

N. 4227-1058-1107-3593-A-bis

CAMERA DEI DEPUTATI

RELAZIONE DELLA XII COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI SOCIALI)

(Relatore: **Gianfranco TAGLIABUE**, *di minoranza*)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(**ANDREOTTI**)

E DAL MINISTRO DELLA SANITÀ

(**DE LORENZO**)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL BILANCIO E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(**CIRINO POMICINO**)

COL MINISTRO DEL TESORO

(**CARLI**)

COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

(**DONAT-CATTIN**)

COL MINISTRO DELL'AMBIENTE

(**RUFFOLO**)

E COL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ

E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA

(**RUBERTI**)

—

Riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure
di contenimento della spesa sanitaria

Presentato il 30 settembre 1989

E SULLE

PROPOSTE DI LEGGE

d'iniziativa del deputato STERPA

Presentata il 17 luglio 1987

Norme in materia di personalità giuridica degli
enti ospedalieri

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**RUSSO FRANCO, ARNABOLDI, RUSSO SPENA, CAPANNA,
RONCHI, CIPRIANI, GUIDETTI SERRA, TAMINO**

Presentata il 20 luglio 1987

Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833,
concernenti le unità socio-sanitarie locali

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ZANGHERI, BENEVELLI, CECI BONIFAZI, TAGLIABUE, BARBERA,
BERNASCONI, ANGIUS, STRUMENDO, BIANCHI BERETTA, BRESCIA,
COLOMBINI, DIGNANI GRIMALDI, LO CASCIO, MAINARDI FAVA,
MONTANARI FORNARI, SANNA, CAPECCHI, PEDRAZZI CIPOLLA**

Presentata il 1° febbraio 1989

Norme a parziale modifica ed integrazione della legge
23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del
Servizio sanitario nazionale

Presentata alla Presidenza il 4 luglio 1990

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La natura dei problemi che affliggono il servizio sanitario nazionale rendono necessario un'azione concreta, che sia volta a ricercare le condizioni effettive di un rilancio funzionale e di un riordino organizzativo del servizio sanitario nazionale. Condizione per intraprendere effettivamente questa strada è di superare l'angustia e la parzialità, oltre che la palese non verità, di un dibattito, nel paese e fra le forze sociali e politiche di governo, tutto incentrato sulla quantità di risorse destinate al comparto sanitario, sulla loro compatibilità con la più generale capacità del bilancio dello Stato di finanziare la spesa pubblica e sulla loro supposta ingovernabilità in termini di dinamica accrescitiva.

Tutto ciò ha reso possibile ed in parte, sulla base di questa vera e propria distorsione di analisi, anche spiegabile la indicazione, da parte del Governo, di una velleitaria manovra di risanamento incentrata sulla introduzione dell'assistenza indiretta, la fuoriuscita dal sistema sanitario di una quota di cittadini, la vecchia e perversa logica dei *tickets*; soluzioni non solo incongrue, ma inefficaci sul piano economico e finanziario, quanto su quello della razionalizzazione ed efficacia del sistema.

La inaccettabilità di queste scelte è da sottolineare non solamente in ragione degli iniqui e vessatori meccanismi che vengono a regolare il rapporto fra i cittadini, soprattutto quelli meno socialmente garantiti, e l'accesso alla prestazione di servizio ma anche perché è ormai evidente che il meccanismo induce a vere e proprie situazioni di illegalità nel campo delle esenzioni, che hanno molteplici connivenze.

Il problema vero con il quale dobbiamo tutti avere la capacità di confrontarci è quello dunque della efficacia e della produttività delle risorse destinate alla tutela della salute, nonché della funzionalità dell'intero servizio nazionale.

Un aspetto questo che legittima una lettura non recessiva delle politiche di riforma del sistema di protezione socio-sanitaria nel nostro paese, ma che altresì pone in evidenza l'urgenza oltre che di una attiva riflessione sul versante della eliminazione di una vasta ed insostenibile area di sprechi, soprattutto di ripensare radicalmente le regole e le norme che stanno alla base della disciplina e del funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Un ripensamento che deve conformarsi su di una strategia politica che tenga conto di quanto le trasformazioni della società industriale e la modificazione di codificati modelli di comportamento individuale e collettivo si ripercuotono sulla organizzazione sociale e sui bisogni che essa esprime e che al contempo affermi con nettezza che la tutela della salute è indissolubilmente legata alla piena realizzazione dei nuovi e moderni diritti di cittadinanza ai quali un moderno Stato democratico deve sapere pienamente corrispondere.

