'altra area geografica del paese. Inoltre l'esistenza stessa di una comunità nazionale può essere messa in discussione laddove i valori della solidarietà e dell'uguaglianza sono sorpassati da concetti di appartenenza geografica. All'interno di questo quadro il federalismo diviene una opportunità e una ricchezza aggiuntiva. Fuori da questo quadro si trasforma nella proposizione di disuguaglianze inaccettabili.

IL CONSIGLIERE CAPO
DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la stampa alle 22,50.