

RESOCONTO STENOGRAFICO

492.

SEDUTA DI VENERDÌ 6 LUGLIO 1990

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE GERARDO BIANCO

INDICE

	PAG.		PAG.
Disegno di legge:		Servizio sanitario nazionale (3593);	
(Autorizzazione di relazione orale)	63242	Riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria (4227).	
Proposte di legge:		PRESIDENTE	63189, 63192, 63196, 63200, 63205, 63208, 63212, 63216, 63221, 63224, 63228, 63231, 63234, 63237, 63242
(Annunzio)	63246	ANDREIS SERGIO (<i>Verde</i>)	63231
(Trasmissione dal Senato)	63246	ARTIOLI ROSSELLA (<i>PSI</i>)	63205
Proposte e disegno di legge (Discussione):		BERTONE GIUSEPPINA (<i>Sin. Ind.</i>)	63228
STERPA: Norme in materia di personalità giuridica degli enti ospedalieri (1058); RUSSO FRANCO ed altri: Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernenti le unità socio-sanitarie locali (1107); ZANGHERI ed altri: Norme a parziale modifica ed integrazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del		BRUNETTO ARNALDO (<i>DC</i>)	63221
		CASTAGNETTI PIERLUIGI (<i>DC</i>)	63196
		COLOMBINI LEDA (<i>PCI</i>)	63237
		DEL DONNO OLINDO (<i>MSI-DN</i>)	63234
		GARAVAGLIA MARIAPIA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	63196
		POGGIOLINI DANILO (<i>PRI</i>)	63224
		RUSSO FRANCO (<i>Misto</i>)	63200

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

	PAG.		PAG.	
RUSSO SPENA GIOVANNI (DP)	63216	Per lo svolgimento di una interpellanza e per la risposta scritta ad una interrogazione:		
STRUMENDO LUCIO (PCI)	63208			
TAGLIABUE GIANFRANCO (PCI), <i>Relatore di minoranza</i>	63192		PRESIDENTE	63242
VALENSISE RAFFAELE (MSI-DN)	63212		MANCINI GIACOMO (PSI)	63242
VOLPONI ALBERTO (DC), <i>Relatore per la maggioranza</i>	63189			
Interrogazioni, interpellanze e mo- zione:		Sindacato ispettivo:		
(Annunzio)	63246	(Trasformazione di un documento) .	63246	
		Ordine del giorno della prossima se- duta	63242	

La seduta comincia alle 9,40.

MARTINO SCOVACRICCHI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 4 luglio 1990.

(È approvato).

PRESIDENTE. Avverto che comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate in allegato ai resoconti della seduta odierna.

Discussione dei progetti di legge: Sterpa: Norme in materia di personalità giuridica degli enti ospedalieri (1058); Russo Franco ed altri: Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernenti le unità socio-sanitarie locali (1107); Zangheri ed altri: Norme a parziale modifica ed integrazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del Servizio sanitario nazionale (3593); Riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria (4227).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Sterpa: Norme in materia di personalità giuridica degli enti ospedalieri; Russo Franco, Arnaboldi, Russo Spena, Capanna, Ronchi, Cipriani, Guidetti Serra, Tamino: Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernenti le unità socio-sanitarie locali: Zan-

gheri, Benevelli, Ceci Bonifazi, Tagliabue, Barbera, Bernasconi, Angius, Strumendo, Bianchi Beretta, Brescia, Colombini, Dignani Grimaldi, Lo Cascio, Mainardi Fava, Montanari Fornari, Sanna, Capecchi, Pedrazzi Cipolla: Norme a parziale modifica ed integrazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del Servizio sanitario nazionale; e del disegno di legge: Riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria.

Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Avverto che il presidente del gruppo parlamentare del Movimento sociale italiano-destra nazionale ne ha chiesto l'ampliamento senza limitazioni nelle iscrizioni a parlare, ai sensi del secondo comma dell'articolo 83 del regolamento.

Ha facoltà di parlare il relatore per la maggioranza, onorevole Volponi.

ALBERTO VOLPONI, *Relatore per la maggioranza*. Signor Presidente, vorrei soffermarmi brevemente sugli aspetti generali del provvedimento, per poi rifarmi, per quanto riguarda l'analisi più specifica dei vari articoli, alla relazione stampata.

Signor Presidente, signor ministro, onorevoli colleghi, nel presentare all'aula la relazione sul disegno di legge n. 4227 desidero sottolineare in primo luogo il valore assoluto di questo passaggio riformatore, anche se non mi nascondo le difficoltà

intrinseche di produrre in Parlamento una vera riforma.

Accusati da più parti di essere incapaci di sostenere la realtà del nostro paese, in pieno sviluppo ed in pieno cambiamento, che si aspetta e pretende nuove regole, si stenta a dare concretezza al dovere di procedere alle grandi riforme.

Il paese chiede riforme, queste non arrivano e nel frattempo le strutture non funzionano come dovrebbero. Compiendo piccoli passi, rincorrendo il particolare, non riuscendo a scalare il complesso sistema dei principi si costringe di fatto il Parlamento ad abdicare al suo ruolo di fare leggi. Sappiamo tutti, onorevoli colleghi, di dovere al paese anche il «pronto soccorso» legislativo. Ci mancherebbe di non interpretare evolutivamente il principio ottocentesco della separazione dei poteri! Però, dobbiamo al paese in primo luogo le riforme e solo noi possiamo dargliele. Questo mi sembra il punto di partenza del nostro lavoro.

La legge n. 833, nell'ambito delle disposizioni a garanzia e tutela del diritto alla salute, è stata legge di riforma. Il legislatore ebbe il merito di sviluppare l'approccio riformatore e consegnò agli anni '80 il Servizio sanitario nazionale; sicuramente il più evoluto apparato normativo espresso nel nostro paese a difesa della salute della gente.

La riforma ha dato, insieme ai buoni frutti, primo fra tutti l'uguaglianza sostanziale di ogni cittadino di fronte ai servizi sanitari e la globalità delle prestazioni, anche frutti non buoni. Qui devo ricordare soprattutto una gestione complessiva della legge certamente non all'altezza dei suoi principi, una gestione, in particolare, per gli aspetti organizzativi, della quale il legislatore del 1978 non si era preoccupato. Operatori abituati a governare realtà mutualistiche a volte piccole, improntate a rapporti di natura personale ed interpersonale, si sono trovati a gestire realtà complesse, senza alcuna preparazione e senza essere messi in condizione di prepararsi. Un errore che non dobbiamo, né vogliamo ripetere.

I cambiamenti organizzativi non si realiz-

zano per il solo fatto di essere indicati dalla legge, pretendono investimenti in risorse umane e finanziarie. La nostra riforma, onorevoli colleghi, è da questo punto di vista, più attenta alla realtà. D'altra parte, i principi della legge n. 833 sono tuttora in piedi e ricchi di democraticità esplicita e doverosamente noi ci accingiamo a riscoprirne alcune suggestioni rimaste implicite. Abbiamo di fronte le proposte per sviluppare la riforma del 1978 lungo la strada maestra costituita dal soddisfacimento pieno della domanda di sanità della gente che ha bisogno di servizi e delle aspettative di coloro che tali servizi rendono.

Finalmente le modifiche alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale ritrovano una veste consona alle aspettative politiche di molti gruppi parlamentari, tirate fuori dall'ingombrante ed al tempo stesso angusta gabbia decretizia (decine di decreti-legge hanno apportato micromodifiche al Servizio sanitario nazionale). Nel presente provvedimento si realizzano due condizioni principali: la prima di avere restituito al lavoro parlamentare una dimensione di ordinarietà da cui i gruppi hanno potuto far scaturire le ragioni di un confronto costruttivo; la seconda di avere allacciato un collegamento funzionale con le compatibilità del sistema.

La relazione governativa che accompagna il disegno di legge n. 4227 ci ricorda che proprio in virtù di un atto di indirizzo parlamentare le misure di riordinamento del Servizio sanitario nazionale hanno trovato posto accanto alla manovra sulla spesa sanitaria. Credo di potere interpretare la Commissione se affermo la centralità sociale della sanità oltre e sopra la sua centralità finanziaria. Per anni la Commissione ha lavorato con ammirevole continuità e coerenza a riconoscimento della centralità del problema sanitario. È vero, la sanità costa e dobbiamo realizzare le relative spese per rendere compatibile il suo sviluppo con quello complessivo del paese. Però cerchiamo di non assecondare certe tendenze ben note a fare della sanità il solo punto di equilibrio della spesa pubblica. Ricordiamo bene che la gente vuole la garanzia pubblica dei servizi sanitari.

Equilibrio finanziario, reindividuazione dei ruoli relativi ed autonomi di politici e tecnici, riassetto del personale, destrutturazione di certi grovigli organizzativi di territorio e di ospedale, rilancio della prevenzione, modernizzazione gestionale e potenziamento dei controlli, riconoscimento dei diritti degli ammalati: sono questi gli snodi sui quali si articola la riforma del sistema sanitario.

In un complesso quadro di statuizioni e deleghe al Governo, la Commissione ha ripercorso la strada tracciata dalla legge 833 del 1978, intervenendo con significative ed incisive modifiche rispetto a tutti quei casi in cui l'attuazione della riforma sanitaria si fosse rivelata insoddisfacente, incompleta, impossibile.

Mi rendo conto, ci rendiamo conto che la bufera incalza sulla sanità già da troppo tempo. Tra scandali e denunce di ogni genere, il nostro compito non è stato facile, soprattutto perché non sempre denunce e scandali ispirano vere correzioni di rotta.

Non si può né si deve trarre beneficio da una situazione che penalizza l'intero paese, facendolo precipitare nella considerazione degli italiani e dell'opinione pubblica internazionale. Vi è invece lo spazio per un concorso fattivo di iniziative politiche e di miglioramenti legislativi, dei quali è stata significativa testimonianza il lavoro della Commissione affari sociali.

Certo, l'esame del provvedimento va portato a termine tempestivamente: senza che venga soffocato il dibattito in Assemblea, appare necessario dare il via alla riforma.

Prima di concludere questo mio intervento — rimettendomi per il resto, come ho già detto all'inizio, alla relazione scritta — desidero soffermarmi su un punto rispetto al quale né i gruppi né il relatore possono essere elusivi: si tratta del ruolo dei politici nella sanità.

Il Servizio sanitario nazionale corrisponde essenzialmente al dettato costituzionale per la parte in cui la tutela della salute è fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Anzi, il Servizio sanitario nazionale realizza il di-

ritto alla salute, che è diritto di natura pubblica oltre che di interesse pubblico.

Storicamente, la tutela della salute in Italia è stata regolata dalla legge in modo che il cittadino, ogni cittadino, potesse avere una protezione di ordine generale. Il legislatore italiano, anche in virtù della norma costituzionale, non ha delegato al settore privato la realizzazione del diritto alla salute, pur riconoscendo ai privati la piena legittimazione ad operare nel settore sanitario.

La realizzazione del diritto alla salute presuppone la creazione di servizi. Essi hanno un costo ed il loro finanziamento può in tutto o in parte derivare dall'intervento pubblico. Se essi però sono resi da privati il loro costo è sopportato da chi ne usufruisce.

Ecco il punto: il diritto alla salute può essere assicurato da un servizio sanitario nazionale oppure lasciato all'iniziativa privata. Nel primo caso si sviluppa in pieno l'interesse della collettività per la salute di tutti gli individui e si realizzano i presupposti della partecipazione di tutti alla gestione dei servizi sanitari. Tale partecipazione può essere assicurata attraverso la presenza negli organi di gestione dei servizi sanitari di rappresentanti dell'interesse generale.

Onorevoli colleghi, possiamo e dobbiamo denunciare le alterazioni provocate dai partiti nella loro qualità di soggetti che esprimono la rappresentanza dell'interesse generale nel Servizio sanitario nazionale; non possiamo e non dobbiamo però lasciare che il ruolo della politica venga revocato in dubbio quando siano in gioco interessi generali. Le distorsioni che tutti conosciamo, le ingerenze indebite, le violenze sulle istituzioni sanitarie, queste vanno rimosse. Non la giusta rappresentanza dell'interesse collettivo!

Il Servizio sanitario nazionale viene munito con questa legge di un meccanismo di difesa dalle deviazioni illegittime ed illegali. Gli eccessi partitocratici vengono estromessi dalla sanità, senza che per reazione interessi particolaristici o categoriali prendano il sopravvento, minando alle fondamenta la previsione costituzionale

del diritto alla salute come interesse della collettività.

La legge di riforma sanitaria muove in sintesi da queste intuizioni: che ciascuno torni a fare il proprio dovere.

C'è bisogno degli amministratori politici perché essi sono il naturale ed istituzionale argine contro le degenerazioni tecnocratiche, ma c'è bisogno di operatori totalmente autonomi e professionalizzati perché essi sono l'argine contro le degenerazioni partitocratiche.

Ecco, la legge di riforma ribadisce questi principi. Mentre delimita la presenza politica, raccordandola strettamente agli ambiti costituzionalmente definiti, garantisce il ruolo degli operatori della sanità, ben consapevoli, come siamo, che solo l'esercizio fedele dei compiti assegnati dall'ordinamento può dare certezza di un'equilibrata cornice di indirizzi e di una soddisfacente gestione dei doveri.

In conclusione, credo di dover affermare come ci sia grande attesa per il lavoro che andiamo ad iniziare, soprattutto fra la gente che vive quotidianamente sulla propria pelle i limiti, le disfunzioni e le carenze del sistema sanitario.

Anche e soprattutto per loro dobbiamo scrollarci di dosso una sorta di rassegnazione fatalistica sull'ingovernabilità, l'inefficienza del sistema sanitario, ed operare costruttivamente, con grande determinazione, per dare al cittadino un motivo in più per credere nella capacità delle istituzioni democratiche di sintonizzarsi con le proprie ansie, le proprie attese e le proprie speranze.

Ho la ragionevole speranza che il dibattito in Assemblea potrà arricchire ulteriormente questo provvedimento, perché alla fine sia una buona legge, capace di rispondere ai bisogni reali della gente, che è quanto ci chiede e si aspetta da noi (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il relatore di minoranza, onorevole Tagliabue.

GIANFRANCO TAGLIABUE, Relatore di minoranza. Signor Presidente, signor mi-

nistro, onorevoli colleghi, anche noi abbiamo preparato una relazione scritta, alla quale pertanto mi rimetto, limitandomi in questa sede ad alcune considerazioni di carattere generale.

La natura dei problemi che affliggono il servizio sanitario nazionale rende necessaria un'azione concreta che sia volta a cercare le condizioni effettive di un rilancio funzionale e di un riordino organizzativo del Servizio sanitario nazionale. Condizione per intraprendere effettivamente questa strada è superare l'angustia e la parzialità, oltre che la palese non verità, di un dibattito, nel paese e tra le forze sociali e politiche di governo, tutta 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 e, in parte, sulla base di questa vera e propria distorsione di analisi, anche spiegabile l'indicazione da parte dell'esecutivo di una velleitaria manovra di risanamento incentrata sull'introduzione dell'assistenza indiretta, la fuoriuscita dal sistema sanitario di una quota di cittadini, la vecchia e perversa logica dei ticket: soluzioni non solo incongrue, ma inefficaci sul piano economico e finanziario, quanto su quello della razionalizzazione ed efficacia del sistema.

L'inaccettabilità di queste scelte è da sottolineare non solamente in ragione degli iniqui e vessatori meccanismi che vengano a regolare il rapporto tra 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 dunque quello dell'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 ri-

forma del sistema di protezione socio-sanitaria nel nostro paese, ma che pone altresì in evidenza l'urgenza, oltre che di un'attiva riflessione sul versante dell'eliminazione di una vasta e insostenibile area di sprechi, di ripensare soprattutto radicalmente le regole e le norme che stanno alla base della disciplina e del funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Tale ripensamento deve conformarsi ad 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 ripercuotano sull'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 diritti di cittadinanza ai quali un moderno Stato democratico deve saper pienamente corrispondere.

Occorre dunque aver coscienza di dover porre rimedio ad un'evidente incongruenza, ad una sorta di supposta inconciliabilità che è venuta determinandosi tra le modifiche intervenute nella struttura produttiva e di lavoro e quelle realizzatesi nei sistemi di sicurezza sociale. In tale 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 quella della riforma istituzionale e gestionale del sistema e dei criteri di contabilità, a quelli del riordino degli ospedali, del potenziamento dei servizi territoriali di prevenzione, di una nuova politica dei farmaci e della modifica della 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 che diano, però, chiaro e preciso il segno della prospettiva strategica di riforma che si vuole perseguire. Tutto questo non si evince con coerenza nè dal disegno di legge n. 4227, nè tanto meno dalla *Relazione previsionale e 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, della non volontà di 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 tra 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, mentre dall'altro ha spinto verso una progressiva distorsione del modo stesso di rappresentare ed interpretare il bisogno soggettivo di tutela della salute.

Per essere più chiaro, 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 tali sistemi organizzino, che ne rappresentino con chiarezza la distinzione di ruoli, che ne evitino la commistione, che ne incentivino altresì il rapporto e l'integrazione. Nessuno oggi ipotizza, all'interno del 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 e 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 visibile del più deleterio ed inefficace funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

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

Su quest'ultimo punto reticenze ed ambiguità non reggono né 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, nel rispetto di alcune necessarie coerenze. Devono essere chiari i confini dell'agire della politica e delle istituzioni, anche in considerazione dei diversi momenti tecnici e gestionali. Occorre procedere alla ridefinizione di un corretto rapporto programmazione-risorse, tenendo conto dell'autonomia gestionale e funzionale dell'intero comparto ospedaliero. Devono altresì sussistere precisi principi di riferimento giuridico e normativo per la politica del personale, fissando norme certe di incompatibilità.

Per il gruppo parlamentare comunista si tratta di condizioni essenziali per una diversa politica di governo concernente la salute nel nostro paese. Occorre allora agire senza tentennamenti, affrontando subito il discorso delle norme sulla incompatibilità, che il disegno di legge di riassetto del Servizio sanitario 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 delle incompatibilità si potrà determinare un quadro nuovo in

riferimento al rapporto di lavoro del medico, modificando l'esistente, sia per quanto riguarda il pubblico sia per quanto concerne il privato.

Proprio nella prospettiva di un rapporto unico con il Servizio sanitario nazionale possono venire meno di fatto i presupposti per la reiterazione del doppio tipo di lavoro (tempo pieno, tempo definito). Ecco perché pensiamo si debba tendere alla definizione di una sola figura di medico dipendente, titolare di un rapporto di lavoro esclusivamente con la struttura pubblica nella quale opera. Si tratta di una revisione giuridica che non deve trasformarsi né intendersi come vincolo punitivo, ma deve derivare invece *a posteriori* quale opzione individuale conseguente una compiuta realizzazione professionale, che sia completa di un'adeguata retribuzione, di uno sviluppo di carriera più articolato, di incentivate motivazioni culturali incentrate sulla ricerca e sulla didattica.

Contestualmente e in modo ineludibile va affrontato il nodo che investe la natura giuridica stessa del rapporto di lavoro. Nell'articolo 11 del testo all'esame dell'Assemblea si configura una mediazione incongruente tra regime pubblico-privato e delegificazione, che è tutt'altro che risolutoria ai fini di un risanamento del sistema che non ammette rigidità disciplinari. È preoccupante a negativo che a questo proposito non si siano voluti accogliere suggerimenti e proposte avanzati dalle confederazioni sindacali e si prospetti una soluzione confusa, funzionale alla richiesta di alcune categorie mediche, il cui consenso sull'attuale articolo 11 è stato strappato come contropartita in occasione del recente rinnovo contrattuale.

È però incontestabile che rapporto di lavoro di diritto pubblico così sostanziato, ancorché di supporto all'organizzazione di un servizio pubblico, è strumento di perpetuazione di un sistema di potere, fonte di frustrazione e demotivazione che impedisce una flessibilità e modulabilità di profili e modelli organizzativi all'altezza delle necessità di qualificazione ed efficienza dei servizi. Si tratta di quanto di più indisponibile si possa immaginare per il perse-

guimento di un credibile progetto di riforma della pubblica amministrazione nel nostro paese.

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

Debbono insomma essere previsti rapporti di lavoro a termine che siano posti a verifica e possano essere rinnovabili, revocabili e retribuiti in misura conforme ai reali valori di mercato espressi dalle singole professionalità.

Ciò facendo non solo si riuscirà a produrre un modello operativo ed organizzativo che finalmente realizzi con sufficiente chiarezza procedure di responsabilizzazione sostanziale, ma altresì verrà rappresentata la piena correlazione che deve esservi tra responsabilità assunte, risorse utilizzate e risorse ottenute.

In un quadro di questo tipo si dovrebbe, senza enfattizzazioni e liberi da pregiudizi ideologici, riconsiderare il discorso relativo alla libera professione. Per le considerazioni di merito sull'articolato rimando al testo della relazione scritta da me presentata.

In conclusione, onorevoli colleghi, c'è bisogno di introdurre subito regole chiare e trasparenti che spezzino per sempre vecchie logiche spartitorie, appesantimenti burocratici, che sciolgano nodi vitali per una seria politica sanitaria ispirata ai principi culturali, etici e scientifici della legge di riforma, fuori da ogni demagogia o «intangibilità» di quella legge.

Il provvedimento del Governo deve essere chiaro fino in fondo e deve affrontare una volta per tutte (non tra le righe) i problemi del settore, perché la sanità pubblica nel nostro paese non 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 prosperare sull'inefficienza pubblica, scardi-

nando così principi fondamentali (tanto più fondamentali proprio perché ci troviamo in un'epoca di scarse risorse) quali la solidarietà sociale, la giustizia fiscale e la difesa dei principali diritti di cittadinanza.

Nel definire il riordino del servizio sanitario nazionale occorre dunque non adottare *escamotages* che rischiano di far degradare ulteriormente la sanità pubblica, evitando la logica di favorire questa o quella *lobby*, questa o quella corporazione. Occorre essere consapevoli che non si rimuoverà nulla se non saranno tutti chiamati ad un'azione responsabile e finalizzata a fare del Servizio sanitario nazionale un sistema-salute degno della quinta potenza industriale del mondo. Per questo offriamo ancora una volta all'Assemblea soluzioni emendative e propositive che, in merito a cinque questioni, debbono essere chiaramente definite, senza scorciatoie o mediazioni pasticciate.

Sono necessarie anzitutto risorse e programmazione, nonché certezza finanziaria, fiscalizzazione dei contributi di malattia, autonomia impositiva per regioni e comuni: una politica che incentivi cioè le attività delle USL al fine di qualificare le entrate da destinare alla salute.

In secondo luogo, è opportuna una netta distinzione fra politica e gestione, con aziende erogatrici di servizi e dotate di autonomia e responsabilità.

In terzo luogo, è necessaria un'autonomia gestionale e funzionale degli ospedali, senza inutili moltiplicazioni aziendali e lottizzazioni partitiche, così come si configurano nell'articolo 6 del progetto di legge al nostro esame. Ciò non significa non valutare la necessità del pieno decollo nel nostro paese di possibili poli di eccellenza relativi ad ospedali ad alta specialità. Ci chiediamo però se occorra prima definirne la natura giuridica aziendale invece come noi crediamo — i parametri, le caratteristiche e le dotazioni necessarie perché tali poli decollino non solo giuridicamente ma anche nella realtà.

È singolare che da questo punto di vista l'unico problema nella maggioranza sia stata finora vissuto sulla quantità di ospe-

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

dali da «scorporare» e non — come noi crediamo — sulla definizione di criteri chiari e limpidi perché in Italia poca decollare una struttura in grado di affrontare con elevata qualità problemi curativi di alto livello.

Inoltre, sono necessarie norme di diritto comune e di compatibilità per il personale del Servizio sanitario nazionale, così come abbiamo previsto nei nostri emendamenti presentati all'articolo 11 del disegno di legge n. 4227 all'esame dell'Assemblea.

È opportuna, infine, una nuova configurazione dei diritti e dei poteri dei cittadini, ricercando e individuando le forme migliori per una effettiva e diretta loro responsabilità.

Onorevoli colleghi, abbiamo enucleato cinque questioni che a noi sembra 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 attraverso i punti richiamati.

Siamo convinti — e rivalgiamo un appello a tutte le forze riformatrici e di progresso — che mediante uno sforzo innovativo comune al Parlamento e al paese la sanità pubblica possa essere risanata, resa efficiente e capace di rispondere alla domanda di salute più matura e consapevole dei cittadini italiani.

Siamo convinti che un rinnovato patto di fiducia tra cittadini ed istituzioni passi 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.

Siamo convinti che, dopo il tempo dei *blitz*, degli interventi dei NAS, delle legittime denunce su alcune unità sanitarie locali, si debba compiere con coerenza da parte del Governo e di tutte le forze politiche un gesto riformatore profondo, limpido, leggibile e credibile per tutti, cittadini, operatori e istituzioni.

Abbiamo proposto al nostro XIX congresso nazionale...

PRESIDENTE. Onorevole Tagliabue, il tempo a sua disposizione è scaduto!

GIANFRANCO TAGLIABUE, *Relatore di minoranza*. Concludo subito, signor Presidente. Abbiamo proposto — dicevo — di non procedere alla nomina dei membri dei comitati di gestione dopo le elezioni amministrative del 6 maggio scorso. Il segretario generale del partito comunista ha richiamato le altre forze politiche a dare prova di volontà comune e di coerenza. Abbiamo infine presentato emendamenti ad una proposta che affronta la fase transitoria.

Onorevoli colleghi diamo a tutti prova di coerenza, a partire dalla norma transitoria per il passaggio dal vecchio al nuovo regime. Si provveda al commissariamento straordinario delle unità sanitarie locali nella persona del sindaco e degli assessori democraticamente eletti il 6 maggio. Mostriamo così alla politica che il potere interessa solo se è finalizzato a saper 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 non solo più a lungo, ma in buona salute.

Dalle considerazioni che ho svolto, dal contributo qualificato che il gruppo comunista recherà nel corso dell'esame degli articoli del disegno di legge, risulterà chiaro il nostro impegno a contribuire al varo di una riforma del Servizio sanitario nazionale utile ai cittadini, agli operatori ed al paese (*Applausi dei deputati del gruppo del PCI*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole rappresentante del Governo.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo si riserva di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Il primo iscritto a parlare è l'onorevole Pier Luigi Castagnetti. Ne ha facoltà.

PIER LUIGI CASTAGNETTI. Signor Presidente, inizierò il mio intervento con una

citazione: «Il nostro servizio sanitario ha contribuito ad incrementare l'aspettativa di vita, a ridurre il numero dei nati morti, ad abbassare il tasso di mortalità infantile e perinatale. È aumentato considerevolmente il numero delle persone che hanno usufruito di trattamenti ospedalieri. In altre parole, non solo si vive più a lungo, ma è migliorata la qualità della vita».

Così inizia la relazione del Governo all'ultima proposta di riforma del sistema sanitario in Gran Bretagna. Analoga valutazione possiamo e dobbiamo esprimere per il nostro paese. La riforma che stiamo discutendo nasce infatti dall'esigenza di un ammodernamento, di un adeguamento dei sistemi di sicurezza sociale a situazioni ormai modificate; è un'esigenza avvertita in tutte le democrazie moderne.

Con questo intento, obiettivo e pacato, vorrei che noi tutti ci apprestassimo a definire i contenuti della proposta di riforma. Sarà sicuramente questo lo spirito del mio intervento, che è volto a fornire un contributo modesto ma inequivocabilmente orientato a migliorare il nostro sistema sanitario sul quale, per quanto ho già detto e diversamente da altri, non intendo esprimere giudizi sommari, semplicistici e demagogici.