Occorre dunque avere coscienza di dover porre rimedio ad una evidente incongruenza, una sorta di supposta incoscienza, che è venuta determinandosi tra le modifiche intervenute nella struttura produttiva e di lavoro e quelle realizzatesi nei sistemi di sicurezza sociale.

Onorevoli colleghi, dentro questo scenario le grandi questioni riproposte da un nuovo rapporto tra diritto alla salute e

riforma sanitaria non possono che essere affrontate all'interno di una visione organica ed interdipendente a partire dal problema del finanziamento della spesa sanitaria, da quello della riforma istituzionale e gestionale del sistema e dei criteri di contabilità, del riordino degli ospedali, del potenziamento dei servizi territoriali e della prevenzione, di una nuova politica dei farmaci, della modifica dello stato giuridico dei dipendenti.

Su ognuno e per ognuno di questi aspetti è fondamentale operare per coniugare tra di loro, in una vera e propria relazione sinergica, elementi e scelte anche parziali ma che diano chiaro e preciso il segno della prospettiva strategica di riforma che si vuol perseguire.

Tutto questo non si evince con coerenza né nel disegno di legge 4227, né tanto meno dalla relazione previsionale programmatica che anzi muove nella direzione di una concezione di servizio sanitario nazionale di tipo residuale.

Da tempo il carattere distintivo della politica sanitaria realizzata nel nostro Paese è stato il sommarsi confuso e contraddittorio di tendenze e controtendenze, di scelte e di non scelte che inevitabilmente si è caratterizzato in una viziosa sintesi di progettualità formale e di inattività sostanziale.

Uno dei simboli di questa incapacità decisionale, di questa non volontà a concorrere a superare difficoltà che hanno accompagnato in questi anni post-riforma l'azione dei governi centrali è sicuramente quello che concerne la natura e la sostanza del rapporto pubblico-privato all'interno del servizio sanitario nazionale.

Il perpetuarsi e l'aggravarsi di un perverso intreccio fra regole e sistemi, altrimenti ben delineati e distinti nei loro contenuti operativi e funzionali e nelle loro caratteristiche giuridico-istituzionali, ha da una parte costituito un oggettivo elemento di impoverimento del servizio pubblico, dall'altro ha spinto una progressiva distorsione nel modo stesso di rappresentare e interpretare il bisogno soggettivo di tutela della salute.

Per essere più chiari voglio dire che in discussione non è tanto la « coesistenza » di due diversi e concorrenti sistemi.

Il punto fondamentale è un altro, è la necessità, questa sì prioritaria, di avere regole certe che li organizzano, che ne rappresentino con chiarezza la distinzione dei ruoli, che ne evitino la commistione, che ne incentivino, altresì, il rapporto e l'integrazione.

Nessuno oggi ipotizza, dentro il nostro modello di società sviluppata, un « monopolio » del servizio sanitario pubblico, ma è altresì insostenibile che si continui a tollerare l'imperversare di condizioni che stravolgono i meccanismi stessi del sistema di mercato, che affievoliscono i corretti ed equilibrati elementi di concorrenzialità, che evidenziano un atteggiamento protezionistico e garantistico nei riguardi del privato a tutto danno e scapito del pubblico.

È evidente che questo stato di cose ha realizzato, nel tempo, una situazione nella quale il servizio pubblico ha artatamente ed in maniera contraffatta assistito il privato, determinando con ciò una forma visibilmente espressiva del più deleterio ed inefficace funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Il superamento di questa realtà non può che essere ricercato in primo luogo, e noi ne siamo convinti nella piena riaffermazione della funzione universale del diritto alla salute, nel mantenimento di un servizio sanitario nazionale, di nuovi meccanismi di regolamentazione del sistema, pubblico-privato. Un servizio pubblico che programma ed indirizza una corretta definizione degli spazi operativi del servizio privato nell'ambito di una rigorosa distinzione dal pubblico sia sul piano istituzionale e gestionale che su quello finanziario e giuridico-normativo a partire, in via prioritaria, dalla revisione della natura del rapporto di lavoro del personale medico.