Conosco i pregi ed i limiti della legge n. 833 e so con quante difficoltà si è innestata nella realtà istituzionale e nel tessuto sociale del nostro paese. Mi rendo conto che dieci anni di vigenza di un sistema così complesso non sono sufficienti ad esprimere su di esso un giudizio definitivo; so, inoltre, che in buona parte del paese ha raggiunto solo di recente una non disprezzabile messa a regime, anche se in alcune aree non è mai decollato. Ciò è avvenuto per contraddizioni non interne al modello, bensì esterne e più ampie, per ragioni che rallentano in certe aree del paese la compiuta attivazione non solo di questo, ma purtroppo anche di altri ordinamenti. So anche che il giudizio che in tali parti del paese l'opinione pubblica esprime sull'organizzazione sanitaria ha finito per colpire il sistema nel suo complesso.

Non ho peraltro dubbi sulla necessità e sull'urgenza di procedere ad una revisione

dell'ordinamento sanitario. Già i dicasteri presieduti dagli onorevoli Gorla e De Mita quando ministro della sanità era Donat Cattin, ed ora anche il Governo Andreotti, con il ministro De Lorenzo, hanno avvertito tale esigenza. La legge n. 833 presenta vizi originari che devono essere corretti: mi riferisco, in particolare, alla sua articolazione istituzionale ed alla insufficiente distinzione tra livelli programmatori e livelli politici tra responsabilità politiche e responsabilità gestionali.

Vi è la necessità di ricostruire i profili delle responsabilità, in particolare di quella finanziaria, e di perseguire obiettivi di reale efficienza anche attraverso una modernizzazione delle strutture e degli strumenti tenendo conto dei suggerimenti che ci pervengono dalla nostra esperienza nazionale e da quella di altri paesi, dall'esperienza pubblica e da quella privata. In questa ottica vi è l'esigenza di riportare la politica entro i confini delle sue competenze e pretendere che in quel contesto essa esprima di più e meglio le sue responsabilità, che adempia cioè di più e meglio al suo dovere.

È necessario, in sostanza, provvedere urgentemente anche per porre fine al clima di incertezza e di attesa del nuovo, che soprattutto negli ultimi mesi sembra affliggere il sistema sanitario, minacciando di paralizzarlo. Certe polemiche, ingiuste perché generalizzate, semplicistiche, demagogiche e spettacolari, che sono state promosse dallo stesso ministro (al quale da un po' di tempo si è associato il maggior partito di opposizione: mi riferisco in particolare ad alcune recenti posizioni del senatore Berlinguer), hanno creato un atteggiamento di frustrazione, di abbandono, di dismissione psicologica nella maggior parte degli amministratori, soprattutto in quelli che hanno svolto seriamente in questi anni il lavoro di impianto e consolidamento del sistema, i quali si sono sentiti oggettivamente delegittimati.

Per tutti questi motivi, la riforma urge, ma urge anche acquisire la consapevolezza che gran parte dei problemi che hanno determinato apprensione e reazioni

della stampa e dell'opinione pubblica non potranno essere risolti con questa legge, in quanto non attengono direttamente all'ordinamento e alla organizzazione del sistema, bensì alla sua gestione.

Penso all'insufficiente volume di risorse destinate al settore della sanità; esiste certamente un problema di responsabilità della spesa, ma ve ne è anche un altro di sottostima del fabbisogno minimo, che deve essere superato. Penso, inoltre, al perdurare del rapporto del pubblico impiego in tutto il comparto che ha determinato, in questo più che in altri settori della pubblica amministrazione, conseguenze davvero gravi. Penso agli sprechi di risorse determinatisi in alcuni settori e denunciati recentemente, da ultimo, dallo stesso Giuliano Cazzola sull'*Avanti!*: mi riferisco alla politica del personale, alle convenzioni, al consumismo farmaceutico e diagnostico. Penso al problema della carenza del personale infermieristico, che può determinare, nei tempi brevi, una grave paralisi di tutto il sistema sanitario. Penso all'insufficiente responsabilizzazione degli stessi cittadini utenti sul versante della questione della domanda assistenziale, che tende ad espandersi, a volte, oltre ogni limite di giustizia e di compatibilità.

Ho solo accennato a questi temi, che sono spesso alla base dell'insoddisfazione e della preoccupazione dei cittadini, perché essi rimarranno, cari colleghi, anche dopo l'approvazione della riforma. E per altro, signor Presidente, signor ministro, pur con tale consapevolezza la democrazia cristiana non si sottrae a questo dibattito parlamentare ed offrirà il massimo contributo perché la legge di riforma risulti la più adeguata possibile.

Non possiamo rischiare di fallire. Se si decide di revisionare un ordinamento così complesso, dopo soli dodici anni, lo si deve fare con la consapevolezza che l'operazione non potrà essere ripetuta a breve. In tal caso, ove fallissimo, avremmo la liquidazione del nostro sistema di sicurezza sanitaria e la conseguente apertura verso avventure di privatizzazione selvaggia che la DC sicuramente vuole evitare.

Ringrazio quindi il relatore Volponi per

il lavoro svolto, per la pazienza e l'intelligenza utilizzate in una preziosa opera di mediazione e costruzione della proposta oggi alla nostra attenzione; una proposta che mi auguro possa essere ulteriormente migliorata con il contributo di quanti sapranno entrare nello spirito che ha animato la maggioranza della Commissione senza pregiudizi. Con questo spirito io stesso mi permetto, per altro, di richiamare l'attenzione dal relatore e di tutti voi, onorevoli colleghi, su alcune questioni non secondarie che mi preoccupano.

La prima riguarda la possibilità che la nuova organizzazione del sistema possa andare agevolmente a regime entro tempi accettabili, in modo da non protrarre il periodo di transizione da un ordinamento all'altro verso limiti oltre i quali potrebbe determinarsi la paralisi. In Gran Bretagna sono stati stimati i tempi di passaggio alla nuova ultima riforma del 1989 in tre anni. Noi prevediamo tempi più rapidi ed obiettivamente non realistici. Già la legge n. 833 sbagliò la calibratura dei tempi di applicazione e pagò duramente nella fase iniziale questo errore. Del resto, ho contato gli atti successivi all'approvazione di quella legge: tra atti di indirizzo e di coordinamento, decreti ministeriali, decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, decreti delegati, leggi regionali, schemi-tipo di convenzione ne ho contati 26. Sono troppi, obiettivamente troppi e troppo aggrovigliati! Non sottovalutiamo questa insidia, un insidia che potrebbe riservarci cattive sorprese, soprattutto nei primi anni di avvio del nuovo ordinamento.

La seconda questione che vorrei affrontare riguarda la regionalizzazione del sistema. Credo che questa scelta possa essere più temperata con altre esigenze, ed in ogni caso, meglio articolata. In particolare, mi permetto di sollevare alcune riserve sul ruolo che nel nuovo sistema viene ad assumere la regione. Il superamento dell'azienda regionale previsto nel disegno di legge Donat-Cattin scarica infatti in capo alla regione, anzi all'assessorato alla sanità della regione, volumi di competenze non facilmente gestibili per la loro mole e tali, in ogni caso, da rischiare di

trasformare la stessa natura dell'ente regione da ente di programmazione a ente di fatto di gestione. Secondo l'articolo 3, infatti le regioni determinano la programmazione, ripartiscono le risorse, esercitano i controlli sugli atti delle unità sanitarie locali, ne consolidano i bilanci, ne gestiscono direttamente tutto il loro patrimonio, promuovono azioni di indirizzo tecnico, di vigilanza e di controllo di gestione sull'attività delle stesse. Una presa diretta, insomma, su tutta la gestione formalmente realizzata da enti strumentali.

Credo che la responsabilità finanziaria delle regioni — questo mi sembra sia stato l'argomento — non comporti necessariamente un così intenso coinvolgimento diretto delle stesse nella gestione delle aziende sanitarie. Rischiamo, se pure ad un nuovo livello, un'ulteriore e tanto deprecata politicizzazione della gestione sanitaria. La regione deve limitarsi a programmare e governare il sistema e, attraverso l'esercizio di queste funzioni — escludo quindi quella del coinvolgimento nella gestione — assumere la responsabilità finanziaria.

Credo che tutta l'esperienza dell'attività del Governo in questa nostra Repubblica, in questi 45 anni, abbia dimostrato che l'esercizio della funzione di governo è compatibile con l'assunzione della responsabilità finanziaria, escludendo un coinvolgimento, sia pure indiretto — ma in questo caso è addirittura diretto — in molti punti della gestione.

Ma se la programmazione e l'azione di governo sono le vere competenze delle regioni, allora vi è l'esigenza di riconoscere più spazio, proprio ai sensi degli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione, alla loro autonomia e responsabilità politica.

Certe rigidità, talune inopportune pretese uniformità, talune tentazioni neocentralistiche contenute nell'articolato, possono finire per allontanare l'obiettivo di una effettiva responsabilizzazione, anche finanziaria, delle regioni.

Vediamo se è possibile riconoscere loro maggiori spazi per attivare, ad esempio, ipotesi di più vivaci mercati interni al sistema sanitario regionale, sperimentazioni orga-

nizzative sperabilmente anche più audaci di quelle previste dal nostro articolato, collegamenti efficaci con gli enti locali non foss'altro che per gestire materie *border line* fra assistenza sanitaria ed assistenza sociale — quest'ultimo aspetto non è assolutamente previsto nell'attuale testo di riforma —, per definire le regioni, esse e solo esse, alla luce anche della loro accentuata responsabilità finanziaria, se e quali ospedali rendere autonomi, se, quando e quali unità sanitarie debbono essere ripериметrate nei confini territoriali, anche per evitare il possibile errore di dimensioni definite verticisticamente in modo astratto ed avulso da parametri concreti di efficienza e di economicità.

La terza questione che vorrei affrontare è quella della scelta aziendale e del rapporto politica-amministrazione. Condivido pienamente la scelta aziendale; condivido pienamente l'affidamento della gestione al *management* tecnico; per altro, così come ritengo che i politici debbano ritirarsi dai territori della gestione, non di meno penso che occorra evitare che i tecnici possano sconfinare in territori che non possono essere sottratti alla responsabilità della politica.

Si è detto che il modello aziendale moderno è quello delle società per azioni, normalmente gestito da un amministratore delegato. Non è del tutto esatto: nella società per azioni il potere è gestito da un rappresentante, da un delegato del 51 per cento degli azionisti. Nel nostro caso si deve tener conto che gli azionisti, cioè la totalità dei cittadini, sono rappresentati dal potere politico, al quale chi è responsabile della gestione dell'azienda deve sempre rapportarsi e rendere conto.

Ma per tornare al modello organizzativo dell'azienda sanitaria, sia essa USL o ospedale, spero che il dibattito riesca a fugare una mia riserva relativa alla funzionalità della concentrazione di tanto potere e di tante responsabilità in capo ad una sola persona fisica, non solo per il rischio che per la sua scelta si determini un eccesso di interesse politico da parte di chi deve compierla, ma proprio per il funzionamento concreto del sistema.

Il dibattito più recente sul funziona-

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

mento delle organizzazioni complesse mi pare infatti che si orienti non a concentrare ma a distinguere e distribuire la gestione su una pluralità di soggetti. Sotto questo profilo, a me pare più moderno e meno rischioso il modello organizzativo previsto dall'articolo 52 della legge sulle autonomie locali, recentemente approvata.

Vorrei fare, in conclusione, una considerazione sui destinatari della riforma: i pazienti. Non sfugge sicuramente al Governo l'esigenza di averli sempre al centro del nostro lavoro; essi personificano la vera ragione di questa riforma. Vogliamo per loro un sistema sanitario più efficiente, vogliamo una medicina più umanizzata e vogliamo essere certi che ciò accadrà.

Dovremo allora opportunamente integrare l'articolato, irrobustendo non solo i meccanismi di trasparenza e partecipazione, ma anche quelli di verifica e misurazione della qualità delle prestazioni erogate. Non mi sembra che si possa oggi, nel 1990, legiferare in questa materia senza prevedere qualche strumento concreto di *medical auditing*. La qualità, come è risultato dal seminario organizzato l'anno scorso dalla Commissione affari sociali della Camera, viene garantita con l'organizzazione, il coinvolgimento e la motivazione degli operatori. Ma la qualità può essere oggi controllata, misurata, e dunque anche meglio garantita.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, ho corso consapevolmente il rischio anche dell'equivoco, se non della strumentalizzazione o dell'accusa manichea di non aver sostenuto compiutamente tutte le parti di questo provvedimento di legge, che è giustamente innovativo ed apprezzabile per molte parti. Ho corso questo rischio per non rinunciare alla responsabilità personale, che avverto come parlamentare, di manifestare, assieme alle mie ragioni di buon senso, anche le mie forti riserve su un modello di riforma attorno al quale le parole debbono, a mio avviso, ritrovare i toni bassi e responsabili di chi rifiuta di trattare semplicisticamente una materia che è e rimane complessa (*Applausi dei*

deputati del gruppo della DC — Congratulazioni).

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

FRANCO RUSSO. Signor Presidente, è indubbia sia la rilevanza di questo dibattito sia l'importanza del testo unificato propostoci dalla Commissione affari sociali.

Con l'esame di questo provvedimento, il cui obiettivo è quello di modificare la riforma sanitaria, vengono al pettine in forma concreta problemi di natura generale. La rilevanza del provvedimento deriva dal fatto che si tratta di commisurarci con alcune questioni, assai precise e concrete, attinenti alla salute.

La legge n. 833 del 1978, definendo i principi generali del servizio sanitario nazionale, ribadiva come la salute sia un fondamentale diritto dell'individuo e dunque un interesse della collettività, ripetendo grosso modo le parole con le quali la nostra Carta costituzionale stabilisce che la salute è un bene da garantire a tutti i cittadini, mettendone in evidenza, al contempo, l'interesse generale della collettività.

La salute evoca immediatamente le tematiche dello Stato sociale ed i diritti della persona. Diritti che oggi vengono definiti, a mio avviso in maniera un po' limitata, di cittadinanza, mentre ritengo che noi dovremmo continuare a perseguire la possibilità di assicurare i servizi sanitari a tutti coloro che si trovano nel nostro territorio nazionale, non solo cioè a quelli che hanno la cittadinanza italiana ma anche a quelli che, pur non avendola, si trovano nel nostro paese (mi riferisco, evidentemente, agli extracomunitari).

La salute è dunque un diritto universale, che va al di là della «soglia» della cittadinanza ed è al centro delle controriforme (dirò più avanti per quale ragione uso questo termine) dello Stato sociale.

Innanzitutto, vorrei precisare per quale motivo, a mio avviso, la salute non può essere garantita dai meccanismi di mercato. Le proposte di privatizzazione che vengono avanzate, con l'esaltazione

dell'efficienza come prodotto unico del regime di mercato, e quindi dell'azienda, mi sembrano non tener conto dell'esperienza storica. Si propone come panacea di tutti i mali del servizio sanitario nazionale un ritorno al privato, quando invece il processo storico della stessa società capitalistica, ove domina il mercato, ci insegna il contrario.

Perché il mercato non è in grado di garantire la salute? Perché il mercato non è in grado di garantire dei servizi? Perché le cosiddette esternalità positive hanno, nel campo della salute, un costo altissimo che nessun privato può affrontare. Esse dunque non possono che essere affrontate dalla collettività, attraverso meccanismi decisionali affidati al potere politico inteso in una sua accezione positiva, cioè come rappresentante reale della collettività. È stato quindi il mercato stesso a dire che è impossibile garantire il bene salute (la nostra Costituzione ha fatto di questo principio un'acquisizione di fondo) attraverso i meccanismi dell'impresa privata.

Vorrei insistere sul fatto storico che è il mercato che si è disfatto dell'intervento privato nel campo sanitario. Non voglio richiamarmi a principi di umanità e di solidarietà — che pur contano — per contestare la scelta che si compie a favore del privato; ripeto che è stato il mercato a mostrare le crepe in questo campo, così come in molti altri. Non devo certo richiamare i principi e le acquisizioni dell'economia del benessere, voglio però riaffermare l'importanza delle esternalità positive e quando parlo di ciò mi riferisco ad un bene usufruito non soltanto dai produttori o dai singoli consumatori, bensì dall'insieme della collettività. Ebbene, in questo campo non può che agire il potere politico, il quale attraverso diversi strumenti (i contributi malattia, la fiscalità) si assume l'incarico di produrre il bene utile alla salvaguardia della salute.

Non mi richiamo alla Carta costituzionale o a principi generici, ma, ripeto, alla storia del mercato. Nel campo della salute ci troviamo a fare i conti con un bene in parte indivisibile ed in parte, come ben

sappiamo, divisibile, usufruibile dai singoli. Non ci troviamo in un campo assimilabile a quello della difesa o della giustizia, bensì in un campo molto complesso, in quanto si tratta di un bene pubblico non puro. Per questo motivo oggi gli economisti si affannano a non affrontare in termini manichei l'aspetto economico del bene servizio pubblico per la salute.

Per esempio l'economista Hirschman ha richiamato l'attenzione sul fatto che la domanda in certi campi del servizio sanitario risulta assolutamente inelastica. In altre parole ci troviamo in un settore in cui l'offerta è in grado di attrarre potentemente la domanda. Pensiamo al caso di una persona colpita da tumore. La famiglia è disposta a pagare, a far debiti, a vendere i beni familiari pur di venire incontro alla domanda di guarigione dell'ammalato. Ciò significa che l'offerta ha una capacità di attrazione e che la domanda è inelastica rispetto al prezzo. In questo modo ci rendiamo conto di come viene messo in discussione uno dei principi cardine del mercato, per il quale il prezzo può far da regolatore nell'incontro tra la domanda e l'offerta.

Sappiamo, inoltre, che vi sono settori che non interessano il mercato come, ad esempio, quello dei malati terminali. L'esperienza e le indagini empiriche — è inutile bollare certi atteggiamenti come cinici — ci dimostrano che nessuno è disposto per una settimana ad investire milioni e milioni per tenere in vita un malato terminale. Non entro in questo momento in una discussione di carattere etico, per dire se sia giusto o meno tenere in vita una persona. Molto spesso la stessa famiglia non è disposta ad intervenire nei confronti di un malato terminale ed allora, da questo punto di vista, il problema non può che riguardare la collettività.

Pensiamo ad un settore meno drammatico, come quello della ricerca. Ebbene, nessun privato sarà disposto ad intervenire nella ricerca, ad esempio, della cura contro l'AIDS, fino a quando non vi sarà un riscontro positivo in termini di profitto. Vi sono altri settori, come quello delle analisi o delle lungo degenze, in cui il privato non

ha interesse ad intervenire con le sue strutture aziendali.

Ho voluto ricordare questi esempi, signor Presidente, onorevoli colleghi, per dire che non possiamo semplicisticamente affrontare i problemi connessi al servizio sanitario ricorrendo al mercato e pensando di risolvere in questo modo tutti i problemi. Gli operatori privati — ripeto — quando intervengono lo fanno solo con l'ottica del profitto, ritagliandosi le zone del sistema sanitario molto appetibili dal punto di vista economico. Come sappiamo, queste zone di intervento evolvono storicamente ed oggi ci troviamo di fronte ad alcuni settori, come quello delle malattie di cuore e dei tumori, nei quali il privato vuole intervenire sottraendoli all'intervento pubblico e creando in questo modo uno scompenso ed una commistione perversa tra pubblico e privato.

Al servizio pubblico vengono lasciati campi di intervento particolare come, ad esempio, quello della cura dell'AIDS, della ricerca, delle malattie croniche, delle lungo degenze o dell'assistenza, riservando al privato i settori dai quali è possibile trarre profitto. Ma contemporaneamente quest'ultimo non si fa carico di quelle esternalità (utilizzando un termine gergale) come — ripeto — la ricerca, la cura di epidemie o altri casi, lasciando che la collettività ne sopporti gli alti costi.

In sostanza, il privato interviene per mangiarsi la « polpa » — mi spiace usare termini un po' brutali in un campo in cui sarebbe opportuno utilizzare espressioni che si richiamino alla solidarietà — lasciando al pubblico gli interventi più costosi. Per queste ragioni sono contro lo smembramento o un ipotesi mista di privato e pubblico. Questo sarebbe il peggior sistema.

So bene che l'offerta a costo zero crea sovradomanda e non è un caso, appunto, che la domanda sanitaria sia continuamente in eccesso, anche perché si creano collusioni tra gli operatori e il malato. So bene, quindi, che occorrono interventi in grado di dimensionare la domanda.

I campi di intervento da sperimentare sono moltissimi; innanzitutto si potrebbe

evitare, ad esempio, la medicalizzazione o l'ospedalizzazione. In materia sono corsi fiumi di inchiostro.

Riconosco che la mancanza di percezione del costo dei servizi sanitari può spingere la domanda a sovradimensionarsi. Tuttavia non ho sentito far riferimento a tali problemi, né nel corso della discussione in Commissione (ho letto i resoconti) né da parte dei relatori. Anche coloro che sono per un « iniezione » di privato nella sanità pubblica devono infatti fare i conti con modelli abbastanza complessi.

Mi rifaccio ad un saggio di uno dei più profondi conoscitori di economia sanitaria, Giuseppe Clerico, che fa riferimento alla introduzione di un modello di competizione all'interno del servizio pubblico basato sul criterio che non è importante creare competizione tra operatori privati ma tra i centri che organizzano i servizi pubblici (nel caso italiano tale ipotesi potrebbe riguardare le USL, che potrebbero comprare servizi da altre strutture sanitarie).

Ebbene, questa discussione è mancata in Commissione e non se ne trova traccia nelle relazioni, compresa quelle di minoranza — mi spiace rilevarlo nei confronti dell'espertissimo collega Tagliabue — anzi è previsto l'esercizio della professionalità privata nelle strutture pubbliche, esaltando insomma quanto già il privato ha imposto.

Contesto per altro il giudizio secondo cui in Italia ci troviamo di fronte solo alle carenze del Servizio sanitario nazionale. Chi segue la materia sa infatti benissimo che nel nostro paese esiste già un sistema misto pubblico-privato. I pazienti vengono infatti indirizzati a strutture ospedaliere ed ambulatoriali convenzionate; sappiamo che si fa ricorso in percentuale del 90 per cento a case di cura private convenzionate e che esistono convenzioni con i laboratori di analisi. Inoltre la spesa specialistica passa per il 75 per cento attraverso servizi fondamentalmente privati.

Di cosa ci lamentiamo dunque e di quale servizio pubblico andiamo parlando, quando sappiamo esistere nella situazione italiana una commistione tra pubblico e privato di natura perversa?

I problemi di efficienza, di competitività, di qualità del servizio non possono essere risolti con l'intervento del privato, perché ciò aggraverebbe i costi e comporterebbe la creazione di un «non mercato»; nel settore sanitario ci si trova infatti di fronte a fenomeni che non possono essere controllati dal mercato.

Un ulteriore argomento su cui intendo richiamare l'attenzione è quello del processo di regionalizzazione della sanità e di esclusione del comune dalla gestione sanitaria. Sono del parere che tale impostazione sia grave ed errata, perché solo il comune è in grado di conoscere con precisione la propria realtà territoriale ed il tipo di domanda proveniente dai cittadini. Escludere il comune, affidandogli compiti di mera partecipazione e nomina, è una scelta gravissima. Le unità sanitarie locali non hanno funzionato — voglio dirlo al relatore di maggioranza, onorevole Volponi — per l'espandersi del potere esercitato dai partiti nelle USL, fenomeno che tutti conosciamo e che è stato anche documentato, recentemente ed in passato, dal Ministero della sanità.

I fenomeni alla Ciccio Mazzetta ne sono un esempio. Ma non ci si limita a questo: vi sono le collusioni con l'industria farmaceutica, l'utilizzazione delle USL come centri di potere politico.

È indubbio che i partiti, le corporazioni e le lobbies debbano ritrarsi dalle USL; ma non è certo spostando il centro del peso politico alle regioni che realizziamo tale obiettivo. È ridicolo quanto è previsto dall'articolo 4 del disegno di legge, secondo il quale la nomina delle commissioni amministratrici delle unità sanitarie locali è riservata agli enti locali di riferimento territoriale e, per le aziende ospedaliere, al consiglio regionale. Il potere politico, insomma, continua a dominare i centri propulsivi e decisionali all'interno delle nuove USL o degli enti ospedalieri configurati come aziende. Esso quindi non si ritrae affatto dalla gestione delle USL.

Nessuno di voi, compresi i colleghi del gruppo comunista, ha avuto il coraggio di innovare profondamente in questo campo.

Non è detto che il potere politico — mi consenta di dirlo, onorevole Volponi — rappresenti i cittadini, perché per definizione il potere politico è comunque fatto di parti, proprio perché è costituito da partiti con propri interessi. Non riconosce la parzialità, i limiti dei partiti significa esaltarli come strumento di rappresentanza degli interessi generali.

Perché non avete voluto sperimentare l'elezione diretta degli organi decisionali delle USL? Perché non dobbiamo utilizzare lo strumento elettorale, come facciamo invece per le circoscrizioni? Perché non mettiamo nelle mani dei cittadini una scheda? Perché non consentiamo agli stessi operatori del settore, ai tecnici, di concorrere in altre liste, che non siano presentate dai partiti? Così facendo potremmo recuperare le competenze dei medici, associati con altri operatori, con i sindacati, con i movimenti presenti all'interno degli ospedali, in un rapporto diretto con i cittadini.

Ma un'innovazione del genere a voi non viene mai in mente. Voi dite semplicemente che il potere politico è il rappresentante dell'interesse generale, mentre è storicamente dimostrato che il potere politico in questo campo non ha mai rappresentato l'interesse generale.

Io presenterò degli emendamenti vanno nella direzione che ho detto: non ho paura di moltiplicare gli interventi elettorali dei cittadini. Senza dilungarmi su questo aspetto, perché lo farò in altra sede, vorrei soltanto rilevare come tutti sostengano che il cittadino deve contare, deve essere arbitro, affermando la necessità di attuare delle riforme elettorali in tal senso; ma tutto questo si dimentica quando bisogna renderlo effettivamente arbitro della situazione. Eppure, un settore come quello della salute riguarda direttamente il cittadino: in questo caso egli potrebbe essere davvero giudice perché ognuno sa se ha dovuto fare la fila, se è stato ricevuto bene, se è stato trattato bene, se ha trovato le cure specialistiche *ad hoc*. In questo campo quindi il cittadino, l'utente potrebbe veramente essere il controllore.

Si potrebbe così recuperare un'altra

grande idea dell'economista Irshmar, che sostiene che nei campi in cui le «esternalità» sono positive a costi altissimi non c'è possibilità di uscire dal mercato, come posso fare con il panettiere (se non mi piace il pane che fa, vado da un altro a 150 metri di distanza). Come dice Irshmar, noi possiamo utilizzare solo la voce degli utenti.

Ma da questo punto di visti il disegno di legge in esame è addirittura ridicolo: all'articolo 14, che tratta della partecipazione e dei diritti dei cittadini, prevede il nulla.

Anche da parte cattolica, non ci si venga a parlare di esaltazione degli utenti e di solidarietà, perché non siete stati capaci di affidarvi ai cittadini. Ecco l'altra grave lacuna di questo testo unificato: espropriate i comuni, disconoscete le autonomie locali e non vi fidate dei cittadini e degli utenti. E lo fate tutti.

Non basta infatti annunciare che non ci si ripresenterà per le nomine nelle USL, onorevole Strumendo. Bisogna vedere se vogliamo far ritrarre i partiti dalle istituzioni, soprattutto da quelle che contano; e le USL contano. Questo è il secondo motivo per cui dissento profondamente dal testo che ci è stato presentato.

Vi è poi un terzo aspetto che voglio illustrare, senza alcuna presunzione di originalità, riferendomi a due inchieste parlamentari, quella della commissione Lama e l'indagine conoscitiva sui rischi produttivi, lavorativi e ambientali. Credo — e non perché milito oggi nel movimento verde-arcobaleno — che un'altra gravissima lacuna del testo al nostro esame riguardi proprio il rapporto tra il sistema sanitario nazionale e l'ambiente.

Tutti sappiamo che, per evitare la medicalizzazione e l'ospedalizzazione, occorre intervenire in via preventiva sulla salute ed in senso correttivo nei fondamentali campi dell'ambiente di lavoro e del territorio. Voglio ricordare i risultati cui è pervenuta la commissione Lama, poiché evidentemente i colleghi li hanno dimenticati. Quella commissione afferma che è in atto una profonda modificazione dei ritmi e dei caratteri del processo industriale. In mol-

tissimi nuovi settori produttivi, a cominciare dall'agricoltura si registra un massiccio ingresso della chimica. Non a caso infatti ci eravamo battuti a favore di un referendum sui pesticidi che è stato boicottato da potentissime lobbies.

Come mai allora il testo in esame non attribuisce alle USL gli strumenti necessari per attuare una politica preventiva? Perché non vi chiedete il motivo per il quale non è mai stato elaborato un piano nazionale di prevenzione? Il legislatore del 1978 aveva giustamente individuato nelle unità sanitarie locali lo strumento fondamentale per proteggere la salute dei lavoratori e contemporaneamente quella dei cittadini. È infatti evidente che evitare i rischi produttivi comporta un beneficio non solo per i lavoratori, ma per tutta la cittadinanza (i casi dell'ACNA e della Farmoplant sono esemplari).

Al contrario, l'ambiente è scomparso dal vostro orizzonte. Siete portati ad intervenire solo dopo che i guasti si sono verificati e non ad attuare una politica globale che agisca su tutti i fattori che concorrono al benessere della collettività. La commissione Lama afferma inoltre che sono 70 mila i composti chimici di uso comune e che ogni anno sono introdotti da 500 a 1.000 nuovi prodotti per i quali il controllo sulla tossicità è interamente delegato allo Stato. Vi siete chiesti se questo controllo avvenga e se le USL siano dotate degli strumenti necessari per effettuarlo?

Fino ad oggi l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro ha individuato 46 sostanze o processi industriali sicuramente o probabilmente cancerogeni per l'uomo e 77 che sono possibilmente cancerogeni molti dei quali diffusi, come i solventi e l'amianto. Di quali strumenti disporranno le strutture che voi avete previsto per prevenire i rischi e per intervenire sull'ambiente di lavoro?

Esistono poi rischi nuovi, come quelli che derivano dalle biotecnologie. Le nuove strutture avranno gli strumenti per affrontarli? Credo di no, perché nella vostra concezione il campo ambientale rientra nella pura retorica. Sappiamo invece che le questioni relative alla salute nell'ambiente di

lavoro sono assai importanti, come dimostrato dai morti e dai feriti sul lavoro, nonché nell'ampia problematica delle malattie professionali.

Penso che il testo al nostro esame sia gravemente carente sotto tale profilo, denunciando un approccio di esclusiva medicalizzazione e di mancata prevenzione, che equivale a chiudere gli occhi di fronte ai nuovi grandi problemi che abbiamo davanti.

Richiamandomi alla ricerca che avete condotto nell'ambito della XII Commissione, mi sono chiesto se tale indagine vi avesse guidato nella redazione del testo che avete sottoposto all'esame dell'Assemblea. La risposta è negativa, poiché esistono settori — come l'edilizia e l'agricoltura — rispetto ai quali avrebbe dovuto emergere un'indicazione di fondo concernente gli strumenti che devono essere attribuiti a quelle strutture cui fate riferimento, le quali per altro erano già disciplinate dalla vecchia legge, e non hanno assolutamente funzionato.

Onorevoli colleghi, l'indagine sui rischi che corrono i lavoratori per cause dipendenti dal tipo di produzione a cui sono addetti e dall'ambiente nel quale operano...

PRESIDENTE. Onorevole Franco Russo, ha ancora a disposizione due minuti.

FRANCO RUSSO. Concludo, signor Presidente. Desidero solo rilevare che la ricerca che ho ricordato ha posto l'accento sul problema della prevenzione medica nei luoghi nei quali si vive e si lavora.

La profilassi delle malattie infettive, l'igiene pubblica, l'inquinamento ambientale, chimico, fisico e batteriologico, devono essere al centro dell'attenzione quando ci voglia compiere un'attività di prevenzione e si consideri effettivamente il bene salute come un bene collettivo. Pertanto dev'essere affrontata la questione di far emergere una nuova cultura in materia di prevenzione, di tutela della salute, che voi, invece, avete completamente dimenticato.

La prevenzione collettiva delle malattie può essere realizzata soltanto se si pongono al centro dell'attenzione i rischi ambientali. Le questioni attinenti all'acqua, agli erbicidi e tutti gli altri pericoli che prima ho richiamato e che possono sorgere all'interno dei luoghi di lavoro costituiscono elementi di aggressione, per così dire, alla salute dei singoli, che chiaramente incidono poi sul benessere della collettività.

A mio giudizio il disegno di legge in discussione non è all'altezza dei tempi: il suo obiettivo consiste solo nel sanzionare l'intervento privato nell'ambito sanitario, per altro già previsto, mentre non sono affrontati i problemi di grande spessore che ho poco fa ricordato e che hanno riflessi sulla democrazia. Mi riferisco al controllo e soprattutto alla estrinsecazione di capacità progettuale, perché il servizio sanitario nazionale sia in grado di far fronte alle emergenze oggi esistenti dal rischio di catastrofe nucleare, giustamente ricordato dalla commissione di indagine che ho citato (perché è tuttora presente) all'inquinamento delle acque a causa degli erbicidi, ai grandi pericoli industriali. Vi è qualche struttura dello Stato che effettivamente verifichi se la legge concernente i grandi rischi industriali sia applicata? Non credo.

Ricordiamo poi le vicende del metanolo, dell'eutrofizzazione, dell'afta, il fenomeno dell'AIDS. Quelli indicati sono i problemi più scottanti. Le nuove strutture predisposte, le USL, gli ospedali aziendalizzati non saranno in grado di farvi fronte, perché l'impianto culturale, l'approccio che è a fondamento del testo in discussione non tiene conto delle effettive esigenze che emergono nel nostro paese in materia di salute.

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

ROSSELLA ARTIOLI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, il disegno di legge in discussione è approvato in Assemblea

dopo anni di confronto sulla riforma della riforma sanitaria.

Tale confronto si è svolto nelle Commissioni sanità di Camera e Senato e in numerose tavole rotonde. Ringrazio il relatore per la maggioranza, onorevole Volponi, per l'attività svolta in quest'ultimo periodo e desidero sottolineare che a mio giudizio la maggioranza ha compiuto un lavoro proficuo, non rifiutando gli apporti dell'opposizione comunista anche se in riferimento a quest'ultima dev'è purtroppo rilevare che spesso si è registrata una sordità, la mancanza di una precisa volontà di proseguire lungo la strada della riforma sanitaria.

Il testo sottoposto alla nostra attenzione è una buona base di discussione e lo definirei soprattutto il «testo possibile». Se non sbaglio, infatti, la politica è l'arte del possibile ed il provvedimento al nostro esame è senza dubbio perfettibile. I socialisti e in generale la maggioranza non saranno sordi alle proposte che verranno avanzate, a patto che non ci configurino semplicemente come operazioni di bracconaggio in riferimento a reali o presunte contraddizioni esistenti all'interno della maggioranza, ma siano invece costruttive e positive.

Il dibattito sviluppatosi in questi anni e alle luce del quale è stato redatto il disegno di legge al nostro esame è partito da una semplice constatazione: si registra un malcontento diffuso per il servizio sanitario offerto dal nostro paese.

La legge n. 833 (che, se non erro, ha rappresentato uno degli ultimi esiti legislativi del periodo di unità nazionale) ha avuto il grandissimo merito — che non può essere assolutamente cancellato — di garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute, conferendo al pubblico la titolarità della sanità. Tuttavia, a causa di una impostazione derivante da una programmazione ideologica ed astratta, essa ha prodotto disfunzioni, insufficienze ed eccessiva burocratizzazione.

Tali insufficienze possono essere così compendiate: mancanza di un preciso quadro di riferimento istituzionale (la legge n. 833 ha vissuto in una certa confu-

sione per quanto riguarda le attribuzioni e le responsabilità delle regioni, dei comuni e delle unità sanitarie locali); mancanza di certezze in merito alle risorse finanziarie disponibili ad ogni livello (fenomeno strettamente connesso alla mancata responsabilizzazione dei centri di spesa); confusione tra momento decisionale e momento di scelta tecnico-gestionale; deresponsabilizzazione complessiva del sistema.

Tali deficienze, non hanno consentito di fornire risposte adeguate in tema di tutela della salute. Il provvedimento al nostro esame si pone pertanto precisi obiettivi, volti a superare la carenze poc'anzi ricordate, grazie ad una maggiore certezza istituzionale e finanziaria e ad una più forte volontà di responsabilizzazione.

Infatti, uno degli aspetti fondamentali del disegno di legge in esame è il chiaro impianto istituzionale, strettamente connesso ad un preciso equilibrio normativo ed alla distinzione tra momento decisionale politico e momento decisionale tecnico; altro elemento fondamentale è poi ravvisabile nel fatto che si tratta di un provvedimento a struttura aperta, che non considera gli atti di indirizzo e di coordinamento un momento di delegificazione selvaggia, ma un modo intelligente per rendere flessibile l'attuale risposta legislativa ad una realtà che muta costantemente.

In questo quadro credo sia importante la possibilità data di sperimentare, di realizzare in un rapporto di proficua collaborazione e di interazione tra pubblico e privato; tale possibilità in futuro potrebbe essere — come diceva il collega Castagnetti, con il quale concordo — ulteriormente esaltata.

In alternativa alla confusa geografia istituzionale sottesa all'impostazione della legge n. 833, il provvedimento in esame opera una chiara scelta di politica: conferisce la titolarità in materia sanitaria alle regioni, delle quali le unità sanitarie locali e gli ospedali divengono enti strumentali.

Non desidero soffermarmi in disquisizioni di carattere costituzionale; vorrei però ricordare — come del resto ha fatto

anche il relatore di maggioranza, onorevole Volponi — gli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione.

La scelta regionale è stata dettata da motivi di opportunità politica e da una ragione fondamentale: la indivisibilità della domanda-salute, cioè alla capacità, da parte della regione, di essere soggetto molto più pronto ed adeguato a dare una risposta complessiva di programmazione, al fine di cercare di superare sperequazioni e scompensazioni esistenti nell'offerta sanitaria, sia a livello regionale che a livello nazionale.

La titolarità della regione in campo di coordinamento e di programmazione non è rimasta semplicemente lettera astratta di programmazione, ma ha voluto essere sostenuta da una precisa responsabilità finanziaria attraverso la costituzione del fondo interregionale e della possibilità di una capacità impositiva. La possibilità di legiferare e di programmare è strettamente legata quindi ad una precisa responsabilità della regione come centro di spesa.

Il fondo sanitario interregionale, deve però partire sulla base di un ripiano dei debiti pregressi, «partenza zero», e essere assegnato in base ai parametri perequativi.

Se questo è corretto, è importante che alla regione sia affidata una potestà impositiva reale, strettamente collegata ad una maggiore potestà decisionale nell'organizzazione sanitaria, sia nel campo della organizzazione delle unità sanitarie locali sia nel campo dell'autonomia dell'azienda ospedaliera.

Da questo punto di vista sono assolutamente d'accordo con le riflessioni e le osservazioni fatte poc'anzi dall'onorevole Castagnetti: infatti, se così è l'impostazione istituzionale credo si debba andare fino in fondo riguardo ai confini dell'autonomia regionale. Ciò, però, deve essere anche strettamente collegato, sul piano dell'amministrazione sanitaria e della gestione, ad un equilibrio preciso e puntuale tra momento regionale, momento del consiglio di amministrazione e momento tecnico-gestionale del direttore sanitario.

Se è necessario che tale impostazione istituzionale non diventi lettera morta, è importante che da essa discenda, soprattutto nell'organizzazione sanitaria — che ha rappresentato senza dubbio una delle lacune più macroscopiche dell'impostazione della legge n. 833 — un equilibrio molto preciso tra responsabilità politica e responsabilità tecnica.

Vorrei che finisse questo «sport» italiano che parlar bene delle unità sanitarie locali è quasi come parlar male di Garibaldi! Senza dubbio, mi auguro che la riforma del Servizio sanitario nazionale ci porti, non più a fare di tuttata un'erba un fascio, ma a cogliere che, al di là delle responsabilità individuali, finora ci si è mossi in un sistema istituzionale confuso, che non portava a responsabilità individuali e collettive nella gestione della sanità.

Proprio in questo quadro, e secondo queste valutazioni, l'impalcatura di carattere istituzionale ed organizzativo dell'unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera trova un equilibrio, che io credo soddisfacente, nei compiti del consiglio di amministrazione e del direttore generale individuati all'interno del testo del disegno di legge n. 4227 al nostro esame. Non è prevista invadenza del politico, ma nemmeno affermata una attesa messianica del tecnico *deus ex machina*.

Il consiglio di amministrazione è inteso come momento di espressione dei bisogni della collettività, come sede di confluenza della domanda-salute, come organismo che formula indirizzi in materia di politica sanitaria, ne verifica la traduzione in scelte operative concrete attraverso l'approvazione del bilancio preventivo. Il consiglio di amministrazione deve altresì verificare i risultati conseguiti sia mediante l'approvazione del bilancio consuntivo, sia applicando il principio dell'assenso-dissenso nei confronti dell'operato del direttore generale. È importante che quest'ultimo sia scelto all'interno di un albo sulla base di criteri severi e rigorosi; il disegno di legge in esame fornisce adeguate garanzie al riguardo, ma sarebbe auspicabile che venissero avanzate proposte tali da rendere i suddetti criteri ancora più selettivi.

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

A questo proposito, ritengo sia fondamentale la previsione, contenuta nel provvedimento in esame, di scuole pubbliche e private per le formazioni di dirigenti amministrativi e sanitari.

Se è questo, a grandi linee, lo schema dell'organizzazione delle unità sanitarie locali nell'ambito del servizio sanitario nazionale, credo sia importante riflettere sull'ente ospedaliero, che viene ridisegnato dal provvedimento in esame con il conseguente superamento della legge Mariotti. Si provvede a disegnare l'organizzazione dipartimentale della rete ospedaliera, razionalizzando lo spaccato esistente, attraverso la chiusura di ospedali non utilizzati e la creazione di una rete nazionale di ospedali di alta specialità.

Tali aspetti fondamentali non devono essere assolutamente disgiunti dai problemi del rapporto di lavoro e dei controlli, che sono in grado di rendere più concreta l'opera di «sburocratizzazione» complessiva del Servizio sanitario nazionale. Essi, infatti, introducono quegli elementi di flessibilità nell'organizzazione, nonché di interazione e di integrazione tra il pubblico ed il privato che appaiono fondamentali ai fini di una revisione globale del sistema sanitario del nostro paese.

Per quanto riguarda il rapporto di lavoro — e mi avvio rapidamente alla conclusione — esiste un aspetto fondamentale, che molto opportunamente è stato ricordato dal relatore. Mi riferisco alla fuoriuscita dal pubblico impiego del comparto sanità, con un rapporto di lavoro che rimane di diritto pubblico, ma che vede lo stesso delegificato e contrattualizzato. Tale scelta si ricollega alla rottura di quella gabbia e ingessatura che ha sempre contraddistinto l'organizzazione sanitaria: mi riferisco al superamento del decreto del Presidente della Repubblica n. 761, cioè del vecchio stato giuridico, che ha soffocato professionalità e meriti.

Secondo questi parametri importante è l'introduzione di contratti a termine per la dirigenza, e la previsione di incompatibilità e unicità del rapporto di lavoro.

Tutto ciò si collega e trova compimento in un sistema di controlli non più di mera

legittimità, formali e ritualistici, ma di qualità, per introdurre in termini concreti e cogenti quel rapporto costi-benefici e parametri di efficacia del servizio che sono alla base di molte nostre discussioni e della scelta fondamentale che ci ha spinto ad una riforma della legge n. 833.

Credo che queste siano le linee direttrici fondamentali lungo le quali ci si è mossi. Esse hanno trovato una traduzione legislativa positiva, senza dubbio perfettibile, ma che comunque costituisce una buona ossatura di partenza, aperta a contributi che non ne snaturino l'impostazione e l'impalcatura generale. Come socialisti e come maggioranza ci si augura che non si incominci a percorrere una strada di cui non si veda il traguardo: se è dal 1983 che discutiamo, non vorrei che ci volessero altri sette anni per riuscire ad avere un esito legislativo (*Applausi!*)

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

LUCIO STRUMENDO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, a pochi giorni di distanza dall'approvazione di un'importante legge di riforma dell'ordinamento, la legge n. 142 sul riordino dei poteri locali, la Camera affronta oggi un argomento di altrettanto grande importanza, di forte rilievo istituzionale e di sicuro interesse per i cittadini del nostro paese. Questi caratteri sono stati sottolineati ieri anche dal ministro De Lorenzo in occasione dell'incontro con alcune categorie di operatori.

È bene allora avviare ed affrontare la nostra discussione con equilibrio, con attenzione ai problemi complessi che si presentano, senza iattanza e senza frettolose semplificazioni, cioè senza ideologismi (il che è stato pure invocato) e senza pretese escludistiche. Del resto, la discussione sul Servizio sanitario nazionale non è di oggi; essa è anzi iniziata subito dopo l'approvazione della legge n. 833.

Il dibattito sull'organizzazione, dei servizi sanitari in Italia può essere, a mio avviso, distinto in due periodi. Il primo periodo, che va dal 1980 al 1987, è stato

caratterizzato dalla discussione sull'attuazione della riforma. Di essa non si mettevano in dubbio i principi di base; si registrava una tendenziale convergenza nell'individuazione dei problemi posti dall'attuazione della legge, delle carenze dell'impianto istitutivo, delle esigenze e delle priorità di intervento. Il dibattito era insomma incentrato sull'attuazione della legge.

Il secondo periodo, cioè gli anni 1988, 1989 e 1990, è caratterizzato da una più o meno evidente messa in discussione dei principi su cui si basa il Servizio sanitario nazionale. In questi anni si registrano significative divergenze di analisi fra chi chiede una profonda modifica del servizio sanitario e chi prosegue nell'analisi dei problemi applicativi, evidenziando le incongruenze fra gli strumenti disponibili ed il modello delineato. Il dibattito, insomma, non si svolge più sull'attuazione della riforma, ma sulla riforma della riforma.

Indubbiamente in questa fase più recente della discussione l'attenzione è stata caratterizzata dal dibattito sullo stato del Servizio sanitario nazionale, sul suo funzionamento.

Io credo — e mi pare lo dicessero anche il relatore, l'onorevole Castagnetti e, poco fa, l'onorevole Artioli — che a questo proposito si siano esasperati i toni, si siano fatte sommarie, ingiuste ed erronee imputazioni di responsabilità. Si è data, insomma, l'impressione di una forzatura, a regia, per accelerare un qualche disegno di riforma.

Le insufficienze finanziarie, le carenze di infermieri per il basso trattamento economico loro riservato, gli sfondamenti di spesa, gli sprechi: tutto questo insieme, in modo indistinto e confuso è stato riportato alla responsabilità delle unità sanitarie locali, del sistema istituzionale periferico, omettendo di cercare di individuare anche altre responsabilità che sono nazionali e regionali.

Io credo tuttavia che bisogna restare al dato di fondo, al dato più importante: occorre risolvere la domanda sostanziale che è quella di dotare il Servizio sanitario nazionale di una gestione efficiente, dandogli

forme di governo pubbliche e rappresentative.

A tutto ciò io credo vi sia una risposta: una gestione fondata sul modello aziendale e la separazione tra le sedi dell'indirizzo politico e la gestione amministrativa — distinzione di ruoli e di funzioni molto precisa e responsabile —, garantendo ai cittadini buoni servizi ma ai poteri politici la prerogativa di poter fare le scelte di fondo.

Io credo che al riguardo vi sia un largo e convinto consenso. Ma segue fino in fondo e con coerenza questa esigenza e questo obiettivo il disegno di legge n. 4227 che oggi esaminiamo? Vorrei effettuare una verifica a questo proposito, seguendo due parametri di valutazione: quello funzionale e quello ordinamentale.

La riforma del Servizio sanitario nazionale si deve basare, io credo, sulla conferma dei tre livelli istituzionali già previsti nella legge n. 833: quello dello Stato, quello delle regioni e quello locale.

Il ruolo dello Stato, che è di indirizzo e di coordinamento delle regioni, deve essere confermato e rafforzato. L'attribuzione delle funzioni sanitarie alle regioni, che è necessaria premessa della loro maggiore responsabilizzazione, deve essere accompagnata dalla delega ai comuni, singoli o associati. Il ruolo delle regioni nel servizio sanitario deve essere centrale: ne siamo convinti anche noi, onorevole Artioli. Ciò comporta il rafforzamento del loro potere di programmazione e di indirizzo nella gestione dei servizi e di controllo. Ma deve essere esclusa l'attribuzione alle regioni di competenze gestionali.

Io sono molto convinto delle cose che qui diceva prima l'onorevole Castagnetti: non si tratta di disconoscere una funzione, ma semmai di intervenire ora nei confronti di una esperienza più che decennale nel corso della quale le unità sanitarie locali, pur prive di autonomia — che oggi invece con il disegno di legge vogliamo ad esse attribuire — sono state appendici delle regioni, con le quali hanno avuto uno stretto nesso di collegamento nell'attività gestionale.

Basta a questo proposito citare le que-

stioni che riguardano l'approvvigionamento finanziario ed il decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 (ruoli unici nominativi regionali).

I comuni singoli o associati, mediante le assemblee elettive, devono mantenere, io credo, il potere di proposta nei confronti della regione, il potere di indirizzo programmatico e di verifica della gestione delle unità sanitarie locali (con particolare riferimento alla gestione dei servizi di base zonali ed a quelli che rappresentano collegamenti con i servizi dei comuni), il potere di nomina degli organi politici delle USL, la capacità di verifica sul funzionamento, la funzione di autorità sanitaria al sindaco.

Inoltre, per le grandi città l'organizzazione dei servizi sanitari impone modelli istituzionali ed organizzativi che consentano, anche in presenza di più USL, un indirizzo programmatico unitario per il territorio urbano e per la più ampia area metropolitana.

Le unità sanitarie locali debbono essere configurate come enti dotati di personalità giuridica e con caratteristiche aziendali, affinché la risposta ai bisogni sanitari e i processi decisionali siano improntati alla massima efficacia ed efficienza.

Le aziende sanitarie devono mantenere una competenza generale sul proprio ambito territoriale, anche nei confronti delle strutture autonome ivi operanti. La revisione dei bacini territoriali delle USL deve rispondere all'obiettivo di garantire una maggiore efficienza gestionale.

Insomma, il Servizio sanitario nazionale, ai tre livelli istituzionali, deve garantire una chiara e netta distribuzione tra la funzione di governo del Servizio sanitario nazionale e la funzione di gestione. In particolare, a livello di USL, ciò comporta una diversa distribuzione delle competenze tra l'organo politico e la direzione tecnica. Per l'organo politico deve essere privilegiata la presenza di componenti gli organi assembleari dei comuni; per la direzione delle unità sanitarie locali occorre prevedere una direzione generale unitaria, momenti collegiali che coinvolgono i responsabili funzionali, una responsabilizzazione dei

dirigenti delle articolazioni operative più complesse, nonché una responsabilizzazione dei dirigenti dei centri di attività.

Credo sia questo il modo per evitare i pericoli che qui sono stati evidenziati anche nell'intervento dell'onorevole Pierluigi Castagnetti, di una tecnocrazia univoca ed unilaterale che potrebbe essere pericolosa.

Inoltre, la revisione del Servizio sanitario nazionale deve porre prioritariamente attenzione al disegno organizzativo delle USL e dei loro meccanismi operativi. Quanto hanno pesato le procedure complicate nelle difficoltà della gestione del sistema sanitario! Ebbene, le procedure, i sistemi di programmazione e di controllo, i sistemi di compensazione e di incentivazione, i sistemi di coordinamento debbono caratterizzare la nuova impostazione.

Il disegno di legge non può non ricercare la coerenza tra struttura e meccanismi operativi, al fine di agire, da ultimo, sui processi reali e sui comportamenti degli operatori. L'introduzione di nuove modalità organizzative deve essere assistita da un processo di formazione manageriale, articolato sui vari livelli di responsabilità. Da questo punto di vista, io credo che nel disegno di legge sia positivamente contenuto un articolato relativo alla scuola di formazione.

La nuova organizzazione del servizio sanitario impone anche rinnovate regole nella politica del personale. Per tutto il personale è necessario prevedere la razionalizzazione dei metodi di selezione, la responsabilizzazione per obiettivi, il superamento degli incentivi a pioggia, un trattamento economico legato alla professionalità e al raggiungimento degli obiettivi. Voglio dire questo: semplice delegificazione o privatizzazione del rapporto di lavoro, ciò che conta è il conseguimento dei risultati!

L'autonomia istituzionale degli ospedali deve riguardare un numero limitato di complessi altamente specializzati, collocati in aree metropolitane e caratterizzati da una rilevante attività di ricerca. L'autonomia deve garantire adeguate forme di coordinamento delle attività di queste

aziende con quelle delle unità sanitarie locali.

Infine, il crescente intreccio dei bisogni sanitari con quelli sociali impone che la riforma del servizio sanitario non ignori i servizi sociali, evitando che l'«aziendalizzazione» delle USL porti ad una divaricazione degli interventi e ad una impropria «sanitarizzazione» delle attività sociali.

L'emergenza ambientale impone il potenziamento degli interventi di prevenzione primaria e di vigilanza da parte delle USL, garantendo sia una presenza territoriale diffusa, sia lo sviluppo tecnico-scientifico dei servizi multizonali di prevenzione. La delega delle funzioni sanitarie ai comuni e il mantenimento della funzione di autorità sanitaria in capo al sindaco devono garantire il coordinamento delle unità sanitarie locali con le più generali politiche ambientali svolte dagli enti locali.

Per dare senso possibile e coerente a questa impostazione credo vi sia un recente riferimento impegnativo e convincente, cioè la legge n. 142 sull'ordinamento dei poteri locali che il Parlamento ha di recente approvato.

Non voglio insistere più di tanto sull'importanza di tale legge. Nella Commissione affari costituzionali sono stati ascoltati, durante alcune audizioni, esimi giuristi che hanno sottolineato il grande valore, l'importanza istituzionale, il significato costituzionale della legge n. 142 del 1990. Non voglio nemmeno insistere sulla sottolineatura che si tratta di una legge di principi di grande rilevanza costituzionale, insomma di una legge ordinaria «rinforzata». Il concetto è richiamato, come è noto, nel terzo comma dell'articolo 1 della stessa legge, laddove si dice che «ai sensi dell'articolo 128 della Costituzione le leggi della Repubblica non possono introdurre deroghe ai principi della presente legge, se non mediante espressa modificazione delle sue disposizioni». Su di esse vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi dopo aver constatato che la Commissione affari sociali della Camera non ha prestato adeguata attenzione al parere favorevole che la Commissione affari costituzionali aveva

espresso a condizione che si tenesse conto «dei principi inderogabili approvati in sede di nuovo ordinamento delle autonomie locali, con particolare riguardo all'articolo 3 della legge, relativamente ai rapporti tra regioni ed enti locali, nonché alle disposizioni concernenti le attribuzioni degli enti locali, comuni, province, aree metropolitane e comunità montane».

Ebbene, gli articoli della legge n. 142 che voglio richiamare all'attenzione dei colleghi presenti costituiscono ausilio per una corretta impostazione del disegno di legge sulla sanità. Ho prima citato l'articolo 1 che fissa il carattere di legge «rinforzata» della n. 142. Vorrei ora soffermarmi sull'articolo 3 del provvedimento che definisce i rapporti tra le regioni e gli enti locali («le regioni organizzano l'esercizio delle funzioni amministrative a livello locale attraverso i comuni e le province»), nonché sull'articolo 9 che stabilisce le funzioni del comune («spettano al comune tutte le funzioni amministrative riguardanti la popolazione ed il territorio comunale precipuamente dei settori organici — quelli richiamati dal 616 —, dei servizi sociali e dell'assetto del territorio»).