Su quest'ultimo punto, reticenze ed ambiguità non reggono più, ne tanto meno si giustificano.

A tutti i gruppi parlamentari è richiesto un impegno di onestà e di trasparenza nel riordino complessivo del servizio sanitario nazionale, sulle necessarie coerenze da adottare perché siano chiari i confini dell'agire della politica e delle istituzioni, dei momenti tecnici e gestionali, della ridefinizione di un corretto rapporto programmazione-risorse, dell'autonomia gestionale e funzionale dell'intero comparto ospedaliero, chiari principi di riferimento giuridico e normativo per la politica del personale, norme certe di incompatibilità. Per il gruppo parlamentare del PCI queste sono condizioni essenziali per una diversa politica di governo della salute nel nostro Paese.

C'è allora, da introdurre senza tentennamenti, sciogliendo subito il discorso delle norme sulle incompatibilità che il disegno di legge di riassetto del SSN non risolve demandandolo a futuri impegni del Governo che già nel passato sono stati assunti e che non sono mai stati rispettati. Solo sciogliendo il nodo della incompatibilità si potrà determinare un quadro nuovo rispetto al rapporto di lavoro del medico modificando l'esistente sia all'interno del pubblico che del privato.

Proprio nella prospettiva di rapporto unico con il servizio sanitario nazionale possono venire meno di fatto i presupposti per la reiterazione del doppio tipo di rapporto di lavoro e cioè tempo pieno, tempo definito.

Ecco perché pensiamo si deve tendere alla definizione di una sola figura di medico dipendente titolare di un rapporto di lavoro esclusivo con la struttura pubblica nella quale opera.

Si tratta di una revisione giuridica, che non deve trasformarsi ne intendersi come vincolo punitivo ma deve invece derivare a posteriore come una opzione individuale conseguente ad una compiuta realizzazione professionale fatta di una adeguata retribuzione, di uno sviluppo di carriera più articolato, di incentivate motivazioni culturali incentrate sulla ricerca e sulla didattica.

Contestualmente ed in modo ineludibile va affrontato il nodo che investe la natura giuridica stessa del rapporto di lavoro.

All'articolo 11 del testo all'esame dell'Aula, si configura una mediazione incongruente tra regime pubblico-privato e delegificazione che è tutt'affatto risolutoria di un nodo centrale nel risanamento del sistema che non ammette rigidità disciplinari e normative proprie dell'esperienza del pubblico impiego. È preoccupante e negativo che a questo proposito non si siano volute accogliere suggerimenti e proposte avanzate dalle confederazioni sindacali e si prospetti una soluzione confusa funzionale alla richiesta di alcune categorie mediche e il cui consenso sull'attuale articolo 11 è stato strappato, come contropartita, in occasione del recente rinnovo contrattuale.

È però incontestabile che un rapporto di lavoro di diritto pubblico così sostanziale, ancorché di supporto all'organizzazione di un servizio pubblico, è strumento di perpetuamento di un sistema di potere, fonte di frustrazione e demotivazione, impedimento ad una flessibilità e modulabilità di profili e modelli organizzativo all'altezza delle necessità di qualificazione ed efficienza dei servizi.

È quanto di più indisponibile si possa immaginare per il perseguimento di un credibile progetto di riforma della Pubblica Amministrazione nel nostro Paese.

A partire dal personale medico e da quello dirigenziale complessivamente inteso va quindi affermato per il servizio sanitario nazionale, anche in un'ottica più generale di uniformazione delle regole del lavoro, la introduzione di norme di diritto privato come base giuridica per la contrazione del rapporto di lavoro.

Vanno insomma previsti rapporti di lavoro a termine, che siano posti a verifica, che possono essere rinnovabili, revocabili e retribuiti in misura conforme a quelli che sono i reali valori di mercato espressi dalle singole professionalità.

Ciò facendo non solo si riuscirà a produrre un modello operativo-organizzativo che finalmente realizzi con sufficiente

chiarezza procedure di responsabilizzazione sostanziale ma altresì verrà rappresentata la correlazione piena che deve esserci fra responsabilità assunte, risorse utilizzate, risultati ottenuti.

In un quadro di questo tipo dovrebbe, senza enfaticizzazione e liberi da pregiudizi ideologici, riconsiderare il discorso sulla libera professione.