Al fine di non apparire stimolato dalla volontà di pregiudicare gli obiettivi più importanti contenuti nel disegno di legge n. 4227, cioè il conseguimento di un modello di organizzazione e di gestione delle unità sanitarie locali efficiente ed efficace, vorrei infine citare l'articolo 23 (sulle aziende speciali) e l'articolo 25 (sui consorzi) della legge n. 142.

Dall'articolo 23 chiaramente risulta che tutti i requisiti di impianto giuridico ed organizzativo che si vogliono conseguire con il disegno di legge n. 4227, attraverso il modello di un'azienda regionale, sono qui contenuti, in coerenza ed in conformità al disegno di legge sulle autonomie.

È a tali indirizzi che si è ispirata in questi giorni l'azione coordinata e sistematica di formulazione degli emendamenti che gli onorevoli Labriola, Ciaffi e Soddu, insieme a me e ad altri colleghi appartenenti a tutte le parti politiche, hanno presentato nella giornata di ieri. Nessun pregiudizio,

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

quindi, per l'efficienza del sistema ideato dal disegno di legge n. 4227; il nostro è un contributo a dare ad esso anche i caratteri della linearità e della conformità all'ordinamento, all'esigenza della rappresentatività e della trasparenza.

Abbiamo avanzato, in sostanza, proposte ed intendimenti chiari per attestare che siamo favorevoli a modifiche incisive, praticabili ed utili, per rendere un servizio migliore ai cittadini, per conservare, tuttavia, l'incardinamento della sanità nei comuni e nelle assemblee rappresentative, per rinnovare seriamente le procedure e le forme della decisione, sapendo però che in un'azienda per prestazioni sociali il criterio ispiratore è quello del rapporto costi-benefici e del rapporto risorse-obiettivi sociali; obiettivi che, in quanto tali, richiedono la garanzia di una decisione che attiene alla responsabilità politica.

Abbiamo affrontato anche un'altra questione che qui è stata richiamata...

PRESIDENTE. Onorevole Strumendo, il tempo a sua disposizione è scaduto.

LUCIO STRUMENDO. Concludo, signor Presidente.

Mi riferivo alla questione della contestualità tra la titolarità dei poteri e delle funzioni e la responsabilizzazione sul fronte delle risorse.

Fino ad ora la rivendicazione del ruolo e dei poteri agli enti locali non ha trovato grande ascolto: ad essa si è reagito o con espliciti disconoscimenti oppure con poco convinte soluzioni che in sostanza attribuiscono ai comuni soltanto il potere di nomina.

Ebbene, se siamo convinti che il Servizio sanitario nazionale e la qualificazione sociale delle prestazioni socio-sanitarie siano meglio garantite attraverso il procedimento della decisione politica e democratica, allora non possiamo eludere il problema. È questa la ragione per la quale nell'ambito degli emendamenti abbiamo fatto riferimento anche ad una modifica dell'articolo 1 del disegno di legge n. 4227, che definisce il fondo sanitario interregio-

nale, prevedendo un criterio di corresponsabilità dei comuni e delle province.

Anche noi invitiamo ad una riflessione che non sia risentita, che non sia stizzosa. Questi emendamenti provengono da una riflessione seria, collegiale e responsabile. Invitiamo, quindi, il Governo, il relatore e la Commissione a tenerne conto e a valutare quale possa essere il modo più spedito, ragionevole e proficuo per avere una legge migliore e non una ripicca in più (*Applausi dei deputati del gruppo del PCI*).

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

RAFFAELE VALENSISE. Signor Presidente, onorevole ministro, onorevoli colleghi, il disegno di legge al nostro esame, per il solo fatto che sia stato presentato, rappresenta per noi il riconoscimento oggettivo di un'antica battaglia che prima di altre forze politiche abbiamo condotto, in quest'aula e fuori di qui nei confronti di quelli che il relatore per la maggioranza, onorevole Volponi, ha onestamente definito oggi i frutti non buoni della riforma sanitaria e delle disfunzioni del Servizio sanitario nazionale.

Da anni, dall'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978, il Movimento sociale italiano — destra nazionale ha denunciato con continuità, costanza ed incisività, in tutte le occasioni, la grave manomissione arrecata alla riforma sanitaria, a danno dei cittadini, non dalla politica nel senso più alto, ma dalla politica politicante, dalla partitocrazia, dal clientelismo.

Il Movimento sociale italiano ha da sempre denunciato lo scandalo delle unità sanitarie locali, di queste seicento e passa «repubbliche» della salute, in cui è successo tutto il contrario di tutto. Non mi soffermo su quanto si è verificato in questo campo, perchè la nostra Assemblea, direttamente e attraverso le ammissioni, anche recentissime, del Governo, ha dovuto darci atto che la misura è colma e che si pone ormai l'esigenza di passare ad altro sistema.

Occorre riformare la riforma sanitaria

nell'interesse dei cittadini, proprio perchè essi possano fruire di un Servizio sanitario nazionale che era stato affidato alla mano pubblica (su tale punto non nutriamo dissensi di fondo) per consentire l'attuazione del principio costituzionale del diritto alla salute. Tuttavia l'affermazione di tale diritto non può e non potrà costituire occasione o scusa per esercitazioni di natura clientelare e per la produzione di quei «frutti non buoni» che sono stati richiamati dal relatore e che io stesso ha sottolineato.

Il nostro compito, nell'esaminare questo disegno di legge, consiste anzitutto nel registrare come si sia dato luogo ad un tentativo di «riforma della riforma». E constatiamo con soddisfazione che un'altra nostra antica battaglia, coerente con la nostra denuncia delle disfunzioni del Servizio sanitario nazionale, è stata significativamente recepita, sia pure in piccola parte e per cenni, dai proponenti del provvedimento in esame. Mi riferisco, al principio, sempre sostenuto dal Movimento sociale italiano, che la riforma non potesse essere di carattere congiunturale ma strutturale.

Relativamente inoltre al problema della spesa — l'obiettivo principale del disegno di legge in discussione, insieme a quello di riformare la riforma, è il contenimento della spesa sanitaria, — sostenevamo e continuiamo a sostenere che, per raggiungere l'obiettivo di contenere la dilagante e dispersiva spesa sanitaria (tale non in ragione della sua entità, perchè le risorse disperate e non impiegate non sono mai risultate adeguate alle esigenze di salvaguardia della salute dei cittadini e dell'attuazione del diritto costituzionale alla salute), occorre disinnescare i meccanismi perversi responsabili della dispersione delle risorse.

È forse la prima volta che possiamo registrare — è un ulteriore motivo di soddisfazione per il Movimento sociale italiano — il tentativo, sia pure assai timido, di disinnescare qualcuno dei meccanismi perversi che hanno dato luogo a troppe dispersioni nel settore della sanità.

È nostro compito controllare e contri-

buire a valutare con rapide riflessioni, riservandoci di intervenire nel merito dei singoli articoli, se il disegno di legge in esame risponda nella sostanza, oltre che nelle indicazioni, alle esigenze unanimemente riconosciute di riforma della riforma sanitaria e di disinnescare dei meccanismi perversi, dissipatori di risorse pubbliche. Tali meccanismi hanno aggravato la situazione di inadeguatezza delle risorse per la sanità.

Signor Presidente, allo stato delle cose, ci riserviamo di esprimere un giudizio. Anche dai banchi della maggioranza abbiamo ascoltato delle riserve circa l'eccesso di regionalizzazione e l'eccesso di dispersione regionalistica che si configura rispetto ad un servizio che per sua natura (come ho già avuto modo di dire in altra sede) deve essere guidato unitariamente, per fare in modo che le manovre di natura sanitaria siano organiche. Non si tratta di nostalgie centralistiche: la realtà è invece che tali manovre, per essere organiche, necessitano di un'unità di giudizio e di coordinamento.

Abbiamo l'impressione che dando questo spazio alle regioni si sia voluto apparentemente obbedire al disegno generale del cosiddetto Stato delle autonomie. Sostanzialmente, però, nel disegno di legge al nostro esame si è voluto creare uno spazio per scaricare sulle regioni responsabilità e «grane» che il Governo ha voluto trasferire su altri soggetti pubblici.

Alle regioni, infatti, è devoluto il compito di procedere ai tagli drastici che devono essere effettuati nei confronti delle USL e dei presidi ospedalieri. Ebbene, il decentramento alle regioni di operazioni che hanno bisogno di un indirizzo e di una visione generale della situazione della sanità nazionale non può non lasciare perplessi. Se si ritiene che le regioni, organi di programmazione locale, debbano assumersi responsabilità di tal genere, è però da dire che vi sono forti perplessità da parte nostra circa la capacità delle regioni, così come sono strutturate, «partiticizzate e clientelarizzante», di adottare provvedimenti impopolari.

Siamo quindi perplessi di fronte ad

orientamenti di regionalizzazione esasperata, che sono soltanto in parte compensati da un forte indirizzo centralizzatore che riguarda taluni aspetti della gestione della sanità, e che accentua le nostre preoccupazioni.

In materia di disciplina contabile il Governo ha — giustamente, a mio avviso, — sentito il bisogno di chiedere al Parlamento una delega per emanare criteri e principi validi su tutto il territorio nazionale. Se il Governo sente il bisogno di chiedere una delega per adottare, con decreto emanato su proposta del ministro della sanità di concerto con il ministro del tesoro, un atto contenente le norme fondamentali sull'amministrazione, sulla gestione e sulla contabilità delle unità sanitarie locali, coordinato con la disposizione contenuta nella legge n. 335 del 1976, non vedo come contraddittoriamente il Governo possa lasciare poi alle regioni il compito di disboscare le USL, di contenere le 600 e più «repubbliche della salute» portandole al numero di 285-275.

Siamo preoccupati di fronte a situazioni come queste, nonché per il fatto che il Governo probabilmente incontrerà gravi difficoltà anche a causa dell'inadempienza delle regioni. È vero che esistono norme che impongono termini definiti perentori: staremo a vedere, però, se saranno rispettate. Il rapporto tra il Governo e le regioni è esaltato, nel disegno di legge in esame, dal riferimento ai pareri della conferenza Stato-regioni, cui sono attribuiti poteri consultivi. Ma è altrettanto vero che le esigenze di contenimento che hanno maggior rilievo sulla spesa devono essere soddisfatte in tempi brevi e senza ritardi: ricordiamoci infatti che questo provvedimento fa parte dell'architettura della legge finanziaria del 1990 e che è diretto al contenimento della spesa.

Signor ministro, nello stampato che contiene il testo unificato del provvedimento in esame e la relazione della Commissione non ha trovato riprodotta la tabella, assai utile, che era invece riportata nello stampato che conteneva il testo originario del disegno di legge n. 4227 e la relativa relazione governativa. Ebbene, devo sottolineare che, nell'am-

bito della manovra delineata (e mi auguro che si possano addirittura conseguire risultati migliori: vedremo se ciò sarà possibile quando l'articolo sarà esaminato in sede consultiva dalla Commissione bilancio) e sintetizzata nella richiamata tabella, il disavanzo stimato risultava pari a 2.372 miliardi. Ricordo che il provvedimento si riferisce, dal punto di vista amministrativo e contabile, alla legge finanziaria del 1990: esso pertanto interviene con ritardo, ritardo dovuto ai tempi parlamentari ed alle incertezze che hanno imposto alla maggioranza determinati ritmi di lavoro.

Nell'ambito del previsto disavanzo di 2.372 miliardi, dunque, appena 1000 miliardi — meno della metà — sono coperti mediante diminuzioni di spesa; queste ultime, a loro volta, derivano dalla voce *sub A*), riprodotta in quella tabella, che si riferisce al blocco dei prezzi dei farmaci per sei mesi (è una misura contingente di limitazione della spesa) e dalla voce *sub D*), concernente risparmi nei beni e servizi per l'istituzione dell'osservatorio prezzi e tecnologie, nella misura dell'1,5 per cento, e che ammonta a soli 100 miliardi.

Il resto del disavanzo è finanziato mediante l'aumento del fondo sanitario nazionale, degli introiti dell'attivazione delle camere a pagamento e del potenziamento della libera professione, delle tariffe e dei diritti dello stesso fondo sanitario nazionale, nonché mediante la partecipazione alla spesa delle regioni a statuto speciale; voglio soprattutto sottolineare, fra queste, la voce concernente l'aumento delle tariffe relative ai servizi resi dall'amministrazione centrale.

Pertanto, allo stato delle nostre conoscenze e salvo ulteriori approfondimenti che potranno derivare dall'esame in sede consultiva dal provvedimento da parte della Commissione bilancio, sembra che il testo in discussione intervenga in misura assai limitata sul fronte del contenimento delle spese (mi riferisco alla tabella che ho richiamato perché non ho altri elementi su cui basarmi) e che sia perciò destinato a gravare per 1.372 miliardi sui cittadini. Infatti, le voci che ho ricordato poco fa incidono direttamente sugli utenti.

A parte queste considerazioni, voglio svolgere alcune riflessioni sui meccanismi perversi e dissipatori che hanno il loro fulcro nei comitati di gestione. Anche poco fa si è parlato di presidenze disinvoltate, ed io non voglio citare nuovamente alcuni di questi presidenti disinvolti, le cui vicende per giorni e giorni, per mesi interi sono state oggetto di titoli da parte della stampa nazionale; presidenti che hanno incarnato lo scandalo della sanità, allarmando i cittadini e rendendo emblematiche determinate situazioni alle quali occorreva porre rimedio. Al riguardo ricordo solo che il Movimento sociale italiano già dal 1983 ha proposto, in attesa della riforma della riforma sanitaria, il commissariamento delle USL.

Desidero avanzare qualche riflessione sul tasso di depoliticizzazione (intendendo la politica nel senso deteriore del termine prima ricordato) dei nuovi organismi, i quali dovrebbero sostituire i vecchi comitati di gestione: mi riferisco alla nuova figura del segretario generale, che si affianca a quelle del direttore amministrativo e del direttore sanitario. Ho l'impressione che non sia stato centrato il problema e ciò per due motivi, il primo dei quali di natura costituzionale.

Onorevole ministro, si tratta di una mia opinione, che sto prospettando nella maniera più garbata e meno apodittica possibile. Lei è un insigne medico e sta curando una medicina — nel senso più ampio del termine — ammalata. Io sono un modestissimo operatore del diritto che si permette di ricordarle che l'articolo 97 della Costituzione tratta della pubblica amministrazione, sancendo un principio molto importante che occorre ricordare, se vogliamo depoliticizzare, depurare, disinquinare le unità sanitarie locali, il servizio sanitario nazionale, la sanità.

Mi avvio alla conclusione, signor Presidente, riservandomi di intervenire successivamente in occasione dell'esame degli articoli del provvedimento.

Desidero soltanto rilevare che a mio giudizio non è stato applicato il principio secondo il quale deve essere assicurato il buon andamento e l'imparzialità dell'am-

ministrazione. Ci si potrà richiamare al contratto di diritto privato, all'albo, alla commissione, all'avviso pubblico: tuttavia la nomina non avviene sulla base dei titoli posseduti, ma di una proposta della commissione amministratrice che, chiaramente a maggioranza, individua — e avete usato un verbo pericoloso! — chi debba essere nominato e trasmette tale comunicazione alla giunta regionale. Ci troviamo pertanto di fronte ad una procedura che postula l'intervista di due organi di carattere politico, il luogo del ricorso, lo strumento del concorso: in tal modo si fa venir meno l'imparzialità del segretario generale. Ritengo opportuno denunciare tale aspetto. Potranno essere presentati emendamenti per correggere tale impostazione, ed è anche possibile che vi sia un ripensamento del Governo. Tuttavia, attualmente dai comitati di gestione, eletti dalle assemblee, passiamo alle commissioni amministratrici, le quali «individuano» (sia pure nell'ambito di un determinato elenco, con avviso pubblico e così via) chi debba ricoprire la carica ricordata.

Onorevole ministro, mi sembra che così sia molto limitata la possibilità di «departiticizzazione», presupposto invocato e per altro necessario affinché il Servizio sanitario nazionale, grande ammalato, possa vivere ed essere rilanciato!

La conferma della fondatezza della preoccupazione che ho manifestato mi è stata data dal vostro comportamento. Nell'ultima stesura del provvedimento sottoposto all'attenzione dell'Assemblea avete voluto addirittura ampliare il campo dei possibili eligendi a segretario generale. Questa vostra preoccupazione, che emerge dal testo del provvedimento e che conferma i miei timori, non può cancellare il risultato finale: il segretario generale è individuato, naturalmente a maggioranza, dalla commissione amministratrice e poi nominato dalla giunta regionale, due organi politici, quindi al di fuori di un concorso, come invece previsto dall'articolo 97 della Costituzione.

Signor Presidente, in occasione dell'esame dei singoli articoli svolgerò ulteriori osservazioni.

Concludo il mio intervento rilevando che accogliamo con soddisfazione (ma anche con una certa preoccupazione, perché bisognava forse pensarci prima) l'articolo 17, in base al quale sarà necessario nominare dei commissari per consentire l'entrata in vigore della nuova normativa. Chiedo dunque al ministro per quale motivo non si sia proceduto con urgenza, nelle more del lungo iter della riforma sanitaria, al commissariamento (magari con decreto). In tal modo, avremmo forse risparmiato molto più dei 2 mila 372 miliardi indicati dal provvedimento in esame *Aplausi dei deputati del gruppo del MSI-destra nazionale*).

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

GIOVANNI RUSSO SPENA. Signor Presidente, colleghi, mi sembra che le critiche al funzionamento del servizio sanitario nazionale siano diventate negli ultimi mesi luoghi comuni e che spesso siano mosse da chi è responsabile della mancata attuazione della riforma e della lottizzazione selvaggia dei comitati di gestione delle unità sanitarie locali.

Tali partiti, questi personaggi politici, sono spesso in prima fila. Vorrei sottolinearlo perché noi di democrazia proletaria (ma anche di «Medicina democratica», di associazioni e movimenti che da venti anni si interessano dei problemi della sanità) pur avendo votato contro la legge n. 833 del 1978 (perché individuammo nel suo seno le controindicazioni alla sua attuazione), siamo in effetti rimasti soli a difenderne i principi ispiratori.

Come sempre accade nel nostro paese, anche per la riforma sanitaria ai buoni principi non hanno fatto seguito atti concreti; di conseguenza, i momenti cardine della legge n. 833 del 1978 sono «saltati»: quello preventivo non è mai esistito, i servizi sociali e territoriali, nella migliore delle ipotesi, sono rimasti solo sulla carta; il piano sanitario nazionale non è stato mai approvato, non vi è stato il passaggio dal sistema contributivo a quello fiscale, la

spesa sanitaria è stata solo quella ospedaliera e farmaceutica; si è infine favorita la privatizzazione e la lottizzazione della salute.

Non a caso, la politica sanitaria in tutti questi anni è stata realizzata — è importante notarlo — con le leggi finanziarie, che hanno previsto il taglio della spesa sanitaria, il blocco delle assunzioni (prima) e le deroghe (poi). Si è così arrivati ad avere un esercito di 100 mila precari (mal gestito), senza che fosse affrontato in modo radicale il problema delle piante organiche del servizio sanitario nazionale.

Noi riteniamo, in altri termini, che la causa del fallimento della riforma debba ravvisarsi nella volontà politica di non applicarla e nella scelta di far fallire il servizio pubblico per incrementare quello privato. Anche in questo caso, non si tratta del «pubblico» corrotto e del «privato» onesto ed efficiente; il vero problema è invece rappresentato dall'occupazione, anzi dall'usurpazione del potere da parte dei partiti nelle unità sanitarie locali.

Oggi si parla molto di questi temi, da noi per altro sollevati già dal 1978: vi sono alcuni partiti (come quello comunista, su proposta del suo segretario generale) che escono dai comitati di gestione. Al riguardo, vorrei ricordare che nel 1978 (non lo ricordo per autogrificazione, ma solo per fare la storia del dibattito sviluppatosi negli ultimi dodici anni) rilevammo che sarebbe stato giusto, e comunque noi avremmo seguito questo costume, non entrare a far parte dei comitati di gestione lottizzati, così come si venivano profilando.

Il disegno di legge licenziato dalla Commissione affari sociali della Camera, oggi al nostro esame, in effetti rischia di essere affrontato senza la dovuta attenzione (e l'aula deserta lo dimostra). Ritengo invece che i punti in esso contenuti siano importanti e tali da richiedere un impegno totale dell'Assemblea.

Per quanto riguarda il nostro gruppo, esporremo in maniera alquanto sintetica un'impostazione alternativa (che crediamo non solo nostra) che rappresenti e

proietti in questo ramo del Parlamento aspirazioni e pratiche di migliaia di operatori di associazionismo diffuso, di volontariato sociale. In effetti, gli emendamenti che abbiamo presentato non solo sono migliorativi del testo, ma interpretano anche un altro punto di vista rispetto alla riforma stessa, in quanto sono stati in gran parte concordati con l'associazionismo di base.

Vorrei soffermarmi su alcune critiche nel merito del provvedimento per meglio chiarire ciò che ho enunciato finora. Ad esempio, il titolo del disegno di legge n. 4227, cioè «Riordinamento del servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria» è significativo per lo spessore della materia al nostro esame. Tuttavia, nella sua esplicitazione mi sembra riduttivo della materia stessa, e questo non a caso.

La legge n. 833 del 1978 viene stravolta nei suoi cardini istituzionali; la strada aperta alla cosiddetta privatizzazione della sanità, già attuata in modo strisciante, si concretizza formalmente, cambiando ancor più sostanzialmente — ed è quello che ci preoccupa maggiormente — la stessa concezione della salute. La Costituzione garantisce il diritto alla salute per tutti i cittadini e specialmente per chi ne ha più bisogno. Il principio su cui si fondavano le lotte per la riforma sanitaria era proprio quello di rispondere al bisogno di salute di tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale, senza distinzioni.

Il nuovo principio — che poi di nuovo non ha nulla — è invece quello della compatibilità di spesa. Da anni viene detto che la spesa sanitaria è in enorme crescita; quasi tutti hanno finito per crederci e, dopo aver introdotto i ticket quali quote di partecipazione alla spesa da parte della popolazione, si stabiliscono oggi misure certe per evitare lo sfondamento del tetto di spesa.

Ben sappiamo che, da quando è stata varata la concezione attuale della legge finanziaria, non a caso la spesa più tagliata è stata quella sociale e sanitaria; la politica socio-sanitaria si basa quindi — ed è questo l'errore di fondo — sulle compatibilità della legge finanziaria, rovesciando i

criteri che invece devono esser posti come priorità alla base di una politica sociale.

Nel 1979 noi abbiamo criticato — voglio dirlo per rivendicare un'impostazione, nel bene e nel male — la legge di riforma sanitaria, giudicandola non rispondente alle esigenze di salute espresse in un decennio di lotte dal movimento operaio e dalle organizzazioni di base. Oggi, con il disegno di legge in esame facciamo un ulteriore passo in peius. Noi criticavamo la vecchia legge non per i principi di fondo che essa conteneva (prevenzione, partecipazione, programmazione e territorialità) ma perché nella traduzione concreta non vi erano strumenti e strutture — era facile allora constatarlo da parte degli operatori — in grado di far rispettare quei principi. Può forse dirsi che un suo difetto di fondo fosse un certo idealismo.

Infatti, come si è poi puntualmente verificato, i novantasei decreti, atti amministrativi e leggi che dovevano essere emanati per tradurre in atti operativi la legge erano troppi e troppo complicati (come dicemmo allora nel corso della discussione parlamentare). Ancora oggi buona parte di essi, e in primo luogo il piano sanitario nazionale, non ha trovato attuazione, e non è poco!

La legge n. 833 del 1978 salvaguardava ad esempio la tutela del segreto industriale: il che ha impedito, nel corso degli anni, ai lavoratori e ai movimenti di conoscere la loro condizione di esposti a sostanze e processi nocivi. Proprio ieri, nel corso di un'assemblea di lavoratori e lavoratrici esposti ai danni provocati dall'amianto, è emerso questo problema.

La legge n. 833 sanciva l'esistenza del regime privato accanto a quello pubblico, consentendo ai medici e al relativo ordine di mantenere un forte potere all'interno del sistema; essa, inoltre, risultava ambigua in merito alla completa fiscalizzazione delle entrate sanitarie, introducendo i ticket. Con ciò intendo dire che la non riforma è diventata la spartizione della sanità per il conseguimento o il consolidamento del potere clientelare a vantaggio dei piccoli e grandi affari di una classe politica e medica completamente dedita al proprio tornaconto personale. Il mio e un

giudizio aspro, duro; ritengo peraltro che, a distanza di dodici anni, sia possibile esprimersi in questi termini.

Tornando al provvedimento oggi al nostro esame, il titolo che ho criticato non viene smentito dal contenuto del testo. Che cosa significa, ad esempio, l'istituzione del fondo sanitario interregionale, prevista dall'articolo 1? Le regioni sono poste di fronte ad una scelta: dequalificare il servizio oppure imporre una propria tassazione, o destinare alla sanità altra parte del bilancio. Possiamo esser certi che le regioni faranno entrambe le cose.

Inoltre, quasi tutti gli articoli — occorre rendersene conto, colleghi — contengono una congerie di norme relative al controllo finanziario, che appare burocratica e burocratizzante. Il motivo esteriore per il quale si procede al varo di tale legge consiste nel rendere più applicabile e meno farraginoso la riforma, nel far funzionare meglio la macchina della sanità, come si usa dire con brutta espressione. Ma con questa legge si fa esattamente il contrario: più burocrazia e più controlli contabili comportano, infatti, più lungaggini e, in parte, meno investimenti.

Le unità sanitarie restano tali (insisto su questo punto; il ministro della sanità, che ha una notevole competenza, sa bene quali discussioni siano alla base di tale definizione) e non diventano socio-sanitarie, come già nel 1978 avevamo proposto. Si riduce il loro numero ma si estendono nel territorio, limitando di fatto la possibilità di partecipazione e di verifica dal basso.

Da alcuni anni vengono mosse critiche rispetto all'inefficienza dei comitati di gestione delle USL; al loro posto viene ora nominata una commissione amministratrice, composta da cinque a nove membri, con un suo presidente, un segretario generale ed un collegio di revisori. Essa è nominata dai comuni che propongono altresì alla regione la nomina del segretario generale; sono sospese le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e dell'ufficio di direzione, mentre restano il direttore amministrativo e quello sanitario che, come il segretario generale, sono assunti con contratto di

diritto privato e a termine. All'interno delle USL, viene previsto un consiglio sanitario composto in maggioranza da medici e per un terzo da soggetti con compiti consultivi.

Anche in una logica di efficacia e di efficienza diversa dalla mia, credo non si possa non ravvisare in tutto questo una riproduzione burocratica (determinata forse da una mediazione interna agli stessi partiti della maggioranza) di un sistema che lottizza, senza risolvere i problemi che si propone di superare.

Altra novità è l'istituzione della cosiddetta azienda ospedaliera, con la solita commissione amministratrice, questa volta nominata dalla regione. Secondo gli estensori del disegno di legge in esame, tutto questo servirebbe per rendere le USL e il sistema sanitario più agili, meno clientelari, più efficienti e indipendenti dai partiti. Si produrranno invece (potremo verificarlo tra qualche anno) le solite clientele, forse addirittura più agguerrite, si avranno i soliti membri amministrativi, più o meno ignoranti e non certo preoccupati per la salute dei cittadini, che lasceranno nelle mani del segretario generale e del consiglio dei sanitari la funzione manageriale e quella di indirizzo sanitario all'interno delle USL.

E gli ospedali, sul modello di quelli milanesi (cito quelli di Milano perché li ho visitati recentemente, ma potrei richiamarmi anche agli ospedali di Napoli, che forse conosco meglio essendo io napoletano), costituiranno un'altra e più cospicua fonte di clientele e di potere.

Negli articoli 4 e 6 si specifica che gli ospedali vengono scorporati dalle USL. Questo è un punto di particolare gravità, a mio avviso, anche perché la filosofia di tutta la riforma era basata sulla territorializzazione e sulla deospedalizzazione.

Nell'articolo 7 si dettano norme relative agli istituti di carattere scientifico e agli ospedali militari. Oltre e al di là della funzione di potere clientelare delle rinascenti amministrazioni ospedaliere, che comunque ci porteremo dietro certamente finché il sistema dei partiti ed il sistema delle corporazioni lo consentirà

(non voglio farmi illusioni), ci preoccupa un'altra cosa. Ci chiediamo infatti se, dal punto di vista tecnico dell'efficacia del servizio, sia corretto scorporare l'ospedale dalla USL. La mia opinione è chiara. L'ospedale, anche se può appartenere a un territorio più vasto della USL, è strettamente collegato al territorio e fornisce prestazioni sanitarie di pronto soccorso, di ricovero o poliambulatoriali alla popolazione di una o più USL. E non basta, le sue funzioni possono e devono allargarsi alla cosiddetta ospedalizzazione a domicilio. Si tratta di concezioni moderne di cui ormai ci danno esempio anche i paesi esteri. Le funzioni degli ospedali devono estendersi a possibili altri interventi mirati a funzioni epidemiologiche e di diagnosi precoce.

Se si vuole dare all'ospedale un'autonomia di carattere gestionale, amministrativa e di organizzazione, occorre semplicemente stabilire il livello di autonomia degli organi tecnici già esistenti, con i loro relativi controlli. Davvero ci sembra poco giustificabile dal punto di vista tecnico dare totale autonomia all'ospedale; ciò serve soltanto a mantenere ed allargare il potere di non pochi personaggi del mondo della politica e della medicina. Evidentemente sono obbligato ad illazioni rispetto al sistema corporativo e politico, ma non vi sono altre spiegazioni.

Noi dunque ci opponiamo allo scorporo dell'ospedale dal territorio e riteniamo altresì che sarà impossibile eliminare inutili ospedali una volta che gli stessi saranno spartiti (come ormai è avvenuto), e ciò nonostante le norme razionalizzatrici che qui si proclamano.

Evito di entrare nel merito della normativa degli istituti a carattere scientifico. La loro autonomia era già stata definita dalla legge n. 833 del 1978. Sarebbe opportuno ed importante rivedere le forme di verifica e di controllo dell'attività cosiddetta scientifica in relazione al reale beneficio dei pazienti e della popolazione in generale. In particolare, si devono studiare, a mio avviso, forme di controllo dal basso sulla sperimentazione clinica che si effettua in quegli istituti più che in altri.

Del tutto anacronistico poi (e questo è un

punto sul quale vorrei richiamare l'attenzione del signor ministro) mi pare il mantenimento di ospedali militari con cui ci si vuole convenzionare. Anche ciò non mi pare funzionale alla salute. Lo è forse alle gerarchie militari, insomma ad un vecchio sistema, ma sono ben noti i livelli di dequalificazione di quelle strutture, e le loro esperienze quotidiane. Così come è noto, ed è significativo, che i militari che hanno patologie di una certa entità vengono trasferiti negli ospedali civili. Io vorrei chiedere al ministro se le informazioni di cui dispongo sono esatte o meno.

L'articolo 5 dimostra poi come ai nostri governanti in effetti poco importi della salute dei cittadini. Mi riferisco al problema del distretto. Su di esso si spendono 28 righe a fronte delle 130 relative all'organizzazione degli ospedali. Vi è quindi, anche in senso letterale, un rovesciamento dei punti di vista. I distretti avrebbero dovuto essere al centro della partecipazione intesa come informazione, verifica, controllo della popolazione organizzata sul territorio della USL e dell'erogazione dei servizi essenziali alla persona.

Nel progetto di legge si resta nel vago e nel generico, mentre in questo caso si sarebbe dovuto entrare in dettaglio. Come avvengono l'informazione e l'educazione sanitaria? Come viene strutturata la partecipazione (perché senza struttura non vi è partecipazione)? Quali sono gli organi di direzione e di gestione del distretto? Come e dove viene erogata l'assistenza sanitaria di base? Non vi è nulla di tutto questo.

Il distretto viene istituito perché si doveva istituirlo, senza comunque, evidentemente, crederci. Naturalmente del termine «socio» che doveva accompagnare il «sanitario» non si fa menzione, ed esso viene quindi definitivamente cancellato.

Io affermo ancora una volta che c'è un solo modo per far funzionare il sistema sanitario: un problema politico non si può risolvere in modo tecnico e la vera politica è, in questo campo, l'informazione, il controllo, il potere anche dal basso, ovvero la capacità-possibilità da parte degli utenti e dei soggetti collettivi di salute di control-

lare e verificare le scelte di politica sanitaria ed il funzionamento dei servizi.

Io credo che si debba saper uscire dalla forbice maledetta tra una pubblicizzazione che è pura burocratizzazione e sistema di lottizzazione e una privatizzazione che rischia di essere esclusiva ricerca di fonte di profitto. In questa forbice che si va sempre più divaricando c'è la socializzazione, l'organizzazione della partecipazione, il sistema dei controlli. Questo mi sembra il punto fondamentale che esplicheremo negli emendamenti che presenteremo al testo della legge.

Ritornando al progetto in esame, desidero soffermarmi sull'articolo 8, riguardante la riorganizzazione dei servizi multizonali di prevenzione. Abbiamo notato che tale articolo è stato modificato rispetto alla precedente stesura, nella quale si annullava il potere di intervento delle USL nei luoghi di lavoro (il ministro potrà confermare se è giusta questa mia lettura). L'articolo resta però abbastanza generico, a mio giudizio. Certo, si potrebbe dire che sono cose che già si sapevano, ma quali sono gli *standards* o almeno i criteri per la loro definizione per il personale dei servizi di prevenzione? Quali le responsabilità e gli obblighi delle regioni che a tutt'oggi non hanno ancora realizzato i servizi di prevenzione? E qual è la percentuale delle spese per la prevenzione nel fondo sanitario nazionale?

Inoltre, in questo articolo, signor ministro, sarebbe stato opportuno richiamare, ridefinendoli, i principi corretti di informazione della popolazione e dei lavoratori relativamente ai rischi ed ai danni ai quali sono sottoposti: abolire la tutela del segreto industriale in ordine alla salvaguardia della salute, definire il livello di partecipazione di lavoratori e gruppi organizzati che si occupano di salubrità dell'ambiente alla verifica, al controllo ed alla proposta nei confronti sia dei servizi di prevenzione territoriale sia di quelli multizonali.

Vi è un'ulteriore ingente parte del progetto di legge diretta alla privatizzazione. Vengono stabilite norme per il convenzionamento con strutture private, vi sono

lunghe e dettagliate specificazioni di modalità operative, si fa continuamente riferimento al personale ed alle incentivazioni per ottenere più produttività; ai medici viene data la possibilità concreta di svolgere la libera professione nella struttura pubblica, viene stabilita l'incompatibilità solo tra rapporto di lavoro pubblico e le strutture convenzionate, salvo che non si tratti di rapporti occasionali (si dice). Tutta questa parte deve essere non solo snellita, io credo, nell'infinita serie di norme tecnico-finanziarie, ma anche collegata con quelle norme opposte e contrastanti che vengono proposte e che attengono ad alcuni principi di fondo.

Innanzitutto, il rapporto di lavoro per il personale del servizio sanitario nazionale deve essere a tempo pieno ed incompatibile con altri tipi di lavoro nel privato e nel convenzionato. Dovrà risultare inoltre impossibile svolgere la libera professione nelle strutture pubbliche. In terzo luogo, il ricorso al convenzionamento deve essere attuato solo in via transitoria e con precise garanzie. Infine, deve essere attuata una revisione del contratto collettivo nazionale di lavoro per quanto riguarda l'erogazione dei cosiddetti incentivi alla produttività.

In conclusione, soprattutto per il lavoro che abbiamo compiuto in questi dodici anni che ci separano dal 1978, ma anche per questa breve rivisitazione del testo di legge, a me pare che si possa dire che riformare la riforma sanitaria non può che significare socializzazione, controlli, autorganizzazione, divisione di poteri e competenze, acquisendo all'interno della riforma le nuove concezioni e sensibilità, con riferimento, per esempio, ai rapporti tra produzione e ambiente, prevenzione e salute. Tutto ciò a me sembra assente nella normativa.

Ritengo che alla base del progetto di legge vi sia una pura modernizzazione del sistema partitocratico. Una pura modernizzazione, al servizio degli interessi delle categorie più corporative, più forti e più potenti caratterizzerebbe, a questo punto, una riforma della riforma sanitaria in termini puramente antisociali e antipopolari. Una riforma che risulterebbe arretrata

anche dal punto di vista culturale rispetto alla diffusa sensibilità esistente su tematiche come quelle socio-sanitarie, che attingono strettamente alla qualità dei rapporti sociali e degli stessi rapporti interpersonali.

Abbiamo voluto, anche con i nostri emendamenti, portare il nostro punto di vista in questa sede. Ci auguriamo che su tali emendamenti possa esservi una discussione attenta e seria.

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

ARNALDO BRUNETTO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, la presentazione in aula del disegno di legge sul riordino del servizio sanitario nazionale conclude una lunga fase, nel corso della quale la Commissione affari sociali è stata chiamata a discutere e a pronunciarsi su testi diversi che si sono succeduti anche prima della presentazione da parte del Governo del disegno di legge n. 4227.

La riforma ha infatti origini lontane e nasce dalla necessità di salvaguardare i principi ispiratori della legge n. 833 del 1978, correggendo quelle storture e quegli errori che l'esperienza applicativa aveva fatto emergere prospettando l'esigenza di dare risposte moderne alle nuove domande poste dalle trasformazioni intervenute nella società.

Sia consentito ad un veneto come me ricordare le proposte e l'impegno espressi in questa direzione dal compianto ministro Degan e sfociati nella cosiddetta mini-riforma che prese il suo nome. Fu quello un primo passo, realizzato con umiltà e semplicità, senza protagonismi, per semplificare strutture e forme di gestione della sanità, in attesa che maturassero i tempi per una più radicale riforma, delineata più avanti dal ministro Donat-Cattin con il disegno di legge n. 1942, e con un successivo decreto-legge che ne aveva stralciato alcune parti (quella finanziaria e quella relativa all'organizzazione dell'unità sanitaria locale).

Il dibattito che si è sviluppato intorno a

quei documenti e le conclusioni alle quali è pervenuta la Commissione hanno fornito gli elementi per la formulazione da parte del Governo del nuovo testo (il disegno di legge n. 4227, presentato dal ministro De Lorenzo e «accompagnato» alla legge finanziaria del 1990).

Voglio subito ricordare che in sede di Consiglio dei ministri vennero introdotte importanti modificazioni al disegno di legge sopra ricordato, specie per quanto riguarda la definizione degli organi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Il che sollevò problemi e questioni, a mio avviso non ancora del tutto risolti anche dopo la decisione della Commissione. Su questo punto ritornerò, in ogni caso, più avanti.

Come stavo prima dicendo, si è trattato di una fase molto dibattuta e tormentata, caratterizzata da un confronto che ha interessato il Governo e tutte le forze politiche, anche all'interno della stessa maggioranza.

È normale che sia così, intorno ad un tema che coinvolge gli interessi più profondi della persona e collegati con la visione della società, alla cultura, i valori di cui ciascuna forza è portatrice; un tema rispetto al quale appariva chiaro a tutti che si era, e si è, di fronte ad un bivio: lasciare che le cose vadano come stanno andando, con una dilatazione incontrollata della spesa, con disfunzioni e carenze che screditano progressivamente il Servizio sanitario nazionale, con la prospettiva che siano gli eventi a chiudere la stagione della solidarietà avviata pur fra molte difficoltà con la legge n. 833 (dico questo non solo in omaggio all'onorevole Anselmi, dal cui posto sto parlando); oppure procedere ad un riordino delle norme e dell'impianto organizzativo per rendere più efficiente ed efficace il Servizio sanitario nazionale. È questa, onorevoli colleghi, la prima e più importante domanda che ognuno di noi avverte nel quotidiano rapporto con la gente.

Per quanto ci riguarda, come gruppo della democrazia cristiana, in Commissione abbiamo cercato di dare il nostro contributo per una risposta adeguata a tale

domanda, consapevoli che le riforme non si fanno con gli slogan né con la criminalizzazione generalizzata degli amministratori delle USL, ma assegnando a ciascuno il suo, la propria competenza e responsabilità. In questo senso assume valore la separazione tra responsabilità politica degli indirizzi e delle scelte di fondo e gestione manageriale, con la responsabilizzazione dei centri di spesa.

Il modello che emerge dal disegno di legge n. 4227, con le modifiche apportate dalla Commissione ancorché modificabili in alcune parti, è condivisibile proprio perché tende a migliorare l'assetto organizzativo e quindi l'efficienza del servizio, salvaguardando i principi della solidarietà che stavano — come dicevo — alla base della legge n. 833.

Tale modello è in alcune parti sconvolgente del precedente assetto e merita alcune sottolineature. L'istituzione del fondo sanitario interregionale in sostituzione del fondo nazionale non è un mero fatto nominalistico, ma innova profondamente nella materia, sottraendo la spesa sanitaria alla gestione del tesoro e responsabilizzando le regioni, che assumono così la piena titolarità della competenza, come del resto prevede la Costituzione. Questo obiettivo sarà compiutamente realizzato con l'istituzione dell'autonomia impositiva delle regioni, della quale recentemente abbiamo approvato le relative norme.

Uno dei mali del sistema era ed è, infatti, il ripetersi di sfondamenti della spesa sanitaria rispetto alle previsioni, con progressione quasi geometrica, senza che a ciò corrispondesse un miglioramento nella qualità dei servizi prestati. Il modello che emerge è, quindi, un modello regionalista. Sorge inevitabilmente a questo punto la questione di fondo, sulla quale si è imperniata buona parte del dibattito in questi mesi, e cioè se questa scelta sia corretta o invece contraddica il disegno autonomista varato di recente dal Parlamento con la legge n. 142.

Appare a me, onorevoli colleghi, che sia corretto riconoscere la competenza regionale in materia sanitaria, prevista — come ricordavo — dall'articolo 117 della Costi-

tuzione. Il problema è piuttosto quello di definire gli spazi ed i limiti di competenza delle regioni (lo ricordava prima anche l'onorevole Artioli); se spetti, in altre parole, alle stesse anche la gestione diretta, ancorché mediata, del direttore delle USL e dell'azienda ospedaliera, o se invece non debbano svolgere precipuamente il compito di legislazione e programmazione, demandando agli enti locali (in pratica le USL) la gestione.

Il disegno di legge opera una scelta ben precisa, sulla quale non posso non esprimere talune perplessità — anche dopo le modifiche apportate dalla Commissione per merito soprattutto del lavoro svolto dal relatore, onorevole Volponi — per ribadire l'opportunità di una migliore precisazione delle competenze del consiglio di amministrazione. Recenti ed autorevoli prese di posizione, tendenti ad estromettere i politici dalla sanità perché ritenuti responsabili di tutti i mali che gravano sul settore, appaiono non solo ingiuste e penalizzanti rispetto al difficile compito di attuare la riforma in assenza di riferimenti (quali, ad esempio, il piano sanitario nazionale) ma anche non corrette rispetto a ruoli e responsabilità che non possono non essere essenzialmente politici, cioè di chi ha la rappresentanza degli interessi generali della popolazione.

Ho parlato non a caso di consiglio di amministrazione, e non di commissione amministratrice come prevede il testo in esame, intendendo proporre in tal modo — altri mi pare l'abbiano già fatto — una modifica dell'articolo 4 che non sia soltanto nominalistica, ma — *nomina substantia rerum* — anche di contenuto e responsabilità.

Ritengo inoltre si debba modificare il titolo del cosiddetto *manager* da segretario generale a direttore generale, apparendo la seconda definizione più consona alla funzione che si intende attribuire.

Il disegno di legge in esame scioglie finalmente e correttamente il nodo della definizione della natura delle unità sanitarie locali, attribuendo ad esse personalità giuridica e dotandole degli strumenti operativi necessari al migliore funziona-

mento (autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile).

Il fatto che le USL siano definite aziende regionali non contraddice l'opportunità, prima enunciata, di un'estensione dei compiti attribuiti al consiglio di amministrazione, emanazione degli enti locali che sono il naturale e più immediato riferimento per la gente e quindi anche per gli utenti del servizio sanitario nazionale.

Per ottenere ciò, non mi pare necessario stravolgere il progetto delineato dal disegno di legge n. 4227, come sembra suggerire la Commissione affari costituzionali, la quale per altro — mi spiace che l'onorevole Strumendo non sia più presente in aula — con precedente parere, espresso nel dicembre del 1989, aveva riconosciuto, se non vado errato, la centralità della funzione regionale in materia sanitaria, garante — mi permetto di aggiungere — anche delle esigenze di riequilibrio a favore delle aree più deboli.

In merito alla delimitazione dell'ambito spettante alle unità sanitarie locali e necessario riconoscere ampi spazi di scelta alle regioni, in relazione alle peculiarità territoriali, urbanistiche e di sviluppo delle stesse, non disgiuntamente dall'assetto che storicamente, in applicazione della legge 833, le regioni si sono date.

Non sempre l'equazione «USL grande uguale minore spesa» è fondata. In tal senso appaiono opportune le modifiche apportate dalla Commissione al testo originario.

Un'altra importante innovazione che merita di essere sottolineata riguarda il riordino della rete ospedaliera e soprattutto lo scorporo dei grandi ospedali con l'istituzione delle aziende pubbliche ospedaliere. Al riguardo appare conveniente limitare il provvedimento alle strutture che presentino veramente caratteristiche di alta specializzazione: impedire cioè il possibile «assalto alla diligenza» — come lo ha definito il collega Saretta intervenendo in Commissione — che rischierebbe di far perdere significato ad una scelta che deve avere piuttosto quale obiettivo l'individuazione e la creazione (laddove non esista) di una rete di strutture altamente spe-

cializzate, che coprano tutto il territorio nazionale.

Questo servirà anche — almeno quale obiettivo da perseguire — a scrivere la parola fine ai viaggi della speranza in altri paesi ed anche ai costosi viaggi effettuati all'interno del paese, determinando sostanziali condizioni di parità fra le diverse aree nazionali, rispetto ad un bisogno essenziale quale quello della salute.

Quanto agli altri ospedali ed alla loro permanenza nell'ambito delle USL come presidi ospedalieri delle stesse, è necessario favorire una più efficace interazione ospedale-territorio, avviata con difficoltà in sede di applicazione della 833, ma indispensabile alla efficacia del servizio. La nuova definizione dei distretti di base appare idonea al perseguimento di questo scopo.

Altro capitolo importante e qualificante della riforma è quello riguardante il personale (su di esso, per altro, si è trattenuto a lungo il relatore in sede di relazione scritta, ne ha parlato anche l'onorevole Artioli ed io condivido quanto è stato detto). L'obiettivo che si spera possa essere conseguito è quello del superamento della eccessiva rigidità della struttura e di una legislazione garantista che non sempre ha prodotto buoni frutti.

L'abolizione dell'articolo 11 della legge n. 761 introduce significativi elementi di flessibilità che, accompagnati dal contratto a termine per le figure apicali, innovano sensibilmente la normativa.

È altresì importante che sia stato stabilito il rapporto unico di lavoro per tutti i dipendenti, con la determinazione dell'incompatibilità, secondo l'auspicato obiettivo di vedere cessare una condizione che di fatto spesso privilegiava le strutture e gli interessi privati rispetto al servizio pubblico.

Prima di concludere, signor Presidente, desidero dare un'occhiata alle norme transitorie, per esprimere una preoccupazione sul possibile prolungarsi dei tempi del previsto commissariamento, che potrebbe andare ben oltre i tempi teorici calcolati in base alla legge. Mi richiamo a quanto diceva nel suo intervento l'onorevole Pier-

luigi Castagnetti questa mattina: il regime commissariale ha per sua natura un carattere eccezionale e deve essere perciò estremamente contenuto nei tempi, per cui ritengo utile un'ulteriore riflessione su questo punto anche da parte dell'Assemblea.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, avevo promesso che mi sarei soffermato solo su alcuni punti più significativi di questa importante legge di riforma. Così ho fatto, richiamandomi per tutto il resto e condividendo quanto è stato esaurientemente detto dal relatore, onorevole Volponi al quale esprimo, per quanto può valere, tutto l'apprezzamento per il cospicuo e paziente impegno posto per raggiungere il massimo di convergenza possibile, come per altro aveva fatto per il disegno di legge del ministro Donat-Cattin, n. 1942, l'allora relatore, onorevole Sarretta.

Si è cercato di raggiungere la massima convergenza possibile dei diversi gruppi su un testo che dovrà alla fine coniugare le molteplici istanze ed aspirazioni con la chiarezza degli obiettivi e delle norme ed ottenere così la massima efficacia.

I lavori dell'Assemblea potranno consentire un ulteriore passo in avanti, anche nel senso di un più ampio coinvolgimento delle forze politiche, se vi sarà in tutti disponibilità e flessibilità, pur salvaguardando l'impostazione di fondo data dal disegno di legge.

Ho richiamato all'inizio del mio intervento la legge n. 833, per evidenziare l'esigenza di apportare delle correzioni al fine di salvarne i principi. Bisogna per la verità aggiungere che detta legge non è stata completamente attuata, ed anche questo è alla base dei mali odierni.

Quando il Parlamento — speriamo che ciò avvenga presto — avrà definitivamente approvato il nuovo testo, occorrerà porre mano alla sua attuazione senza ripetere errori e carenze del passato e non sarà secondaria l'esigenza di disporre ad ogni livello di personale professionalmente preparato e — perché no? — «vocato». Ricordo che oggi la crisi più grave è data proprio dalla mancanza di infermieri.

Infatti, senza questo apporto anche la migliore legge sarebbe destinata al fallimento (*Applausi*).

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

DANILO POGGIOLINI. Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, sono trascorsi dodici anni dalla costituzione del servizio sanitario nazionale, un arco di tempo durante il quale il disegno riformatore, teso a garantire a tutti il diritto al mantenimento della salute, si è via via sfumato, si è diradato nelle oltre 600 unità sanitarie locali senza lineguida, con un'ambivalente configurazione alla mercé dell'invasione partitica. Noi repubblicani non abbiamo votato a suo tempo quella legge, non perché non ne condividessimo i principi informativi, ma perché pensavamo che in assenza del coinvolgimento dei medici e degli operatori in generale, ma soprattutto in assenza di una programmazione, sarebbe successo quanto è poi avvenuto.

In questo arco di tempo si è registrata, da un lato, una crescita culturale, lo stile di vita si è modificato, i comportamenti si sono trasformati, la domanda di salute è quantitativamente e qualitativamente aumentata; dall'altro lato, il crescente livello delle inefficienze e delle disfunzioni di un sistema gestionale inadeguato ed irrazionale ha fatto opacizzare le finalità e gli obiettivi della riforma sanitaria.

La diagnosi sui mali della sanità è stata di volta in volta messa a punto: sono state fatte indagini, aperte inchieste, si è dibattuto lungamente, sono state ricercate le ragioni e le cause che in varia misura hanno determinato l'attuale situazione di crisi istituzionale ed operativa del servizio sanitario.

Sono state evidenziate le disfunzioni derivanti dagli eccessi di politicizzazione degli organi gestionali, la visione deformata e deformante dei rapporti tra responsabilità politiche ed amministrative, la non chiara definizione dei poteri e delle sfere di competenza. Si è sviscerato il problema delle risorse finanziarie destinate

alla tutela della salute. Sono state individuate inoltre sacche di autentici sperperi e sprechi sfacciati, nonché di improduttività scandalose.

La sintomatologia è quanto mai chiara: è stata posta in evidenza una serie di problemi, derivanti dalla permanente conflittualità tra gli organi istituzionali ai diversi livelli, dall'appropriazione politica dei partiti della gestione delle unità sanitarie locali, dalla mancanza di modelli organizzativi e funzionali uniformi nelle stesse USL, dall'espropriazione della partecipazione degli operatori, medici e non, al processo di programmazione e di rinnovamento, dall'emorragia di danaro per spese non mirate, e così via.

Certo si è che nel paese esiste un diffuso senso di preoccupazione e di disorientamento, di delusione e di incertezza, quando non di rancore.

L'attenzione è stata necessariamente rivolta all'individuazione dei correttivi e delle modifiche da apportare all'impianto del Servizio sanitario nazionale per renderlo operativamente efficiente ed in grado di rispondere adeguatamente alla domanda di sanità del paese e per ottenere l'ottimizzazione dell'utilizzazione delle risorse finanziarie, nonché una gestione trasparente, anche ai fini della valutazione economica dei costi e dei benefici, che punti alla qualità dei servizi e che restituisca agli operatori del settore il ruolo e la dignità che loro competono.

Il testo del disegno di legge al nostro esame si propone una strategia articolata e soluzioni volte al superamento della crisi in atto. Il riordino del Servizio sanitario nazionale rappresenta un obiettivo certamente qualificante per il Governo. Va dato atto al ministro della sanità che per portare avanti questi obiettivi egli si batte con grande impegno e volontà su un terreno certamente non facile, in cui sono presentati egoismi ed interessi di parte. Il ministro ha dichiarato che occorre un cambiamento di rotta per avere un servizio sanitario governabile, capace di autocorreggersi in presenza di accertate disfunzioni e che veda finalmente una chiara distinzione del ruolo dei politici e di quello dei medici.

Sono affermazioni ed intendimenti che non possono non essere condivisi. Permangono tuttavia alcune preoccupazioni laddove talune soluzioni e schemi organizzativi stabiliti al disegno di legge non risultano sufficientemente chiari e definiti nella prospettiva del superamento della logica della lottizzazione, che ammette una serie di interventi di natura non tecnica e amministrativa che portano alle inefficienze ed agli sprechi. Noi riteniamo che le soluzioni debbano essere attuate fino in fondo e non debbano rappresentare la risultante di mediazioni volte alla difesa di interessi precostituiti, di qualunque genere siano.

Il disegno di legge sul riordinamento del Servizio sanitario nazionale e sulle misure di contenimento della spesa sanitaria proposto dal Governo è stato presentato nel settembre dello scorso anno come provvedimento di accompagnamento della legge finanziaria 1990. Parlare oggi di questo non sembra del tutto intonato. Dopo l'approfondito dibattito che si è svolto prima nella maggioranza, poi in Commissione affari sociali, nonché dopo gli incontri a livello politico con i rappresentanti delle confederazioni sindacali dei lavoratori, con i sindacati di categoria, con i rappresentanti degli ordini professionali interessati — in particolare con la Federazione nazionale dell'ordine dei medici — sono state apportate notevoli modifiche al testo originario; gli articoli infatti da 16 sono diventati 19.

Il problema più dibattuto, quello per così dire di carattere nevralgico, è stato ed è quello relativo alla «spoliticizzazione» delle USL ed alla separazione della responsabilità della gestione tecnica da quella dell'amministrazione politica. L'unità sanitaria locale viene configurata come un'azienda, con personalità giuridica pubblica e con autonoma organizzazione patrimoniale e contabile. Gli organi sono la commissione amministratrice, il segretario generale ed il collegio dei revisori dei conti. L'assemblea comunale nomina la commissione amministratrice, i componenti della quale sono scelti tra i cittadini aventi comprovata esperienza di ammini-

strazione: così recita la legge. Al riguardo sono sorte — non solo da parte nostra — non poche perplessità, sia per il tipo di scelta dei componenti la commissione amministratrice, sia per quanto riguarda la stessa denominazione dell'organo. Sembra infatti più coerente — se a tale organismo sono affidati poteri di indirizzo, di verifica e di approvazione del bilancio, nonché il compito di formulare linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività — denominarlo «comitato di indirizzo», proprio per significare che ad esso non spettano compiti amministrativi. In tal modo si dà anche un preciso segnale di cambiamento rispetto all'attuale situazione, in cui i comitati di gestione sono quelli che sono.