È vero che essa non può essere considerata alla stregua di un qualcosa in grado di rispondere a tutte le frustrazioni (economiche e professionali) del medico. È evidente però che a fronte di una competizione; anche in questo settore, sempre più spinta fra pubblico e privato ed in presenza di una evoluzione della domanda sanitaria verso una sempre più marcata ricerca di trattamenti personalizzati, la prestazione libero professionale può essere davvero interpretata come un fattore decisivo per il rilancio ed il rafforzamento del ruolo del servizio pubblico.

È in questo contesto che si può collocare la attivazione della possibilità per i medici di espletare la libera professione all'interno delle strutture pubbliche organizzandola e regolamentandola in modo tale da garantire da un lato il pieno assolvimento dei compiti di istituto e la piena funzionalità dei servizi e dall'altro di dare risposte alle esigenze di scelta e di richiesta soggettiva del cittadino.

La prospettiva che indichiamo ragionevolmente e realisticamente ravvicinata di un assetto normo-giuridico così radicalmente modificato ed in sintonia con i più moderni paesi europei non può esimersi dall'affrontare con coerenza, in questa legge, l'aspetto più qualificante per determinare una efficiente ed efficace offerta di servizi e prestazioni: l'uso della risorsa personale.

Onorevoli colleghi, una profonda revisione della legge n. 833 per essere consona ai fattori di crisi del servizio sanitario nazionale deve tenere conto della ricaduta delle modificazioni prospettabili sulla efficienza e qualità dei servizi erogati alla collettività (sia nel periodo di fase transitoria che a regime). Non si comprende dunque perché il disegno di

legge della maggioranza continui a rifiutare nella definizione di nuove normative la presa in carico di un nuovo ordinamento professionale e formativo della questione infermieristica considerato da tutti l'emergenza qualitativamente più rilevante per il buon funzionamento dei servizi e dei presidi sanitari del servizio sanitario nazionale al di là di provvedimenti indicati e smentiti, smentiti e nuovamente indicati, della assunzione di operatori infermieri stranieri. Voglio anche aggiungere che un progetto di revisione istituzionale deve sapere tenere conto della ricaduta delle soluzioni che prospetta, sulla tempestività della macchina organizzativa nella salvaguardia di principi, tra loro potenzialmente conflittuali, quali quelli dell'unitarietà dell'intervento pubblico su tutto il territorio nazionale e del rispetto delle autonomie locali.

L'unitarietà dell'intervento pubblico su tutto il territorio nazionale può essere garantita con la affermazione di un forte ruolo della programmazione, sia nazionale che regionale, e con la introduzione di forme di controllo sulla efficienza e sulla qualità dei servizi erogati in rapporto alle risorse poste a disposizione; il rispetto della autonomie locali può essere garantito con il riconoscimento della potestà statutaria degli enti locali nella individuazione delle forme di governo della sanità pubblica più idonee ed opportune per l'area territoriale loro assegnata.

La ricerca di un modello istituzionale che possa costituire un minimo comune denominatore si fonda su una serena analisi della realtà, una rigorosa individuazione degli obiettivi politici, una conseguente definizione del modello istituzionale ed un opportuno adeguamento del modello alla diversità dei luoghi e delle realtà sociali.

Il disegno di legge in discussione è palesemente contraddittorio. I riferimenti alla programmazione nazionale o ad ipotetici *standards* non trovano riscontro nella realtà che dimostra che il piano sanitario nazionale non è mai riuscito a varcare, in uscita, lo scoglio del Consiglio dei Ministri, ma di più: gli *standards* che

dovrebbero definire livelli, qualità e quantità delle prestazioni sono appunto la macroscopica carenza che fa dell'Italia, anche sul versante della salute, il Paese a più volti. Anche sul versante più propriamente istituzionale, questo disegno di legge, come si evince dall'articolo 4 ripropone e contiene vecchi difetti centralistici, sconfinamenti di potere (si pensi agli atti di indirizzo e coordinamento che diventano vere e proprie invasioni di campo legislativo, lesive dell'autonomia regionale), pretenziosità di omogeneizzazione di criteri, si pensi, per esempio, al riassetto delle USL, basati su indici, riferiti al reddito medio che piuttosto che revisionare in base alla necessità di funzionalità e qualità dei servizi da rendere alle popolazioni, introducono elementi astratti quanto spuri, che dovrebbero essere lasciati al potere legislativo delle regioni, quale campo di migliore razionalizzazione e funzionamento delle unità territoriali preposte alla gestione della salute.

Ed infine come non rilevare l'ambiguità centralistica del disegno di legge n. 4227 che evocando una presunta centralità regionalistica della politica sanitaria, taglia fuori il ruolo del comune quale ente democratico territoriale titolare di funzioni più generali di governo del territorio, dalle quali la sanità non può essere meccanicamente avulsa.

È davvero ipotizzabile pensare ai comuni, unicamente come collegi elettorali? Titolati a nominare in secondo grado i propri rappresentanti nelle « cosiddette future commissioni amministrative della azienda USL » ?

A questo proposito la stessa Commissione Affari costituzionali ha tempestivamente segnalato nel suo autorevole parere che il disegno di legge si muove in senso opposto al recente provvedimento di riforma dell'ordinamento autonomistico, configurandovi così la possibilità di una vera e propria incostituzionalità del provvedimento in discussione, nonché la messa in campo di una concezione dello Stato e del suo decentramento tutt'affatto discontinuo rispetto ai nuovi poteri e re-

gole che la riforma delle autonomie pone in essere per governi forti ed autorevoli del territorio.

Riproponiamo perciò con forza che questo provvedimento esprima con nettezza, dal punto di vista istituzionale, la tripartizione di compiti e funzioni che già la legge n. 833 di riforma sanitaria individuava, e riconfermato dalla legge di riforma delle autonomie.

Il problema è dunque non solo di riaffermare compiti e funzioni ma di adeguarle alla luce di un'esperienza decennale di attuazione della legge di riforma sanitaria e ai nuovi compiti che un moderno Stato riformatore deve porre in essere per governare grandi problemi sociali e diritti costituzionalmente protetti come quello alla salute.

In questo contesto intendiamo ribadire e sottolineare le funzioni della politica e delle istituzioni dal punto di vista dell'indirizzo strategico e del controllo, esaltando così la funzione di governo dal centro alla periferia, al tempo stesso vogliamo evidenziare che esse presuppongono un sistema istituzionale chiaro nei compiti e al tempo stesso capace di liberarsi da improprie funzioni gestorie che finiscono con l'appannare se non mettere in discussione la funzione politica propria delle istituzioni, che in campo sanitario ha valore emblematico sotto il profilo della garanzia di un bene e di un diritto fondamentale per la vita della comunità.

In questa direzione, non può una legge che si prefigge di riordinare il servizio sanitario nazionale, non contenere principi e compiti che a partire dal Ministero della Sanità, ne comportino il suo riordino e la sua trasformazione, da ente erogatore di servizi a ente di programmazione, cioè a centro di individuazione e definizione di linee strategiche del servizio sanitario nazionale, di coordinamento con i Ministeri finanziari, dell'Ambiente, della Ricerca scientifica e dell'Università, di garante della unitarietà dei servizi sull'intero territorio nazionale.

A noi non pare che il disegno di legge in discussione proceda in questa direzione se non per avere accolto parzialmente no-

stri emendamenti, introducendo però nuove e future deleghe al Governo per riordinare il ruolo centrale nella definizione delle strategie di politica sanitaria. Tutto ciò non deriva da una pretesa organicistica della ipotesi di revisione da parte nostra, ma dalla necessità di configurare autonomia, autorevolezza e al tempo stesso integrazione delle funzioni e delle competenze che in questo campo non possono più essere né subalterne, né scippate via via dai Ministeri del Bilancio, del Tesoro o del Lavoro, comportamento ormai consuetudinario a cui assistiamo anno dopo anno in occasione delle leggi finanziarie o dei più generali provvedimenti economici.

Così come l'urgenza del riordino del servizio sanitario nazionale non può, a seguito della presunta e salvifica centralità della Regione basare questo presupposto su terreni estremamente fragili. Il ruolo e la responsabilizzazione dell'istituto regionale se vogliono essere esaltati devono poter contare su presupposti certi e di pari dignità nei livelli di decisionalità sulla fondamentale questione di politica sanitaria che è il rapporto risorse-programmazione.