Non si tratta, in sostanza, di un fatto meramente nominalistico. Tale organo inoltre, proprio per la sua connotazione di derivazione politica, non può essere composto in maggioranza da cittadini che non abbiano responsabilità di rilevanza pubblica; è importante, per altro, che non abbiano compiti di gestione.

Il gruppo repubblicano avrebbe preferito l'elezione diretta da parte dei cittadini utenti di un comitato di indirizzo veramente democratico.

Ci sembra che, *mutatis mutandis*, analogo ragionamento possa essere riferito al segretario generale. A tale denominazione si è arrivati dopo aver previsto nei testi precedenti la figura dell'amministratore unico e del direttore generale. La nomina e la revoca del segretario generale sono proposti dalla commissione amministratrice alla giunta regionale. Nell'intendimento di svincolare la gestione tecnico-amministrativa delle USL da lacci e laccioli di natura partitica, sarebbe opportuno ed utile che fosse eliminato qualsiasi spazio che consenta condizionamenti e interferenze nell'attività dal segretario generale. Indubbiamente, per i poteri che vengono conferiti a tale organo, la funzione e la denominazione di direttore generale sembrano più adatte.

Devo rilevare che sono stati presentati dai colleghi diversi emendamenti. Ieri sera, molto rapidamente, ne ho letti alcuni,

tendenti a uniformare ed omogeneizzare la situazione della quale ci stiamo occupando con la legge, recentemente approvata, sulle autonomie locali. Non ho ancora esaminato bene tali emendamenti, che nei prossimi giorni saranno oggetto di discussione in Comitato dei nove. Desidero tuttavia segnalare che non è opportuno richiamarsi ad aziende comunali di vario tipo (alcune sono vere e proprie società per azioni). Taluni colleghi propongono la denominazione di «consiglio di amministrazione». Tale organo tuttavia amministra veramente; quindi non ci muoveremmo più lungo la strada della gestione affidata al *manager*, con un consiglio, comunque denominato, che fissa indirizzi e approva soltanto i bilanci. Sia pure per rendere omaggio a criteri di omogeneizzazione con la legge riguardante le autonomie locali, faremmo dei passi indietro rispetto alla volontà che tutti abbiamo manifestato di togliere la gestione al consiglio di amministrazione (o commissione amministratrice o comitato di indirizzo, comunque lo si voglia chiamare).

La soluzione, dato l'assetto di vertice delle USL, rischia in questo modo di non cambiare l'attuale stato di cose, anzi di peggiorarlo. Noi proponiamo che l'elenco dei candidati alla nomina di segretario generale — altro tema importante — possa essere formato attraverso una selezione rigida e rigorosa e prospettiamo l'iscrizione in un albo a numero programmato, in rapporto al numero delle USL e delle aziende ospedaliere. In particolare pensiamo a un numero doppio o triplo, in riferimento al numero delle aziende, di iscritti nell'apposito elenco, dal quale scegliere i direttori generali.

Anche le professioni che operano nel servizio sanitario, in prima linea quella medica, attraverso la Federazione dell'ordine dei medici, tengono ad evidenziare l'imprescindibile esigenza che il *manager* delle USL sia un professionista scelto al di fuori dell'ingerenza partitica e portatore di competenza specifica e professionale e tale da garantire il raggiungimento dell'efficacia del servizio.

Occorre inoltre che il direttore sanitario,

per le delicate funzioni tecniche e organizzative che deve svolgere, venga nominato con criteri ben definiti, soprattutto svincolati da condizionamenti di altri poteri.

Tutti hanno chiesto chiarezza, e chiarezza significa anche esatta definizione dei ruoli, dei compiti e della natura degli organi di gestione della USL.

Sull'articolo 4 il dibattito è stato abbastanza vivace e articolato. Vi sono ancora posizioni contrapposte, con interpretazioni divergenti. Laddove vi sono le condizioni per fugare i dubbi sulle interferenze politico-partitiche della gestione della USL è bene intervenire — siamo ancora in tempo — e fare chiarezza con norme precise e trasparenti, per evitare strumentalizzazioni surrettizie.

Per quanto riguarda le aziende ospedaliere, riteniamo che occorra operare con molta cautela, per evitare che avvenga una proliferazione di tali aziende, che porterebbe, con artificiose classificazioni, ad un forte distacco fra gli ospedali e il territorio.

Inoltre il numero delle aziende (che s'intende ridurre, rispetto a quello delle attuali USL) rischierebbe di restare molto elevato.

Si potrebbe tra l'altro pensare che, usciti dalla porta, i comitati di gestione siano in grado di rientrare dalla finestra, insediandosi nelle commissioni amministratrici degli ospedali.

Sarà senz'altro utile la prevista sperimentazione sia di carattere gestionale sia di forme alternative di erogazione delle prestazioni sanitarie, nella quale però dovranno essere coinvolti i cittadini e le parti sociali.

Nel settore delle conservazioni e del ricorso al sistema privato appare necessario impedire la formazione di situazioni di monopolio e potenziare l'operatività del settore pubblico, che quindi va reso competitivo con quello privato.

Non può essere ovviamente disconosciuto il diritto alla libera scelta del cittadino, al quale dev'essere garantita la possibilità di ottenere le prestazioni di cui ha bisogno in tempi brevi, anche se ciò dovesse significare il ricorso al settore privato.

E veniamo al rapporto di lavoro del personale dipendente, disciplinato dall'articolo 11. Indubbiamente esso costituisce uno dei principali nodi: è necessario porre precise garanzie a salvaguardia della professionalità degli operatori (in particolare, della professionalità e della cultura degli operatori sanitari), che consentano il conseguimento di una maggiore funzionalità del servizio sanitario di Stato.

L'ultima formulazione dell'articolo 11 si contrappone a quella del testo originario, che prevedeva un rapporto di natura privatistica. È un argomento che presenta aspetti complessi e delicati, sui quali le organizzazioni sindacali confederali e di categoria non sono tutte d'accordo.

Una previsione che riteniamo debba essere confermata è quella che riguarda il rapporto unico di lavoro con il servizio sanitario e l'incompatibilità con altre attività. Rimane la possibilità per il medico di svolgere la libera professione, nonché di effettuare prestazioni, laddove il contratto ne disciplini l'esercizio sia introducendo l'applicazione dell'istituto delle incompatibilità, sia stabilendo tempi e producere di attuazione, in relazione alle disponibilità finanziarie.

Perplessità solleva la disposizione che prevede l'attività di tirocinio e di formazione, giacché non viene indicato come si acceda ad essa. Noi riteniamo debba essere effettuata una prova selettiva, secondo le direttive della CEE in materia, indicato il numero complessivo dei medici per ciascuna azienda ospedaliera. Al riguardo, può essere utile il riferimento alla programmazione regionale o alle disponibilità, con dotazione organica, nell'area funzionale della dirigenza; dev'essere cioè stabilito un rapporto fra i giovani che entrano e quelli che debbono in qualche modo trovare spazio ai livelli più alti.

L'inserimento dei rappresentanti degli ordini e delle federazioni nazionali in seno al Consiglio sanitario nazionale è certamente una decisione che non può non essere valutata positivamente: è il segno di un chiarimento politico, anche se per la verità, in forza della legge n. 400 del 1988, oggi il Consiglio sanitario nazionale non

esprime più alcun parere in ordine alla ripartizione del fondo sanitario.

Signor Presidente, colleghi, signor rappresentante del Governo, anche se questa legge verrà approvata, il gruppo repubblicano continuerà a ritenere irrisolto il rilevante problema finanziario concernente la determinazione dei flussi economici ed il reperimento dei mezzi per il finanziamento della spesa sanitaria, che certamente non può più essere ancorato al vecchio sistema della fonte contribuita. Occorrono soluzioni nuove, che superino le vecchie logiche con fantasia, ma soprattutto con serietà e rigore. Lo scopo finale è quello di far funzionare il Servizio sanitario nazionale e di saperlo collocare nei tempi in cui viviamo, non dimenticando la sua peculiarità, legata al bene immenso della salute, che produce anche benessere economico, pace sociale e serenità democratica.

In tale prospettiva, il nostro auspicio è che tra altri dodici anni si possa constatare la positività delle scelte che ci accingiamo ad effettuare. Ci auguriamo cioè che tra altri dodici anni si possa constatare che i problemi da risolvere sono solo quelli che attengono alla promozione ed allo sviluppo del servizio sanitario, e non ancora quelli relativi alle spartizioni, agli sprechi ed alle inefficienze che oggi tutti lamentiamo.

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

GIUSEPPINA BERTONE. Signor Presidente, anche in omaggio agli ultimi colleghi che resistono nonostante l'ora tarda, cercherò di essere il più possibile breve.

Quando si parla del Servizio sanitario nazionale e, più in particolare, della salute nostra e del paese, è certamente forte la tentazione di entrare nel merito di ogni aspetto del disegno di legge in esame, così come della storia, che in qualche modo segna ciascuna di noi, dell'evoluzione dell'idea di salute nel nostro paese.

Cercherò quindi di non cedere a questa tentazione: molte cose sono state già dette e molte lo saranno ancora nel corso del

dibattito. Tenterò invece di soffermarmi su alcuni punti che mi sembrano i più rilevanti, partendo proprio da un'osservazione che credo tutti noi abbiamo fatto leggendo i giornali di ieri. Questi riportavano i risultati di una ricerca dell'ISPES che documenta come tutta la pubblica amministrazione del nostro paese goda, diciamo così, di un basso indice di gradimento. In particolare, l'organizzazione della sanità pubblica risulta essere quella giudicata più severamente dai cittadini.

Penso che molti di noi, così come ho fatto io, si siano posti seriamente la domanda se il disegno di legge che questa mattina abbiamo cominciato a discutere in Assemblea abbia in sé gli elementi per avviare un processo di recupero di credibilità e di fiducia nella pubblica opinione.

Devo rilevare, ancora prima di entrare nel merito delle linee ispiratrici del provvedimento e dell'idea di servizio che da esso emerge, che non si può dire che finora vi sia stato abbastanza coraggio, vi sia stata sufficiente incisività e determinazione nell'affrontare alcuni dei nodi reali del sistema sanitario del nostro paese. Dico finora, perché mi auguro che l'attuale dibattito non sia solo formale, ma possa consentirci di entrare ancora nel merito e di modificare e migliorare insieme la legge. Tale scarsa determinazione non lascia sperare che si riesca a rendere attuabili ed efficaci le soluzioni proposte, che rispettano comunque le basi della legge n. 833, una legge che tutti i colleghi intervenuti questa mattina hanno affermato di condividere. Così ha fatto l'onorevole Brunetto e persino l'onorevole Poggiolini, che fa parte di una forza che a suo tempo non aveva approvato quella legge.

Mi riferisco in particolare a tre punti fondamentali: la questione del finanziamento, la struttura giuridico-istituzionale dell'impianto della legge e l'organizzazione e il rapporto di lavoro. Si tratta di punti ai quali mi sentirei di aggiungere quello della partecipazione dei cittadini con funzioni di proposta, di verifica e di controllo del Servizio sanitario nazionale. È questo un aspetto che, sia pure accen-

nato, non trova molto seguito nel disegno di legge al nostro esame.

Il mio gruppo ritiene che sia possibile avviare già da ora quel sistema di fiscalità che pone a carico di tutti i cittadini l'onere della difesa della salute individuale e collettiva. Già la legge n. 833 forniva delle indicazioni chiare in questo senso; ma tali indicazioni, in più di dieci anni ormai, non sono state recepite, neanche in questa occasione che avrebbe potuto essere quella giusta per affrontare la questione.

Noi pensiamo che esistano motivi logici e di opportunità per seguire, oggi, questo tipo di impostazione; abbiamo pertanto presentato alcuni emendamenti che si muovono in tale direzione. Per brevità, mi soffermerò soltanto su due dei motivi logici che ho richiamato.

Se — com'è giusto che sia — il Servizio sanitario nazionale dev'essere universale, altrettanto universale (è quasi banale dirlo) dev'essere il prelievo finanziario. Non è più accettabile un meccanismo di prelievo contributivo che è stato concepito in altri tempi per una situazione diversa, quando con la contribuzione si tutelavano direttamente i soggetti che concorrevano a mantenere il sistema sanitario; un meccanismo che, proprio per la sua impostazione originaria (che a quei tempi era avanzata, ma ora non è più al passo con l'evoluzione a cui abbiamo assistito), è basato quasi esclusivamente sulla categoria dei lavoratori dipendenti.

Il secondo motivo logico è il seguente. Il passaggio che si è determinato prima della legge n. 833 e poi a seguito della stessa, dall'idea di cura del malato a quella di difesa dalla malattia spostata la necessità di intervento all'ambiente di vita e di lavoro, alla ricerca delle cause del malessere. Per questo si coinvolgono tutti i cittadini.

L'intenzione dichiarata del provvedimento è quella di rendere più agile e dinamica l'impalcatura istituzionale del Servizio sanitario nazionale. La stessa onorevole Artioli, nel suo intervento di questa mattina, ha sottolineato, tra gli altri, soprattutto questo obiettivo del disegno di legge in esame. Si tratta di un obiettivo condivisibile, che anch'io mi auguro venga

perseguito; mi sembra peraltro che l'impalcatura istituzionale che emerge da una lettura attenta del disegno di legge sia ancora molto intricata e asimmetrica e presenti un'articolazione tra poteri ed enti molto complessa e poco comprensibile, nonché un sistema di controlli che risulta appesantito, anziché snellito.

È un peccato che non disponiamo in quest'aula di alvagne magnetiche, perché sarebbe assai più facile comprendere ciò che intendo dire se potessimo tracciare un grafico per evidenziare, nel rapporto tra enti e poteri, chi risponde a chi. Se tale intreccio fosse visivamente messo in evidenza ci si potrebbe rendere conto della pesantezza istituzionale e della scarsa chiarezza del sistema, difetti che ritengo ostacoleranno notevolmente il raggiungimento degli obiettivi dichiarati della legge.

Voglio soprattutto sottolineare che l'obiettivo dell'uscita dei partiti dalle USL, che è diventato in un certo senso lo slogan pubblicitario a sostegno del provvedimento in esame, viene perseguito solo in misura molto parziale. Nel disegno di legge viene indicata, ritengo in termini anche abbastanza chiari, la distinzione tra programmazione e gestione, tra chi controlla e programma e il segretario che gestirà le USL. Riteniamo però che l'introduzione di quelle che sono qui chiamate (con uno sforzo di fantasia se non altro verbale) «commissioni esaminatrici» apra di nuovo la strada a possibili lottizzazioni politiche e soprattutto mantenga a nostro avviso, un passaggio istituzionale inutile.

Nel corso dell'ulteriore esame del provvedimento potremo entrare più specificatamente nel merito di tale aspetto. In questa sede vorrei soltanto dire che, secondo noi, un rapporto diretto tra unità sanitaria locale che gestisce e comune che programma e controlla appare molto più rispondente ad una moderna impostazione organizzativa e ad un corretto collegamento tra cittadini e istituzioni locali. Per realizzare tale rapporto sarebbe ovviamente necessario dare al comune (cosa alla quale non si è neppure pensato) compiti e strumenti reali di controllo e di rap-

porto immediato, pur nell'ambito delle sue competenze. Ci sembra che tale modello risponda meglio ad una visione globale dei problemi e dei servizi mirata alla ricerca del maggior benessere dei cittadini e quindi alla tutela della loro salute. Anche al riguardo ci pare siano mancati fantasia e coraggio per districarsi di vecchi panti.

Allo stesso modo la volontà, più volte manifestata, di dare avvio al contratto di diritto privato per il personale dipendente si è via via stemperata nel corso delle lunghe trattative, qualche volta sotterranee e non sembre visibili, che hanno preceduto l'attuale fase, fino a giungere all'articolo 11 del testo al nostro esame che, anche a detta dei sindacati confederali, ha ben poca incisività. Nei termini in cui è stata da ultimo redatta, difficilmente tale previsione potrà diventare elemento di dinamicità per il sistema e allo stesso tempo elemento di maggiore responsabilità per il lavoratore, nonché di maggiore tutela del lavoratore e del malato.

Questi sono i tre punti particolari che mi interessava evidenziare. Vorrei ora rapidamente esprimere alcune preoccupazioni. Lo farò in modo molto sintetico (e di questo mi scuso), ma avremo modo di approfondire in seguito anche tali problemi.

Nel progetto di legge salta quasi del tutto (e, anche se posso capirne i motivi, ho difficoltà ad accettarne le possibili conseguenze, che mi sembrano decisamente negative) l'integrazione tra il «sanitario» ed il «sociale». Solo a livello di distretto questo elemento viene considerato. È vero che il livello del distretto è quello giusto, e forse quello principale, per gestire tale integrazione, ma certamente, al di là di tutti i problemi posti dallo scorporo (pensiamo alle persone che oggi si occupano del settore, alle regioni o alle unità sanitarie locali che già hanno attuato l'integrazione tra sanità ed assistenza, e quindi allo squasso che potrà provocare una simile impostazione), vi sono in ogni caso difficoltà reali nell'affrontare nel modo giusto la questione della salute così come l'abbiamo prima sinteticamente delineata.

Un altro aspetto che ci preoccupa è quello della nuova dimensione delle USL. È vero che il progetto di legge prevede la possibilità di molte deroghe; ritengo che sarebbe forse stato più opportuno l'imitarsi a dare indicazioni di base, lasciando alle regioni la responsabilità di organizzare la zona di loro competenza non soltanto in base a dimensioni territoriali più o meno riconosciute ma anche in base alle esigenze locali, all'organizzazione dei trasporti, al personale disponibile, insomma ad una serie di indici che vanno al di là della pura «zonizzazione», consentendo quindi un'ottimizzazione delle risorse e delle spese. Sappiamo bene che molto spesso una USL di minore dimensione, essendo più facilmente controllabile, consente maggiori economie, maggiore realizzazione delle risorse e migliori risultati. Con questo non voglio dire che tutte le unità sanitarie locali debbono essere di piccole dimensioni, ma certamente ritengo che l'autonomia regionale debba avere la possibilità di scegliere e decidere nel modo migliore in merito.

Un altro elemento che ci preoccupa è l'aziendalizzazione degli ospedali. Anche noi pensiamo che non si debba demonizzare questa scelta. Vi sono alcuni grandi ospedali di altissima qualificazione che, giustamente secondo noi, debbono essere resi autonomi; ma quando diciamo «alcuni», ci riferiamo ad un piccolo numero (10, 15, 20, si può contarli uno per uno). Se le dimensioni dello scorporo diventano invece eccessive il risultato può essere dannoso sia per la gestione degli ospedali stessi sia per la realizzazione di un intervento integrato per la salute sul territorio.

Abbiamo ancora perplessità sull'eccessivo impulso alla privatizzazione che ci pare venga dal disegno di legge non che su una non sufficientemente controllata possibilità di sperimentazione.

Ho fatto questo breve elenco soltanto per porre sul tappeto questioni che ci interessano e che pensiamo possono essere in qualche modo ancora affrontate e discusse.

Da ultimo, esprimo ancora una preoccupazione.

pazione. In questo progetto di legge molta rilevanza è stata data alla programmazione, al piano sanitario nazionale. Noi siamo assolutamente d'accordo su questa impostazione, perché si può dire che la programmazione sia la colonna vertebrale che tiene in piedi il Servizio sanitario nazionale. Tuttavia non possiamo non nutrire alcuni dubbi.

Finora il piano sanitario nazionale non è stato mai attuato: è stato predisposto molte volte, ma non ha mai visto la luce, non è mai diventato il punto fondante di tutta l'organizzazione sanitaria. Non solo, ma di questi giorni un articolo molto interessante nel quale il sottosegretario alla sanità, onorevole Garavaglia, afferma che, contemporaneamente alla pubblicazione del documento di programmazione economico-finanziaria, è avvenuta la sottrazione, pressoché completa, dei fondi per il piano sanitario nazionale 1990-1994. Si tratta sicuramente di un aspetto allarmante nel momento in cui ci accingiamo ad approvare una nuova legge che basa la sua forza anche sulla capacità programmatica del Governo. Vorremmo quindi sottolineare anche questo aspetto per vedere se si possono trovare insieme, in questa sede, soluzioni.

Per concludere, vorrei — perdonatemi la retorica — ricordare brevemente quale fosse il disegno concettuale della legge n. 833, la quale era impostata sul passaggio dalla cura della malattia alla tutela della salute, avendo conseguentemente come utenza tutti i cittadini ai quali si deve garantire la salute.

Per questo sono state previste l'unitarietà del governo territoriale, l'integrazione tra il salario e il sociale, l'unitarietà dell'intervento inteso come prevenzione, cura e riabilitazione. Sono cose che sappiamo senz'altro, che ci diciamo, anche se non sempre ne traiamo le dovute conseguenze. Credo che questa impostazione debba essere mantenuta e ritengo sia possibile farlo coniugando razionalizzazione delle risorse, economicità, riorganizzazione dei servizi e del lavoro con la ricerca della migliore salute possibile.

Il nostro gruppo presenterà pochi emen-

damenti, che atterranno soprattutto agli aspetti che ho citato all'inizio del mio intervento, cioè le strutture organizzative e di finanziamento.

Complessivamente, per altro, le opposizioni presenteranno diversi emendamenti, in uno spirito di collaborazione e al fine di cercare di migliorare questo provvedimento di legge. Come hanno detto alcuni colleghi prima di me, si tratta di un progetto di legge che ha un «di più», in termini di importanza, rispetto ad altre normative, visto che riguarda così da vicino una delle questioni che più stanno a cuore alla popolazione.

Mi auguro che con volontà di collaborazione, sulla base degli emendamenti che il nostro ed altri gruppi di opposizione hanno presentato, sia ancora possibile richiamarsi allo spirito della legge n. 833 del 1978 (che molti hanno citato ed hanno detto di condividere), rivedere l'impostazione della legge e trovare soluzioni per rendere migliore e più efficiente il Servizio sanitario nazionale nel nostro paese (*Applausi dei deputati del gruppo della sinistra indipendente*).

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

SERGIO ANDREIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor rappresentante del Governo, mi limiterò ad intervenire sugli aspetti attinenti alle disposizioni normative contenute nell'articolo 8 del provvedimento di legge la discussione. Intendo cioè parlare degli aspetti relativi ai presidi multizonali e ai servizi di prevenzione, mettendo in evidenza la loro mancata attuazione e la situazione di straordinaria gravità in cui versano, nel nostro paese, i servizi di igiene pubblica ed ambientale delle USL. Sugli altri aspetti del provvedimento (sui quali è intervenuto per altro, in Commissione, il rappresentante del nostro gruppo) ci soffermeremo in sede di esame dell'articolato.

Da quando i rappresentanti verdi sono stati eletti come parlamentari o come consiglieri regionali, uno dei primi problemi che hanno prioritariamente voluto solle-

vare è stato quello relativo alla drammatica situazione di carenza dei servizi di igiene pubblica e ambientale in questo paese, nonché al mancato decollo dei presidi multizonali previsti dalla legge n. 833 del 1978.

La situazione è stata definita drammatica certo non soltanto sulla base delle valutazioni del movimento ambientalista o dei rappresentanti verdi nelle istituzioni! La situazione è infatti drammatica sia rispetto ai parametri comunitari sia a quelli stabiliti dallo stesso Governo, come minimi indispensabili, con una delibera (adottata dal CIPE il 20 dicembre 1984) che più volte abbiamo richiamata in quest'aula. Ebbene, nel nostro paese siamo di circa il 50 per cento al di sotto dei parametri in questione, con punte massime, onorevole sottosegretario, proprio nelle regioni maggiormente a rischio.

La Commissione affari sociali ha svolto un lavoro assolutamente lodevole. Colgo l'occasione per ringraziare il presidente Bogi per l'indagine conoscitiva compiuta dalla Commissione affari sociali sulla rete di prevenzione dai rischi produttivi, lavorativi e ambientali, sulle strutture e sul loro funzionamento.

La relativa finale, trasmessa al Parlamento nei mesi scorsi, rappresenta un documento pregevole ed estremamente utile per il nostro lavoro, ma le sue conclusioni - spiace dirlo - sono state ignorate nella stesura dell'articolo 8 del testo unificato del disegno di legge.

La gravità della situazione è dovuta anche al fatto che le gravissime carenze che ho detto, rispetti agli *standards* minimi che lo stesso Governo ha voluto fissare oltre sei anni fa, hanno riflessi su una vasta gamma di norme legislative. Di fatto rendono inattuabili oltre che inattuate tutte le norme in materia ambientale approvate dal Parlamento in passato.

Cito, ad esempio, il recepimento della direttiva Seveso sui grandi rischi industriali che non sta avendo attuazione a causa della scarsità o dell'inesistenza del personale e delle strumentazioni necessarie per esercitare i controlli previsti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 175.

Penso, inoltre, al decreto del Presidente della Repubblica sull'inquinamento atmosferico, rimasto anch'esso sulla carta a causa della situazione di totale inefficienza dei servizi 1 delle USL. Farò poi anche un breve riferimento al fallimento di quanto enti locali e regioni avrebbero dovuto fare in questo settore, a causa della mancata attuazione delle politiche di prevenzione dell'igiene pubblica e dell'igiene ambientale.

Penso, infine, alle normative sulla tutela delle acque e precisamente al decreto del Presidente della Repubblica n. 236 del 1988 e al decreto del Presidente della Repubblica n. 136 del 1989, rimasti lettera morta e alle normative sui rifiuti approvate nel corso di questa legislatura e precisamente alle leggi n. 441 e n. 475.

La tendenza ossessiva che riconosco al nostro gruppo nel sollevare questi problemi credo che sia giustificata da quella che crediamo rappresenti una vergogna della quinta potenza industriale del mondo occidentale; una vergogna riconosciuta ed esplicitata nella stessa relazione finale della Commissione affari sociali, (quindi non in un documento di un gruppo verde) in cui vengono messe in luce molto bene le carenze ed i ritardi di tipo normativo ed attuativo. È questo per noi, signor Presidente, l'aspetto negativo più rilevante del provvedimento al nostro esame.

Ancora una volta, pur dandoci ragione, non si fa nulla di concreto. Addirittura l'articolo 8, se letti con gli occhi maliziosi, sembrerebbe una presa in giro, nel senso che in esso sono previste norme già contenute nella legge n. 833 del 1978 e mai attuate. Al punto *h)* dell'articolo 8 si parla, infatti, della necessità di fissare *standards* minimi che assicurino la funzionalità delle dotazioni organiche dei presidi e dei servizi. Ebbene, il CIPE sei anni fa fissò questi *standards* per altro puntualmente disattesi.

Non vogliamo essere maliziosi e non diciamo che si tratta di una presa in giro, anche perché ci rendiamo conto delle difficoltà esistenti dal momento che questi servizi rappresentano «le gambe» di una serie di provvedimenti legislativi che

vanno al di là degli interventi sul servizio sanitario nazionale. Tuttavia, onorevole sottosegretario, vorrei ricordare che il commissario europeo per l'ambiente Carlo Ripa di Meana, l'ISTAT, il ministro Ruffolo, i maggiori oncologi italiani ed ora l'oncologo per definizione nel nostro paese, il professor Umberto Veronesi, ci hanno messo in guardia non solo sulle tendenze in atto ma anche sulle prospettive di vera e propria emergenza sanitaria cui il nostro sistema industriale avanzato sta andando incontro.