È tutt'affatto pretestuoso evocare nominalisticamente l'esigenza di un fondo sanitario interregionale (come si fa all'articolo 1 del disegno di legge n. 4227) se esso poggia, ancora dopo dodici anni dall'approvazione della legge di riforma sanitaria su un sistema di prelievo dei finanziamenti anacronistico, quali contributi di malattia, iniquo e ingiusto.

Se l'entità delle risorse non fa una volta per tutte pulizia dei pregressi ripiani dei disavanzi, notoriamente dovuti alle incapacità previsionali del Fondo sanitario nazionale e alla conseguente sottostima fin qui perpetrata e se l'invocata autonomia impositiva non discende da una reale riforma della finanza regionale e la sua applicazione venga concepita non già come sistema compensativo di ciò che al centro non si programma e si individua come priorità, ma come vera corresponsabilizzazione di chi, dati precisi

standards, fissati precisi finanziamenti, decise con pari dignità le politiche del personale sanitario e dei farmaci, non è in grado a livello regionale di stare nelle scelte codeterminate o intende nella propria autonomia e libertà statutaria offrire alle proprie popolazioni livelli più elevati di prestazioni e servizi.

In sostanza ciò che chiediamo e che il fronte delle Regioni con noi chiede è certamente responsabilità finanziaria, ma fuori da ogni logica di scarica barile tra centro e periferia.

Lo stesso criterio di autonomia impositiva, a nostro parere, se si tiene conto che il ruolo del Comune, sia nella specificazione di autorità metropolitana, che di Comune capoluogo di provincia o di consorzi e associazioni comunali, non può essere tagliato fuori dalla programmazione e dalla politica più globale della salute per i propri territori di competenza, dovrebbe essere attribuito per affermarne così la piena responsabilizzazione, in modo di costruire un trinomio istituzionale autorevole (dal punto di vista dell'indirizzo e del controllo) sul versante del principale fattore risolutivo della crisi del servizio sanitario nazionale che è saper determinare e controllare che risorse e che programmazione siano il perno su cui modulare nuove scelte organizzative e gestionali del complesso sistema di prestazioni e servizi.

Di qui discende, per parte nostra, la non condivisione della materia giuridico-amministrativa delle future aziende sanitarie locali, quali strumenti di gestione regionale delle attività sanitarie decentrate. Esse si configurano all'articolo 4 del disegno di legge n. 4227 come aziende regionali di servizio i cui organi: la commissione amministrativa eletta in secondo grado dai Comuni per la parte di indirizzo e controllo e il Segretario generale eletto dalla Giunta regionale in modo spurio e contraddittorio sia rispetto alla natura ed appartenenza dell'ente di riferimento che alla necessità di configurare per la sanità un modello aziendale nuovo, fuori da ogni mutuaione indebita

per questo settore, proveniente da schemi già consolidati nella Pubblica Amministrazione (come è il caso delle municipalizzate).

Ciò che contestiamo con nettezza è la messa in campo di un « pasticcio istituzionale » che da un lato si configura come vera e propria regionalizzazione del sistema gestionale, scelta che se fatta coerentemente dovrebbe una volta definita la USL come azienda regionale, lasciare all'autonomia delle Regioni il compito di scegliere la più opportuna forma aziendale, dall'altro tirando dentro i Comuni come collegio elettorale di nomina in secondo grado dei membri della commissione amministratrice, includendo persino le minoranze (problema che fu risolto dalla vecchia legge n. 4 del 1986, per evitare elementi spuri negli strumenti di gestione che rispondono ai governi locali) si ricade non riconoscendo ad essi Comuni nessun potere nella previsionalità e nel controllo dell'attuazione a livello territoriale degli indirizzi del piano sanitario regionale, in una permanente delega ad organi di nomina partitica in secondo grado della funzione di indirizzo e controllo.

Ma il pasticcio è tale che le commissioni amministratrici non risponderebbero più a nessuno essendo in fine la Regione e solo lei titolata ad approvare preventivi e consuntivi e controllare, non solo nominandolo, l'attività del Segretario generale (anche qui, si badi, nominato dalla Giunta regionale su elenchi costruiti al centro).

Di questa discutibile pasticciata soluzione noi non ci rendiamo responsabili, abbiamo definito e concretizzato proposte chiare dal punto di vista dell'incardimento istituzionale e delle soluzioni gestionali attuando una netta distinzione dei compiti politici da quelli tecnici-gestionali.

Con coraggio abbiamo definito una proposta di legge e nei lavori della Commissione Affari sociali avanzato emendamenti che configurano una soluzione aziendale che non contiene nel suo seno

organi di rappresentanza politica, ma si configura come una vera e propria azienda, strumento tecnico-gestionale che deve essere capace di allocare al meglio i fattori di produzione della salute (risorse, beni e servizi) al fine di attuare gli imput che riceve dagli organi istituzionalmente preposti al governo della medesima: la Regione con il piano sanitario regionale, il Comune con i piani sanitari attuativi del piano regionale sanitario.

Perché dunque se si vuole dare coerenza ad un principio sostanziale di riforma della politica e dell'intera Pubblica Amministrazione ci dovremmo sentire più garantiti se le istituzioni nominano in secondo grado i propri rappresentanti dentro i momenti gestionali ?

Ecco e qui il salto da compiere come gesto esemplare di autoriforma della politica che non abdica alle proprie funzioni ma le svolge nelle sedi proprie ed opportune, il Parlamento, le Regioni, i Comuni e conferisce ai tecnici secondo il principio di autonomia e responsabilità i compiti gestionali attuando in modo permanente il controllo degli indirizzi e disciplinando l'assunzione dei tecnici con l'istituto della revoca del mandato fiduciario conferito, quando essi non corrispondessero alla corretta gestione o abusassero del proprio ruolo rispetto agli indirizzi ricevuti.

Se accanto a ciò procede di pari passo il sistema di revisione degli attuali meccanismi di contabilità e controllo, si può ragionevolmente contare nella messa in campo di un sistema più responsabilizzato e funzionale ad una sanità pubblica moderna ed efficiente in cui sarà finalmente chiaro agli occhi dei cittadini dove comincia e finisce la responsabilità dei tecnici e dove quella dei politici. Ma ciò che più conta è che vi sarà finalmente posta in campo una sanità pubblica che mutuando dai sistemi di gestione privata, meccanismi di misurazione di efficienza e produttività dell'intero sistema, uscendo dalla logica formale del controllo sugli atti per attuare controlli di processo e verifica della qualità delle prestazioni e dei servizi, adottando norme di diritto

comune e di vera delegificazione del rapporto di lavoro, sarà in grado di esaltare autonomia e responsabilità di ogni componente rinnovando fermamente le ragioni dell'esistenza di un servizio sanitario nazionale che solo così potrà innescare veri meccanismi di efficienza e qualità delle prestazioni, strumenti necessari per avviare una sana e corretta concorrenzialità tra pubblico e privato fuori da ogni logica di autoreferenzialità, protezionismo o peggio assistenzialismo dell'intero sistema.

Onorevoli colleghi, c'è bisogno da subito delle regole chiare e trasparenti che spezzino per sempre vecchie logiche spartitorie, appesantimenti burocratici, che risolvano nodi fondanti per una seria politica sanitaria ispirata ai principi culturali, etici e scientifici della legge di riforma, fuori da ogni ideologia o intangibilità di quella legge. Sennò il progetto del Governo deve essere chiaro fino in fondo; dire una volta per tutte e non tra le righe che la sanità pubblica nel nostro paese deve essere un sistema residuale per i non abbienti, mentre per i ceti medio-alti è possibile una sanità privata, fatta di assicurazioni integrative, di un privato sanitario che continua a prospere sull'inefficienza pubblica, scardinando così i principi fondamentali, tanto più fondamentali in epoca di risorse scarse, quali la solidarietà sociale, la giustizia fiscale, la difesa dei principali diritti di cittadinanza.

Occorre dunque nel definire il riordino del servizio sanitario nazionale non adottare escamotage che rischiano di fare degradare ancora di più la sanità pubblica evitando la logica di favorire questa o quella lobbies, questa o quella corporazione.

Occorre essere consapevoli che non si rimuoverà nulla se non si chiamerà tutti ad un'azione responsabile e finalizzata a fare del servizio sanitario nazionale un sistema salute degno della quinta potenza industriale. Perciò riteniamo e per questo offriamo ancora una volta all'Aula soluzioni emendative propositive che su cin-

que questioni abbisognano di essere chiaramente definite senza scorciatoie o mediazioni pasticciate:

1. Risorse e programmazione, certezza finanziaria, fiscalizzazione dei contributi di malattia, autonomia impositiva di Regioni e Comuni; una politica che incentivi le attività proprie delle USL, qualificate e utili anche ai fini delle entrate.