Sono cifre veramente spaventose, colleghi: il professor Veronesi valuta che nel 2000, cioè tra 10 anni, un cittadino su due del nostro paese sarà colpito da tumore a causa del degrado dell'ambiente. Crediamo pertanto che sia veramente irresponsabile continuare a non voler far funzionare le strutture di controllo ed i servizi preposti all'attuazione delle politiche di igiene pubblica ed ambientale.

Nella relazione finale della indagine conoscitiva condotta su questi temi dalla Commissione affari sociali, che prima citavo, è scritto testualmente: «Vi è l'esigenza primaria di porre mano ad un effettivo potenziamento, nell'ambito di una più complessiva strategia di tutela ambientale, dei servizi e dei presidi di prevenzione di tutto il paese. In tale prospettiva, più che di interventi di ingegneria istituzionale, appare determinante l'assunzione di una serie di interventi di tipo organizzativo e finanziario» — di questo si tratta: niente ideologie, ma pragmatismo! — «idonei a qualificare la programmazione sanitaria nazionale e regionale, con specifici obiettivi riguardanti la prevenzione ed il controllo ambientale, con riferimento sia agli ambienti di vita che di lavoro. In questo quadro va particolarmente potenziato il ruolo ed il sistema dei controlli preventivi e repressivi, ambientali e sanitari, per la realizzazione di una complessiva strategia di prevenzione, cui devono concorrere, sul piano politico, programmatico, finanziario e normativo, le diverse amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, nonché gli enti locali».

Ebbene, quanto è avvenuto in realtà,

dalla emanazione della legge 833 in poi, è la latitanza. Rispetto agli aspetti normativi generali la relazione finale della Commissione affari sociali ci ricorda che non sono stati emanati i provvedimenti previsti nel 1978 e che avrebbero permesso di far avanzare l'applicazione della legge anche per quanto riguarda controlli.

La relazione ricorda altresì che è mancato l'approntamento, ai sensi dell'articolo 4 della legge 833, dei limiti massimi ammissibili relativi all'inquinamento chimico, fisico e biologico. Vale a dire che vengono fissate delle soglie e poi tutto è permesso. Inoltre norme nazionali o comunitarie che successivamente hanno previsto alcuni di questi limiti non sono state attuate per i motivi di cui dicevo prima.

Per quanto riguarda il personale siamo ai livelli che ho già ricordato. Afferma la relazione: «Mancano a tutt'oggi norme e criteri organizzativi adeguati a livello nazionale per quanto concerne la pianificazione degli interventi di prevenzione, il che ha finito per ritardare l'adozione anche a livello regionale di specifici programmi di intervento pluriennale nel settore, determinando anche, però, incertezze di riferimento normativo per quanto riguarda l'uso delle risorse limitate assegnate in questi anni all'interno del Fondo sanitario nazionale alla prevenzione, con riferimento specifico alla spesa corrente a destinazione vincolata».

Ora, le tendenze a livello comunitario sono molto allarmanti, stante la situazione italiana, onorevole sottosegretario. Le tendenze per il 1993 sono nel senso di una attivazione di soggetti fino ad ora esclusi dalle attività di prevenzione. Nel corso dell'esame in Commissione il termine usato correntemente è quello delle autocertificazioni; vale a dire che si tende a responsabilizzare le aziende e le altre possibili fonti di danno alla salute per un miglioramento delle prestazioni. Occorre però tener presente che non siamo in Svezia, ma in Italia, cioè in un paese in cui la cultura politica media è di tipo levantino e non ci si può affidare solo alle autocertificazioni, essendo necessario garantire alcuni controlli, quanto meno i controlli pre-

visti dalle leggi della Repubblica, che — noi continuiamo a sostenerlo — sono fatte per essere attuate e non per essere disattese.

Questa situazione drammatica si riscontra a livello regionale. Vi sono regioni in cui non è stato dato alcun seguito agli interventi per la prevenzione e per il funzionamento dei servizi delle USL e di igiene pubblica e ambientale.

Lo ripeto, riteniamo molto serie le raccomandazioni contenute nell'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione affari sociali su tale tema e vorremmo che il Governo ne tenesse conto.

Ci pare purtroppo che l'articolo 8 del testo unificato, che riguarda i servizi e i presidi multizonali di prevenzione, non rappresenti una risposta soddisfacente. La invito pertanto nei prossimi giorni...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. C'è già un emendamento.

SERGIO ANDREIS. Non basta un emendamento, purtroppo, signor ministro. Come ho detto in precedenza, siamo coscienti delle difficoltà esistenti ma non ci può essere un ritardo di sei anni rispetto a quanto previsto dal CIPE, che sei anni fa fissò dei minimi *standard*, rispetto ai quali ci sono carenze, per quanto riguarda il personale e la strumentazione, persino dell'ordine del 50 per cento. Siamo la quinta potenza industriale del mondo!

Gli oncologi prevedono che in futuro una persona su due avrà un tumore a causa del degrado dell'ambiente.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Una su tre!

SERGIO ANDREIS. Ma anche se si trattasse di una persona su quattro, abbia pazienza, non ci sarebbe da stare allegri! E tutto ciò avviene a causa del degrado dell'ambiente.

Non possiamo lasciare inattuate delle norme perché questa situazione va al di là del servizio sanitario nazionale ed implica la non attuabilità di norme come la direttiva Seveso. la normativa in materia di

rifiuti, l'inquinamento delle acque, l'inquinamento atmosferico e tutto il resto

Ci troviamo sistematicamente di fronte a funzionari USL impotenti ad intervenire perché privi del personale e delle strumentazioni necessarie.

Nel concludere vorrei rimarcare ancora una volta questo aspetto perché, senza possibilità di effettuare i controlli, senza la strumentazione idonea, senza personale qualificato (sarà interessante nei prossimi giorni affrontare la questione delle figure professionali, che mancano, e delle nuove professionalità necessarie all'interno di tali servizi, che sono totalmente assenti), tali enti non sono in grado di funzionare.

Mi riservo di esaminare in modo più approfondito tali problemi intervenendo sugli emendamenti che in parte abbiamo già presentato ed in parte presenteremo. Speriamo che il Governo, a differenza di quanto ha fatto in questi tre anni, dia un segnale di novità sui temi dei servizi di prevenzione, dell'igiene pubblica e dell'igiene ambientale.

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

OLINDO DEL DONNO. Onorevole ministro, la ringrazio per la sua presenza e mi posso dire fortunato perché il capo, che è anche il vertice, che assomma l'intera materia e che si pone interlocutore istituzionale della Commissione sanità, è presente ed ascolta il mio breve intervento.

Devo dire, signor Presidente, che questo disegno di legge contiene oscuri principi di negazione e di contraddizione tra qualificazione della sanità e quantificazione economica. Ciò impedisce di stabilire un rapporto corretto tra la spesa sanitaria e la sua valenza qualitativa. Vi è un'assurda discrepanza fra i mezzi di cui disponiamo e le esigenze da soddisfare, anche se l'oratore che mi ha preceduto ha parlato di «quinta potenza». Siamo una «quinta potenza» per modo di dire! Prima bisogna vedere cosa sono l'America ed il Giappone e poi potremo metterci in lista per essere la quinta potenza!

Vi è una assurda discrepanza — dicevo

— tra i mezzi di cui disponiamo e le cose che dovremmo o vorremmo attuare. Aggiunto però che deve trattarsi di cose fattibili: mi sembra al contrario che ci stiamo muovendo tra i futuribili, dimenticando che questi ultimi sono avversari del futuro. Infatti, il futuro è una cosa attuabile: possiamo dire, per esempio, che la seduta è aggiornata a dopodomani; i futuribili invece sono gli eventi che potevano o possono avvenire ma che non avvengono: questa è la differenza!

Nel campo sanitario abbiamo subito esperienze tragiche, nelle quali i futuri sono diventati futuribili, cioè eventi che potevano verificarsi ma che non sono accaduti. L'uomo poteva nascere con le ali dell'angelo, anche di quello che venne in terra con il «decreto della molt'anni lacrimata pace»; in effetti egli non le possiede e credo che non le avrà mai. La stessa cosa penso valga per la sanità: siamo nel campo dei futuribili.

Si ha l'impressione che manchino idee precise, non tanto per quanto riguarda la spesa — che equivale a un numero e ad un dato di banale evidenza — quanto soprattutto in relazione a come spendere e a come e dove risparmiare. In definitiva, vengono ancora una volta penalizzati i cittadini e si mettono in moto una serie di meccanismi destinati a rendere più grave la confusione dove ce n'è già troppa e a rendere incontrollabile la spesa.

Le conversioni hanno sempre del miracoloso, specialmente quando richiedono una certa meditazione ed un approfondimento dei problemi. Mi ha meravigliato molto l'onorevole Tagliabue, che ha parlato di commissariamento: è una grande conversione ed un qualcosa di veramente inaudito! Anche i radicali, insieme ad altri, hanno parlato di commissariamento. La nostra era un tempo la voce di colui che gridava nel deserto, quando affermavamo che bisognava tagliare: *hic seca*, come diceva il profeta, perché dove c'è la cancrena, o si taglia o si muore; e la riforma sanitaria era nata morta e non bisognava fare altro che seppellirla perché, come diceva qualcuno, «esalava cattivi odori».

Il principio alla base di ogni ragiona-

mento economico è quello relativo al miglioramento, alla qualificazione ed all'aumento del prodotto con la diminuzione contemporanea dei costi. A tale fine — diminuire la spesa e migliorare il servizio — è mirato il presente disegno di legge; tuttavia, in realtà non si migliorano i servizi e non li si rende più efficienti. Nel disegno di legge, infatti, si prevede anche un taglio netto di 2 mila miliardi per la farmaceutica e si responsabilizzano le regioni per le spese che superano i fondi a disposizione, quasi che le stesse regioni, mancando i soldi, potessero fabbricarli, come fa la Banca d'Italia. Invece, quando non avranno più risorse, le regioni taglieranno i servizi, con tutte le conseguenze che ne deriveranno.

Quindi, al di là delle enunciazioni di principio contenute nella relazione, il provvedimento è ben lungi dal proporsi una revisione normativa degli istituti e dei meccanismi che incidono sugli andamenti tendenziali della spesa. Dopo circa otto anni, sia in termini finanziari sia di prestazioni, la sanità è oggetto di severe critiche da molte parti: essa spende troppo in rapporto a ciò che offre e di conseguenza il rapporto costi-benefici è assolutamente negativo.

Il cittadino ha visto cadere — come d'autunno le foglie — il livello di tutela della propria salute, che invece doveva rappresentare l'obiettivo centrale della riforma.

Egli lamenta il basso livello qualitativo delle prestazioni, la difficoltà di accesso ai servizi, il disordine organizzativo, la burocratizzazione esasperata, le procedure lente e farraginose, nonché una disparità di trattamento da regione a regione.

Nel contempo l'operatore lamenta la politicizzazione della gestione, la confusione dei ruoli, il mancato coordinamento dei servizi, l'irrilevanza delle capacità professionali e tecniche e del merito ai fini della carriera e il basso livello delle remunerazioni.

Il passaggio dal vecchio al nuovo ha contrapposto strutture tradizionali, restie a modificare i propri modelli di lavoro, e strutture create *ex novo*, come le unità sanitarie locali, che hanno obiettivi diffi-

coltà ad assumere quel ruolo innovativo che spetterebbe loro.

Si è affermato che la storia non è fatta di uomini perbene; la storia è fatta di uomini senza scrupoli, i quali incidono, tagliano, decidono, cambiano le cose e quando non riescono a farlo agiscono sugli uomini: in fondo, del resto le cose sono in mano agli uomini; pertanto si sostituiscono gli uomini affinché cambino le cose.

La riforma sanitaria, invece, non è stata pensata con i criteri che ispirano le rivoluzioni. Questa situazione fa sì che al cittadino si presenti un quadro di offerta sordinato, che stimola all'iperconsumo, alla sovrapposizione dei servizi, con evidenti problemi di spreco di energie e di risorse e di danno globale per la tutela della salute.

Nel quadro critico delineato abbiamo analizzato le motivazioni che hanno portato all'attuale situazione, per individuare con serietà e urgenza le soluzioni più appropriate a breve e medio termine, che non siano utopistiche, ma permettano di approntare le forme istituzionali e organizzative più idonee a dare nuovamente alla sanità funzionalità ed efficienza e a recuperare quei valori finora disattesi dalla riforma.

La realtà sanitaria va affrontata con spirito costruttivo, prendendo atto dell'attuale situazione, utilizzando le esperienze del passato e superando preconcepite posizioni politiche o mere rivendicazioni sindacali.

Lo slogan secondo cui la riforma avrebbe dato tutto a tutti (neppure il buon Dio ha dato tutto a tutti alla stessa maniera!) è ormai superato dall'evidenza dei fatti. Ma tra questa impostazione ottimistica ed ottimale e la totale negazione, nel senso che non è stato dato nulla a nessuno, è ancora possibile temperare le esigenze della popolazione con le risorse disponibili.

In definitiva, occorre porre al centro della riforma l'uomo, come avveniva del resto nel progetto originario del ministro, e costruire per il cittadino un servizio sanitario migliore e più efficiente, che risponda adeguatamente alla domanda di

agibilità, di miglioramento qualitativo delle prestazioni, di minore burocratizzazione, di umanizzazione e personalizzazione dei trattamenti.

Se nel campo dello spirito vale il principio *non progredi regredi est*, per cui, come dice il Vangelo, a chi ha sarà dato e a chi non ha sarà tolto anche quello che ha, la massima ricordata non può essere applicata nel sociale. Al medico abilitato, che ha tutti i titoli, non può essere tolto quello che ha: il medico esce dal *curriculum* degli studi non solo con la laurea ma anche abilitato. Può quindi fare le visite. Il suo ricettario però non serve; non so per quale ragione. Si afferma: «Tu sei uomo, hai tutte le capacità, però nego la tua individualità; ti riduco al nulla». Non si sa — ripeto — per quale motivo.

Si deve purtroppo registrare che la prescrizione contenuta nel ricettario deve essere confermata dal medico della mutua: siamo all'assurdo!

In realtà, pur essendo nella pienezza del proprio essere, del proprio spirito, della propria professionalità, al povero medico si nega anche la possibilità di fare una ricetta. Spesso si sostiene che i dottori ne abusano, ma occorre ricordare il principio per il quale *abusus non tollit usum*: non possiamo evitare l'uso di qualcosa se qualcuno ne abusa. Del resto, le leggi solitamente puniscono i trasgressori: chi sbaglia deve pagare, ma non per questo si deve mortificare il medico, che è talvolta indotto a rifugiarsi nel proprio orgoglio per essere in qualche modo gratificato.

Orazio, riferendosi agli uomini grandi, soleva dire *sume superbiam quaesitam meritis*, chi ha acquistato dei meriti può anche elevarsi a dignità umana, può anche proclamare i propri diritti accanto ai propri doveri. Pertanto, anche il medico (che ha conseguito una laurea difficile) deve avere i giusti riconoscimenti.

Signor ministro, se lei conferirà maggiori risorse alle regioni che dispongono delle migliori attrezzature e contestualmente darà meno aiuti a quelle che invece ne hanno più bisogno, le strutture povere diventeranno miserabili e quelle ricche diverranno ricchissime. No! Dia a ciascuno

quanto gli spetta; dia soprattutto a chi non ha, affinché non muoia di fame: di miseria e di fame potrebbero infatti morire gli ospedali del sud se lei applicasse il criterio della proporzionalità dell'ingiustizia, anziché della giustizia. Dice Dante: «Parere ingiusta la nostra giustizia agli occhi dei mortali è argomento di fede e non di eretica nequizia».

Signor ministro, per non potrarre ulteriormente il mio intervento, vorrei solo aggiungere che debbo darle atto di avere avvertito la necessità di una teologia antropica, che alla luce della fede e della scienza risponda ai quesiti concernenti i diritti e i doveri dell'uomo, in un corretto contesto umano e sociale.

Per il ministro, come per tutti noi, l'uomo non è solo, ma vive, mangia, dorme e si veste in solidarietà con tutti, quale luogotenente della causa prima, mirabile origine dell'uomo, curando il quale i medici divengono operatori di Dio. E lei ha voluto produrre — almeno questa credo fosse la sua intenzione — uno sforzo titanico per elevare l'uomo a dignità umana e renderlo elemento ausiliario dell'opera creatrice, salvifica e renditrice del Cristo. Di ciò la ringrazio, signor ministro (*Applausi dei deputati del gruppo del MSI-destra nazionale*).

PRESIDENTE. È iscritta ha parlare l'onorevole Colombini. Ne ha facoltà.

LEDA COLOMBINI. Signor Presidente, colleghi, discutiamo un disegno di legge destinato ad informare di sé il delicato sistema sanitario del nostro paese.

Se la bontà del giorno si vede dal mattino, mi sembra che il giorno che si prepara per la sanità del nostro paese non sarà certamente positivo se il provvedimento in esame non sarà profondamente modificato, come mi auguro accada sulla base di un proficuo confronto. In caso contrario, non saranno risolti i nodi concreti che impediscono il buon funzionamento della sanità.

Prima ancora che legislativi, si tratta di nodi che attengono — come in altri settori sociali — alla gestione amministrativa,

all'organizzazione dei servizi, del lavoro e dell'uso delle risorse. La legge n. 833 è un buon provvedimento — tutti lo abbiamo sostenuto — i cui principi ispiratori (universalità, fiscalità, programmazione, professionalità e partecipazione) continuiamo a sostenere anche in occasione del provvedimento in esame, a cominciare dall'articolo 1.

Si tratta di un disegno di legge che ha spostato verso il basso poteri, risorse e conoscenze, come postula il nostro ordinamento costituzionale.

Allora perché è stata continuamente manomessa dalla decretazione e dalle leggi finanziarie di questi anni? Ben ventisette tra decreti e atti di indirizzo, come ha contato l'onorevole Castagnetti, che non hanno lasciato intatto pressoché nessuno degli articoli della riforma varata più di dieci anni fa! Una buona legge non basta quando si ha a che fare con processi di cambiamento e di trasformazione di grande portata, molto complessi, che, per essere realizzati, hanno bisogno di un larghissimo consenso e di un coinvolgimento della gente, dei cittadini e degli operatori, nonché di una forte ed illuminata guida politica.

La legge n. 833 non è stata volutamente gestita; per questo è fallita, e la prima causa risiede nel Ministero della sanità: siamo quindi di fronte ad un esempio emblematico di fallimento non di una legge, ma della sua gestione.

Ed ora esaminiamo il disegno di legge: «Riordinamento del servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria»; già dal titolo possiamo misurare il percorso discendente di quell'operazione di svuotamento dei contenuti innovativi della legge n. 833, iniziata fin dalla fase di avvio del nuovo sistema e della gestione di transizione dal vecchio sistema mutualistico al nuovo sistema sanitario, dalla vecchia concezione culturale della cura a quella della prevenzione.

La testa di ariete di questo arretramento culturale operativo è tutta giocata, come hanno fatto le maggioranze di Governo succedutesi fin qui, su un imperativo centrale: come contenere e ridurre la spesa

sanitaria. Basti pensare alla perniciosa e disastrosa ricorrente sottostima del fondo sanitario nazionale, ed ora al presunto risparmio di 5 mila miliardi a fronte dello scardinamento del principio dell'uguale diritto di tutti i cittadini alla salute e della costruzione di un moderno sistema di sicurezza sociale.

Lo spessore culturale di una visione solidaristica lascia il passo ad una visione — lo dice già il titolo del disegno di legge n. 4227 — bassamente economicistica del bisogno e del diritto alla salute. Basti pensare alla irresponsabile incongruenza — non so come chiamarla altrimenti — del Governo che, mentre impegna il Parlamento a discutere il suo disegno di legge di radicale modifica dell'assetto del servizio sanitario nazionale come legge collegata alla finanziaria del 1990, nel documento programmatico finanziario per il 1991-93 (nelle poche righe dedicate alla sanità) introduce nuovi elementi che propongono ulteriori modifiche di qualità negativa nel nostro sistema sanitario. Ciò pone in evidenza la precisa volontà di non voler mettere seriamente le mani nella sanità per salvaguardarne il carattere pubblico, rendendo produttivi ed efficienti i servizi ed i presidi socio-sanitari; si sceglie invece di spingere avanti la linea di privatizzazione strisciante in atto, attraverso l'uscita dal sistema pubblico di consistenti fasce di cittadini benestanti, assicurando loro il rimborso o lo sgravio contributivo, il passaggio dall'assistenza diretta a quella indiretta con lo scorporo degli ospedali.

Due tavoli, una stessa linea, una concezione duale della sanità: una pubblica, marginale, per i poveri, i deboli e gli emarginati e una privata, assicurata, sgravata dalla contribuzione per i ricchi, per quelli che stanno meglio, in barba ad ogni concetto di solidarietà sociale e di diritto alla salute per tutti i cittadini.

Sono tutte misure che rischiano non solo di pregiudicare l'efficienza e l'efficacia del servizio sanitario nazionale, ma anche di farci arrivare all'appuntamento europeo del 1993 in posizione subalterna, poco competitiva, scarsamente in grado di contribuire alla costruzione di quello

spazio sociale europeo in cui sono impegnati gli organi comunitari e gli altri paesi del continente.

Il riordino del servizio sanitario nazionale, oggi al nostro esame, ignora totalmente il problema dell'integrazione, uno dei nodi non risolti. Mi auguro che il dibattito, il confronto, la volontà politica ed operativa che tutti diciamo di avere ci consentano di riempire questo enorme vuoto che, se rimane, contribuirà non poco ad accentuare la sanitarizzazione di problemi che sanitari non sono o possono non esserlo.

Invece, la logica di fondo del disegno di legge n. 4227 non è di integrazione ma di separazione, procede per scorpori, concepisce il modello azienda come un fortino sanitario, esclude i comuni dalla gestione.

Se questa è l'ottica in cui ci si pone, le decisioni non potranno che continuare ad essere medicalizzanti, anche perché manca quello strumento (che avrebbe dovuto essere adottato dopo il primo anno dall'entrata in vigore della riforma), determinante negli orientamenti politici e culturali, che è il piano sanitario nazionale (la collega Bertone ha giustamente affermato che esso è scritto, ma non ha ancora visto la luce).

Non è un caso se solo pochissime regioni hanno adottato le unità sanitarie e sociali; sono anni che si teorizza la separatezza (per chiarezza di bilancio, si dice), tanto che nell'agosto 1985 con il cosiddetto decreto Craxi la spesa sanitaria è stata posta a carico del fondo sanitario nazionale e quella per i servizi sociali alla persona è stata addossata ai comuni. Così, per una chiarezza contabile che poteva anche essere ottenuta in modo diverso, sono stati introdotti elementi di schizofrenia nell'erogazione di tutti i cosiddetti servizi a scavalco tra il sociale ed il sanitario, con il loro conseguente continuo depauperamento.

L'elenco dei guasti che si sono prodotti sarebbe lunghissimo e la descrizione dei disagi e delle sofferenze provocate alla gente allucinante. Siamo in presenza di costi sociali ed umani che non vengono

mai assunti come elementi di valutazione delle compatibilità e dell'uso razionale delle risorse. A questo punto, viene spontanea una riflessione che vorrei sottoporre alla vostra attenzione, colleghi.

L'esperienza più rilevante di riforma dello stato sociale che abbiamo vissuto insieme nel corso di questi anni di vigenza della legge n. 833 ha fatto emergere e ha reso più acuti i problemi connessi alla mancata riforma dell'assistenza, alla non definizione di un assetto moderno ed avanzato della rete dei servizi sociali e del loro governo democratico. La questione della dimensione sociale dei problemi attinenti al benessere per un pieno esercizio dei diritti universali di cittadinanza è rimasta in ombra, del resto, anche su altri versanti, dove pure legislazioni innovative hanno aperto strade ambiziose e, ritengo, ancora percorribili. Mi riferisco ai problemi del valore sociale della maternità, delle carceri, della prevenzione della marginalità dei portatori di handicap e della loro integrazione scolastica e nei luoghi di lavoro, delle fasce adolescenziali a rischio, del dramma della tossicodipendenza.

Le esperienze pregresse di funzionamento delle USL hanno dimostrato come la mancata definizione di ambiti autonomi del sociale abbia reso estremamente difficile il funzionamento integrato dei servizi sociali con quelli sanitari. Da anni si continua ad aggiustare, a riformare e contro-riformare la sanità, ma non si è ancora trovato il tempo di porre mano ad un moderno sistema di riforma dell'assistenza. Per di più, solo ora è stata varata una riforma delle autonomie che non investe la finanza locale; riforma con la quale, come ha ricordato il collega Strumendo, il presente provvedimento deve essere raccordato.

Ritengo che sia essenziale ripristinare quel luogo naturale di integrazione che è il comune; operare, come fa il disegno di legge in esame, la estromissione dei comuni dalla gestione della sanità, riducendoli a puro corpo elettorale e trasferendo tutto alle regioni significa non solo continuare a perseguire una linea di accentra-

mento gestionale in capo ad un ente a ciò non deputato (perché competente in campo di programmazione, di legislazione e di alta direzione), ma anche rompere i nessi di integrazione senza i quali è irrealizzabile qualsiasi programma finalizzato al diritto alla salute, alla risocializzazione, al benessere psicofisico dei cittadini.

Il disegno di legge n. 4227 propone un impianto istituzionale, un modello aziendale di gestione che certamente non è da demonizzare, ma che, così come viene prefigurato, produrrà come effetto (mi auguro di essere un cattivo profeta) la disintegrazione e non l'integrazione. Esso, infatti, risponde ad una scelta politica precisa che esclude il sociale. È indispensabile, anche alla luce della riforma delle autonomie locali e delle osservazioni della I Commissione (ricordate dal collega Strumendo), ripristinare tale livello di gestione e di integrazione. La vera operazione innovativa e ricca di potenzialità positive consisteva nell'attribuire al comune la gestione diretta della sanità, rendendo i cittadini partecipi della stessa.

Il principio di integrazione tra ospedale e territorio, tra servizi intraospedalieri ed extramurari non è una testardaggine ideologica (io insisto molto su tale questione) ma una necessità funzionale per ottenere dei risultati. Cosa succederà, ad esempio, con lo scorporo degli ospedali dalle USL, in rapporto ai dipartimenti di salute mentale che tutte le regioni hanno istituito? Ebbene, i servizi di diagnosi e cura resteranno di competenza dell'ospedale, mentre nell'azienda USL resteranno i centri di igiene mentale, le case-alloggio e le altre strutture simili. Se non si riesce a realizzare anche nella legge al nostro esame un'integrazione tra questi momenti, si farà saltare quel principio fondamentale che è la continuità terapeutica. Ho fatto un esempio ma potrei farne molti altri, per tutti i servizi a cavallo, per così dire, tra il sociale e il sanitario: i consultori, le unità territoriali di riabilitazione, i centri di assistenza ai tossicodipendenti e così via.

Qual è quindi il rischio? Il rischio è che

un provvedimento che riforma la legge n. 833 si proponga nei fatti di affrontare esclusivamente i problemi sanitari, mandando così a farsi benedire tutta la cultura maturata in questi anni in materia e che sta alla base non solo della legge n. 833 ma anche della legge di programmazione sanitaria (la n. 595 del 1985) e della stessa recente legge sulla prevenzione della tossicodipendenza (per lo meno della parte relativa ai servizi).

La famosa programmazione per progetti, che riguarda una fetta cospicua dei cittadini a rischio (minori, anziani, tossicodipendenti, malati di mente, affetti da AIDS e così via), viene sì citata in alcune parti della legge in esame, senza però preoccuparsi di assicurare alla stessa effettiva concretezza. Nell'articolo 1 si parla di criteri per l'allocazione funzionale delle risorse sanitarie e sociali inerenti ai progetti-obiettivo; nell'articolo 5 si parla di integrazione con i servizi sociali del territorio; nell'articolo 15 si parla di promuovere la riorganizzazione dei servizi extraospedalieri e dei distretti sanitari, allo scopo di razionalizzare gli interventi socio-sanitari finalizzati — si badi bene — all'assistenza sanitaria di base e non a quella socio-sanitaria di base; nell'articolo 14 si parla della personalizzazione e umanizzazione dei servizi sanitari. Ma chi si preoccuperà, appunto, di realizzare effettivamente tutto ciò? Chi si occuperà dei bisogni dei pazienti in ospedale, del rapporto con i familiari, dell'utilizzo delle risorse del territorio, del volontariato? Il medico? L'infermiere?