2. Distinzione netta tra politica e gestione con aziende erogatrici di servizi dotate di autonomia e responsabilità.

3. Autonomia gestionale e funzionale degli ospedali, senza inutili moltiplicazioni aziendali e lottizzazioni partitiche, così come si configura all'articolo 6 del disegno di legge n. 4227. Ciò non significa non valutare la necessità del decollo pieno nel nostro Paese di possibili poli di eccellenza dal punto di vista di ospedali ad alta specialità. Ciò che a questo proposito obiettiamo è se occorra definirne prima la natura giuridico-aziendale o invece, come noi crediamo, i parametri, le caratteristiche e le dotazioni necessarie perché tali poli decollino non solo giuridicamente ma nella realtà. È singolare che anche da questo punto di vista l'unico problema nella maggioranza sia vissuto sul numero e la quantità di ospedali da incorporare e non, come noi crediamo, sulla definizione di criteri chiari e limpidi perché in Italia possa decollare una struttura in grado di affrontare con elevata qualità problemi curativi di alto livello.

4. Norme di diritto comune e incompatibilità per il personale del servizio sanitario nazionale così come abbiamo previsto nei nostri emendamenti all'articolo 11 del disegno di legge n. 4227 all'esame dell'Assemblea.

5. Nuova configurazione dei diritti e dei poteri dei cittadini, ricercando e ridividuando le forme migliori per una effettiva e diretta loro responsabilità.

Abbiamo enucleato cinque questioni che a noi pare debbano essere rigorosamente affrontate nel processo organizzativo di riordino del servizio sanitario nazionale. Altre questioni certo di non minore importanza affronta il disegno di legge. Tuttavia riteniamo che i nodi cruciali passino da quanto più sopra ho richiamato.

Siamo convinti e facciamo appello a tutte le forze riformatrici e di progresso che è possibile dare prova, facendo uno sforzo innovativo comune, al Parlamento e al Paese, che la sanità pubblica può essere risanata, resa efficiente ed efficace alla domanda di salute più matura e consapevole dei cittadini italiani.

Siamo convinti che un rinnovato patto di fiducia tra cittadini e istituzioni passa in gran parte sul terreno della sanità dove è inaccettabile agli occhi del cittadino e dell'intera comunità che clientelismo, affarismo, appesantimenti burocratici, sprechi ed inefficienza si abbattano su chi è in stato di debolezza o su chi soffre o è malato.

Siamo convinti che accanto al tempo dei blitz, degli interventi dei NAS, delle legittime denunce su alcune USL, si debba conseguire con coerenza da parte del Governo, e di tutte le forze politiche, un gesto riformatore profondo, limpido, leggibile e credibile per tutti: cittadini, operatori, istituzioni.

Abbiamo proposto al nostro diciannovesimo congresso nazionale di non proce-

dere alla nomina dei membri dei comitati di gestione dopo le elezioni amministrative del 6 maggio. Il Segretario Generale del PCI ha richiamato le altre forze politiche a dare prova di volontà comune e coerenza. Abbiamo infine avanzato emendamenti e una proposta che affronta la fase transitoria.

Onorevoli colleghi, diamo prova a tutti di coerenza a partire dalla norma transitoria per il passaggio dal vecchio al nuovo regime. Si provveda al commissariamento straordinario delle USL nella persona del Sindaco o degli Assessori democraticamente eletti il 6 maggio e mostriamo così che alla politica il potere interessa solo se è finalizzato a sapere scegliere obiettivi, programmare strategie e attuare, giorno per giorno, il diritto alla salute per tutti, affinché tra due certezze permanenti nella vita dell'uomo: la crescita e la morte Egli possa sperare di vivere certo più a lungo ma in buona salute.

Onorevoli colleghi, dalle considerazioni che ho svolto, dal contributo qualificato che il gruppo del PCI porterà nel corso dal dibattito nell'insieme dell'articolato del disegno di legge n. 4227, risulta chiaro l'intendimento e l'impegno nostro a lavorare, anche in quest'aula, per una riforma del servizio sanitario nazionale utile ai cittadini, agli operatori sanitari, al Paese.

GIANFRANCO TAGLIABUE, *Relatore di minoranza.*