Gli obiettivi indicati (già espressi nella legge n. 833 e in altri provvedimenti) sono tutti giustissimi, ma rischiano di rimanere petizioni di principio o atti di buona volontà che non produrranno nulla, se non ci si pone il problema di quali strutture o servizi saranno chiamati a rispondere della realizzazione degli stessi. L'organo competente viene indicato nel distretto sanitario di base. Questo ci sta bene, ma il distretto non viene assunto come luogo privilegiato per l'integrazione, perché allora lo si dovrebbe chiamare semmai distretto socio-sanitario di base e lo si do-

vrebbe quindi strutturare di conseguenza.

L'organizzazione in distretti è preziosa, e preziosa è l'integrazione tra sociale e sanitario, come si è constatato là dove, sia pure con mezzi limitatissimi ma con operatori sensibili, la si è potuta attuare. Ma l'integrazione fra sociale e sanitario non può essere genericamente indicata come integrazione con i servizi sociali del territorio. L'integrazione è infatti operazione indispensabile e complessa e come tale andrebbe affidata a strutture specificamente preparate. Essa deve inoltre avvenire all'interno di ciascun servizio, fra gli operatori sociali e quelli sanitari, ed essere poi estesa tra servizio e servizio all'interno della USL.

Nel progetto di legge, che prevede alcune forme di preparazione ed aggiornamento, andrebbe inserito l'obbligo dell'aggiornamento e della riqualificazione dei dirigenti i quali, solo perché medici sono ritenuti idonei a dirigere qualunque tipo di servizio senza l'obbligo di acquisire prima di un nuovo incarico la necessaria competenza. A distanza di anni, ancora oggi, moltissimi responsabili dei servizi cosiddetti nuovi (i consultori, i SAT, i centri di igiene mentale, le strutture di assistenza agli anziani) non ne conoscono i compiti affidati dalla legge, le finalità, le modalità di funzionamento, al punto di limitarne pesantemente l'attività e di non essere in grado di verificarla.

Si sa che la valutazione del funzionamento dei servizi sociali risponde a criteri particolari e a tecniche precise che si devono conoscere e le norme di controllo e di verifica introdotte nella legge che stiamo discutendo mi paiono ancora insufficienti.

C'è, anche qui, un vuoto nella politica di programmazione della formazione dei servizi che sia capace di determinare quale formazione e quali contenuti trasmettere. Tale vuoto è un danno incalcolabile economicamente e culturalmente. Collegare la formazione alla integrazione ed alla programmazione può ridurre sia lo spreco formativo e le mortificazioni di professionalità, alle quali credo a ognuno

di noi sia capitato di assistere e che sono dettate da logiche di mercato selvaggio presente nel settore, sia il vuoto formativo determinato dalla incapacità, a cominciare da una buona parte di amministratori, di attivare anche le poche risorse disponibili in modo qualificato ed efficace.

Ma la formazione dovrebbe essere strettamente intrecciata ad un'altra dimensione dell'attività socio-sanitaria assistenziale, quella della produzione di conoscenze, a partire dal lavoro di servizio. Ecco perché anche questi nostri servizi non sono esenti da tale problema.

Allora veramente viene da porsi la domanda: quale professionalità sanitaria è in grado di attivare un efficace sistema di informazione al pubblico, come previsto, o la costituzione di comitati per la tutela dei cittadini — forse il direttore sanitario o il direttore amministrativo? — e con quale competenza? Quale formazione professionale hanno queste figure per avviare processi così importanti di razionalizzazione organizzativa e finanziaria? Quali di esse è in grado di connettere la molteplicità delle risorse (di strutture, di personale, di volontariato, finanziarie) a livello di pubblico, privato e sociale?

Certo, si può dare per scontato che il cosiddetto sociale sarà sempre in subordine al sanitario, categoria — come sappiamo — estremamente forte, ma gli assistenti sociali verranno utilizzati quando il dirigente medico ed amministrativo deciderà come utilizzarli, quasi sempre in modo subalterno, assai raramente in modo autonomo e propositivo.

Se l'articolo 4 verrà approvato così come predisposto in relazione alla costituzione del consiglio dei sanitari medici e di altri operatori sanitari laureati, non farà altro che confermare una realtà di separazione tra gli operatori, che invece andrebbe cambiata. Ciò vale anche per altre figure fondamentali per la gestione e la funzionalità dei presidi sanitari e delle tecnologie adottate dagli ingegneri e dagli architetti.

Ma vorrei essere, per un momento, provocatoria per quanto riguarda gli assi-

stenti sociali. Devono proprio essere considerati pericolosi, sono troppo dalla parte degli utenti, troppo concreti, troppo pragmatici, hanno obiettivi pericolosamente eversivi, sono troppo lontani dall'area del potere, è difficile venire a patti con essi (e poi sono quasi tutte donne)?

Perché ho voluto fare questo richiamo? Perché tutti ammettiamo che l'inquadramento degli assistenti sociali nella sanità è stato sbagliato, che ciò danneggia i servizi e crea grosse asimmetrie nei luoghi di lavoro. La situazione — su questo siamo tutti d'accordo, almeno così ci si è pronunciati in Commissione — deve essere recuperata a livello extracontrattuale. A questo riguardo presenteremo anche un emendamento (che spero riusciremo a concordare insieme) in modo che, al di là della provocazione, ci si renda conto che è indispensabile che il distretto di base sia davvero deputato ad operare l'integrazione e che, quindi, non solo in questa sede ma anche in quella di USL e di azienda ospedaliera, siano previsti vari raccordi a livello delle strutture, delle risorse finanziarie e di personale e che, soprattutto, sia individuato un servizio, quello sociale, incaricato di attivare un processo di integrazione riguardante i vari aspetti relativi ai servizi, garantendo in questo modo un uso finalizzato ed appropriato delle risorse e, soprattutto, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni in rapporto ai bisogni dei cittadini.

Il diritto alla salute non è, infatti, il diritto di curarsi dalle malattie. Secondo noi è una contraddizione in termini affidare la prevenzione della salute a figure professionali preparate e formate finora esclusivamente a curare. Concentrare l'attenzione sul momento curativo non consente di mettere in atto tutte quelle iniziative, di prevenzione prima e di riabilitazione poi, che sole garantiscono che la cura risulti efficace. Così come parlare di progetti-obiettivo, senza prevedere a livello organizzativo delle strutture a ciò preposte, non ha senso o significa prenderci in giro. Del resto, tutte le esperienze maturate in materia di prevenzione e di cura del disagio psicofisico hanno dimostrato che l'approccio medicalizzato è de-

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

stinato a non produrre risultati ma ad incentivare la spesa sanitaria.

In tal senso, presenteremo un emendamento rispondente, nella sua essenzialità, alla necessità di dotare lo stesso servizio sanitario di un forte servizio sociale, in assenza del quale il servizio sanitario non potrà realizzare le proprie finalità e conseguire quei risultati attesi da tutti i cittadini nel campo della salute psicofisica.

È ovvio che anche il sociale debba avere un «forte» servizio sanitario. La separazione che questa legge, pur così articolata e con punti di grande interesse (riconosciuti anche da altri colleghi del mio gruppo), attua proprio nell'ambito degli interventi per la persona, intesa nella sua globalità, non ci trova consenzienti.

PRESIDENTE. Non essendovi altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Per lo svolgimento di una interpellanza e per la risposta scritta ad una interrogazione.

GIACOMO MANCINI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIACOMO MANCINI. Signor Presidente, vorrei pregarla di sollecitare dal Governo la risposta scritta ad una mia interrogazione (a suo tempo avevo già rivolto analoga richiesta) presentata al ministro delle partecipazioni statali e concernente l'affidamento da parte del sindaco di Reggio Calabria di opere, per un valore di oltre 250 miliardi, ad un'impresa a partecipazione statale.

Vorrei altresì pregarla di sollecitare il Governo a consentire lo svolgimento di una interpellanza da me presentata in materia di appalti affidati all'ENEL nella piana di Reggio Calabria. Si tratta di opere importanti, per un valore di oltre 120 miliardi, che sono state assegnate senza indire gare e, purtroppo, ad imprese consi-

derate mafiose in base ad un rapporto dell'Alto commissario per la lotta contro la mafia.

Data l'importanza dell'argomento, lo ripeto, mi rivolgo alla cortesia del Presidente perché solleciti il Governo a rendere una tempestiva risposta.

PRESIDENTE. Onorevole Mancini, stante anche la gravità dei problemi da lei sollevati, sarà cura della Presidenza sollecitare il Governo affinché risponda con la massima urgenza all'interrogazione e all'interpellanza cui lei si è riferito.

È del resto presente anche un autorevole rappresentante del Governo, che potrà farsi interprete della sua richiesta.

Autorizzazione di relazione orale

PRESIDENTE. La V Commissione permanente (Bilancio) ha deliberato di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente all'Assemblea sul seguente disegno di legge:

S. 1914. — «Interventi a favore degli enti delle Partecipazioni statali» (*approvato dal Senato*) (4730);

Se non vi sono obiezioni rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Ordine del giorno della prossima seduta.

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

Lunedì 9 luglio 1990, alle 17:

Discussione del disegno di legge:

S. 2280. — Conversione in legge del decreto-legge 18 maggio 1990, n. 118, recante differimento del termine relativo all'elevazione del limite di età per il collocamento in congedo dei sottufficiali e dei

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

militari di truppa del Corpo degli agenti di custodia. Disposizioni in deroga alla legge 23 marzo 1981, n. 91, in materia di attività sportiva (*approvato dal Senato*) (4902).

— *Relatore*: Sapienza.
(*Relazione orale*).

La seduta termina alle 14,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO

STENOGRAFIA DELL'ASSEMBLEA

DOTT. VINCENZO ARISTA

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

PROF. TEODOSIO ZOTTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia dell'Assemblea
alle 16.*

PAGINA BIANCA

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

COMUNICAZIONI

Annunzio di proposte di legge.

In data 5 luglio 1990 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge dai deputati:

USELLINI ed altri: «Modifica dell'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 27 ottobre 1953, n. 1067, per stabilire nuovi criteri per la determinazione degli onorari dei dottori commercialisti» (4940);

SAPIENZA ed altri: «Modifiche della normativa sul Fondo di previdenza per il personale addetto ai pubblici servizi di telefonia» (4941);

RUSSO SPENA ed altri: «Norme per il divieto di estrazione, impiego e commercializzazione dell'amianto e per la decontaminazione e bonifica degli ambienti con presenza di amianto. Disposizioni a tutela dei lavoratori impiegati nel settore» (4942);

MASTRANTUONO ed altri: «Modifica dell'articolo 2-bis della legge 31 maggio 1965, n. 575, recante disposizioni contro la mafia» (4943);

NAPPI ed altri: «Istituzione del tribunale e della pretura circondariale di Nola» (4944);

NAPPI ed altri: «Istituzione del tribunale e della pretura circondariale di Torre Annunziata» (4945);

SINATRA: «Equiparazione del personale degli uffici unici notificazioni, esecuzioni e protesti (UNEP) agli impiegati civili dello

Stato, a tutti gli effetti giuridici ed economici» (4946).

Saranno stampate e distribuite.

Trasmissione dal Senato.

In data odierna il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza la seguente proposta di legge:

S. 1695. — Senatori MORA ed altri: «Modifiche alla legge 16 dicembre 1985, n. 752, recante normativa quadro in materia di raccolta, coltivazione e commercio dei tartufi freschi o conservati destinati al consumo» (approvata da quella IX Commissione permanente) (4947).

Sarà stampata e distribuita.

Annunzio di interrogazioni, di interpellanze e di una mozione.

Sono state presentate alla Presidenza interrogazioni, interpellanze e una mozione. Sono pubblicate in allegato ai resoconti della seduta odierna.

Trasformazione di un documento del sindacato ispettivo.

Il seguente documento è stato così trasformato: interrogazione con risposta scritta Berselli n. 4-14901 del 26 luglio 1989 in interrogazione con risposta in Commissione n. 5-02296 (ex articolo 134, comma 2, del regolamento).

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

*INTERROGAZIONI, INTERPELLANZE
E MOZIONE PRESENTATE*

PAGINA BIANCA

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

**INTERROGAZIONI
A RISPOSTA IN COMMISSIONE**

BERSELLI. — *Al Ministro delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

i proventi dell'esercizio di case di tolleranza venivano considerati tassabili, ai fini dell'imposta di ricchezza mobile, già in base ad una circolare del 4 ottobre 1870 e tassabili venivano riconosciuti dalla dottrina più autorevole (senatore O. Quarta, commento alla legge sull'imposta di ricchezza mobile Milano, 1902);

con particolare riferimento all'imposta generale sull'entrata, l'imposizione avveniva nei modi stabiliti per gli esercizi pubblici, con l'aliquota e con le speciali modalità di cui all'articolo 2, primo comma, ultima riga, del decreto ministeriale 23 dicembre 1948;

studiosi come Francesco Forte evidenziavano la neutralità della funzione contributiva rispetto alla morale, siccome basata esclusivamente sul dato economico e sulla capacità contributiva;

anche a seguito della legge Merlin, reato è unicamente lo sfruttamento della prostituzione ovvero l'adescamento e non quindi la prostituzione in se stessa;

trattandosi di attività contraria alla morale, pur tuttavia tollerata e consentita, i relativi guadagni risultano solo civilmente illeciti; essendo nulli i corrispondenti contratti, ove le relative prestazioni pecuniarie siano adempiute, i percipienti possono trattenere quanto ricevuto ai sensi dell'articolo 2035 del codice civile;

la *soluti retentio* garantisce che una volta incassati i proventi, gli stessi restino nella disponibilità del percettore e/o della percettrice;

trattandosi di introiti conseguenti a lavoro svolto in modo abituale ovvero occasionale, gli stessi possono costituire

reddito tassabile anche ai sensi degli articoli 49 e 81, lettera L del testo unico n. 917 del 22 dicembre 1986;

sarebbe quindi opportuno assoggettarli ad imposizione poiché anche altri paesi della Comunità economica europea impongono tributi sulle attività contrarie alla morale quali la prostituzione, senza timore di avallare con ciò l'immoralità della stessa, e senza creare falsi problemi quali quello della dichiarazione dei redditi, le cui modalità nel caso di specie possono tener conto del particolare lavoro svolto;

in considerazione dei proventi spesso rilevanti conseguenti alle prestazioni in esame, gli stessi dovrebbero essere assoggettati tanto ad imposte dirette IRPEF quanto ad IVA, assicurando così un gettito rilevante all'erario —;

se non ritenga opportuno disporre accertamenti fiscali per controllare le eventuali evasioni perpetrate nel settore della prostituzione, così come avviene negli altri settori dell'economia;

se sia stata presa in considerazione e studiata la relativa problematica al fine di individuare le modalità di dichiarazione ed accertamento idonee al caso, così come avviene in altri Paesi, prendendo quindi spunto dalle relative esperienze per meglio attuare controlli e consentirne l'imposizione;

se non ritenga che l'assoggettamento fiscale della prostituzione sia particolarmente giusto anche dal punto di vista perequativo, in virtù del principio di uguaglianza e della sua corretta applicazione anche ai fini fiscali ai sensi dell'articolo 53 della Costituzione, assicurando perciò pari dignità sociale e contributiva ai lavoratori di ogni tipo e quindi anche alle lavoratrici che si impegnano nella suddetta attività e che vogliono organizzarsi anche a livello sindacale chiedendo pari diritti, a cui debbono però aggiungersi anche pari doveri, rispetto agli altri cittadini. (5-02296)

(ex 4-14901 del 26 luglio 1989).

COLOMBINI, CIOCCI, PICCHETTI, PINTO, NICOLINI, VELTRONE e SAPIO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri dei lavori pubblici e dell'interno.* — Per sapere — premesso che:

l'emergenza sfratti torna con esasperante puntualità tra una proroga e l'altra a far sentire il suo drammatico peso su milioni di cittadini romani tra i quali molti anziani che rischiano di essere but-tati per la strada senza sapere dove andare e messi a carico della spesa pubblica per l'impossibilità del comune di assegnare subito una casa anche perché gli enti previdenziali ed assicurativi continuano a disattendere il dettato di legge di mettere a disposizione la prescritta percentuale del loro patrimonio abitativo per far fronte all'emergenza sfratti;

il 3 luglio 1990 decine di sfrattati hanno occupato l'assessorato alla casa del comune di Roma per protestare contro l'ondata di sfratti esecutivi previsti per il mese di luglio e contro la gestione clientelare — come hanno affermato in Campidoglio — degli alloggi degli enti previdenziali e assicurativi;

ritenendo il comune di Roma responsabile, pur avendo gli strumenti per farlo, del mancato rispetto dell'ordinanza del prefetto che obbliga gli enti pubblici a mettere a disposizione degli sfrattati una parte degli appartamenti di cui dispongono per poter garantire il passaggio da « casa a casa » almeno per tutti quei casi in reali condizioni di bisogno;

alcuni di questi enti pare abbiano alloggi sfitti, come la SAI a Castel Giubileo, che continuerebbero a gestire con discrezionalità anziché con precisi criteri di trasparenza —:

quali iniziative si intendano assumere verso gli enti nazionali pubblici per ottenere il pieno rispetto della legge che riserva agli sfrattati parte del loro patrimonio alloggiativo;

se non s'intenda dare più forza al diritto alla casa con norme di garanzia specifiche almeno per i più deboli come i vecchi e gli *handicappati* gravi in condizione di bisogno, in modo che il passaggio da casa a casa sia per loro un dato di certezza e di diritto e non di buona volontà quando non di discrezionalità.

(5-02297)

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

**INTERROGAZIONI
A RISPOSTA SCRITTA**

NICOTRA. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere i motivi per i quali non sono stati ancora convalidati, ad un anno dalle relative votazioni, i risultati delle elezioni per i delegati della Cassa nazionale di previdenza per avvocati e procuratori, con la conseguenza che i predetti delegati non si sono ancora insediati. (4-20596)

DEL DONNO. — *Al Ministro della difesa.* — Per sapere se è possibile dar corso alla domanda di riassunzione nei carabinieri del giovane Valentino Berardi, nato a Bitonto l'11 maggio 1969, domiciliato a Bitonto, via Ventisei Maggio n. 8, il quale dal novembre 1988 al novembre 1989 militò nell'Arma presso l'XI battaglione a Bari, quale carabiniere ausiliare.

A febbraio di quest'anno ha inoltrato domanda di riammissione per effettivo e alla prova scritta risultò idoneo.

Desidera se è possibile essere chiamato a visita medica nel settembre 1990. (4-20597)

SOSPURI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per sapere — in relazione al servizio sul tragico « caso Ustica », apparso sull'*Europeo* n. 28 del 14 luglio 1990 a firma Protti — Provvisionato, quali urgenti iniziative ritenga di dover assumere al fine di verificare la fondatezza delle notizie secondo le quali il DC 9 dell'Itavia, contrariamente a quanto sin qui sempre ufficialmente sostenuto, dopo dieci ore dal momento del disastro galleggiava ancora sulle acque del mar tirreno; e ciò secondo le testimonianze rese dal pilota della marina Sergio Bonifacio e da altri uomini in servizio sull'*Atlantic Breguet*; testimonianze che, ove risultassero confermate e veritiere, aprirebbero un nuovo, inquietante interrogativo sul-

l'intera vicenda ed in particolare sulla possibilità di salvare vite umane in presenza di soccorsi immediati e meglio coordinati. (4-20598)

COSTA RAFFAELE. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per sapere — premesso che:

l'associazione pendolari novesi ha più volte avanzato lagnanze per gli inconvenienti registrati nel servizio relativo ai treni sulle direttrici Alessandria-Genova, Alessandria-Milano e Alessandria-Torino;

tali inconvenienti vanno dal mancato rispetto degli orari, alla soppressione di alcuni treni locali (in occasione dei campionati mondiali di calcio), all'insufficienza dei collegamenti, alle condizioni igieniche deprecabili esistenti specialmente sui treni della direttrice Torino;

risultano particolarmente gravi detti inconvenienti, anche in considerazione del considerevole numero degli utenti interessati ai suddetti treni —:

quali provvedimenti intenda adottare nell'immediato affinché si pervenga a porre rimedio a tale disservizio. (4-20599)

COSTA RAFFAELE. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere — premesso che i lavori di riduzione dell'alveo del fiume Bormida, in corso di esecuzione presso la località « Rocca Santa » di Vesime (AT), hanno determinato l'innalzamento del livello dell'acqua verso l'argine destro del suddetto fiume, con il rischio di creare seri danni alle case nelle immediate vicinanze nel caso di una prossima piena —:

quali iniziative intenda adottare al fine di modificare una situazione che, a tempi brevi, può provocare gravi disagi per gli abitanti della zona. (4-20600)

COSTA RAFFAELE. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per conoscere quali siano le ragioni per le quali l'ufficio sanitario compartimentale di Torino dell'ente Fer-

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

rovie dello stato non abbia ancora comunicato a codesto ministero l'esito della visita medica per l'accertamento dell'idoneità fisica alla guida dei veicoli a cui è stato sottoposto il signor Bruno Fresia, nato a Monesiglio (Cuneo) il 4 ottobre 1937 e residente in Dogliani (Cuneo) piazzâ Stazione, 8.

Premesso che:

l'interessato, titolare di patente di guida categoria D/E, ha presentato a codesto ministero ricorso gerarchico avverso il giudizio della commissione medica locale di Cuneo che lo ha dichiarato idoneo alla guida dei veicoli ma limitatamente a quelli della categoria B;

lo stesso è stato sottoposto a visita medica dall'ufficio sanitario compartimentale delle Ferrovie dello stato di Torino in data 27 febbraio e 3 marzo 1990;

codesto Ministero è tutt'ora in attesa di conoscere l'esito degli accertamenti disposti;

si rende necessaria una sollecita definizione della pratica al fine di accertare il diritto dell'interessato alla guida dei veicoli; l'interrogante chiede di sapere:

quale sia l'organico dell'ufficio in questione;

quanti siano i dipendenti in servizio;

quale sia il carico di lavoro di ciascuno di loro, nonché l'entità dell'arretrato e se vi siano responsabilità individuali di pubblici funzionari nell'espletamento della pratica. (4-20601)

COSTA RAFFAELE. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro dell'interno.* — Per conoscere le ragioni per cui, a fronte del divieto posto dall'articolo 67 della legge 1° aprile 1981, n. 121, all'utilizzazione di personale della polizia di stato per compiti non attinenti al servizio di istituto, il fondo di assistenza per il personale della polizia (ente istituito con il decreto del Presidente della Repubblica del 10 luglio 1952 e sottoposto al

controllo della Corte dei conti con decreto presidenziale del 20 giugno 1961) continui ad avvalersi di appartenenti ai ruoli della polizia di stato, nonché dell'amministrazione civile dell'interno, come si evince dal risultato del controllo eseguito dalla Corte dei conti sulla gestione del suddetto ente, reso noto nell'adunanza del 10 aprile 1990. (4-20602)

COSTA RAFFAELE. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere se sia a conoscenza di quanto riportato da alcuni organi di stampa relativamente all'esposto presentato dal movimento sindacale di polizia ai competenti uffici di codesto ministero, concernente il perdurare delle pessime condizioni igieniche di taluni uffici della questura di Alessandria, ove è stata riscontrata addirittura la presenza di parassiti che avrebbero contagiato alcuni operatori nell'espletamento delle funzioni di polizia.

Rilevato che detta infestazione parassitaria si sarebbe verificata in locali adibiti alla custodia di persone soggette a provvedimenti di polizia giudiziaria o in ambienti in cui gli appartenenti alla polizia prestano abitualmente servizio, l'interrogante chiede di conoscere:

quali iniziative siano state assunte da questo ministero al fine di accertare eventuali responsabilità o negligenze da parte del personale addetto;

quali provvedimenti siano stati adottati a tutela della salute del personale in servizio presso la questura di Alessandria al fine di evitare il ripetersi di tali incresciosi fatti. (4-20603)

COSTA RAFFAELE. — *Ai Ministri dell'interno e per il coordinamento della protezione civile.* — Per sapere:

se i Ministri interessati siano stati informati dalla competente prefettura che buona parte della città di Nizza Monferrato si trova, da più giorni, quasi senz'acqua essendo rimasto l'impianto idrico

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

pressoché completamente bloccato da una crisi che si ritiene sia dovuta più a grave negligenza degli amministratori che ad eventi atmosferici negativi;

inoltre:

a) quando l'acqua tornerà a scorrere nella rete idrica a Nizza Monferrato a disposizione dell'utenza;

b) quali siano la responsabilità di amministratori ed — eventualmente — di funzionari o dipendenti pubblici nell'assurda e colpevole situazione determinatasi a Nizza Monferrato;

c) se siano a conoscenza delle accuse rivolte al FIO ed ai politici romani dall'assessore Giuseppe Odasso « di aver fatto mancare i fondi per potenziamento della locale rete idrica », accuse tutte discutibili. L'assessore non dice infatti quale sia stata l'istruttoria della pratica FIO, dimentica di dire che molti politici romani e locali non sono stati interessati al problema dall'amministrazione di Nizza Monferrato e soprattutto non dice il vero quando sostiene che il FIO « non ha stanziato neppure una lira né per noi né per altri acquedotti piemontesi », posto che per la vicina provincia di Cuneo gli stanziamenti, da parte del FIO, sono avvenuti con una certa continuità.

(4-20604)

BRESCIA. — *Al Ministro dell'ambiente.*
— Per sapere — premesso che:

da alcuni giorni nel territorio lucano del Parco del Pollino sono stati avviati i lavori per la costruzione della nuova strada a scorrimento veloce Fridica;

l'opera lunga circa chilometri 5,00 che dovrebbe servire a sostituire la S.P. 4 ed accorciare di 4 chilometri le distanze tra San Severino Lucano (Pz) e la S.S.V. Sinnica, diminuendo i tempi di percorrenza di soli 4-5 minuti, fa parte di un piano più complessivo di strade di collegamento tra la viabilità veloce esistente e il cuore del parco del Pollino;

la nuova strada, che prevede la realizzazione di tre gallerie, due viadotti con attraversamento del fiume Frido tramite piloni, due rilevati, è finanziata soltanto per il primo lotto di 3 chilometri e pone ancora una volta problemi di compatibilità tra rispetto dell'ambiente ed un tipo di sviluppo non sempre indirizzato correttamente;

vi è il rischio, infatti, di distruggere l'ambiente del basso corso del Frido, che è senz'altro il più importante dal punto di vista paesaggistico;

inoltre sulla nuova strada, non prevista ed in contrasto col piano territoriale di coordinamento, ha espresso parere negativo il Comitato tecnico scientifico previsto dalla legge regionale istitutiva del Parco regionale del Pollino n. 3 del 30 gennaio 1986;

in realtà la giunta regionale di Basilicata in una prima fase parlò di finalizzare una parte dei dieci miliardi disponibili per ammodernare, rettificare ed adeguare l'attuale strada provinciale, senza creare problemi di impatto ambientale; soltanto successivamente, con l'inserimento della Comunità montana del Medio Sinni, quale ente attuatore del progetto, si decise di abbandonare l'idea iniziale e realizzare una vera e propria strada nuova, che rischia per altro di diventare una nuova opera incompiuta, per mancanza di fondi —:

quali iniziative ha assunto o intenda assumere urgentemente per sospendere o bloccare la realizzazione della strada Fridica, al fine di valutare l'utilità, la coerenza con l'ambiente, la corrispondenza con il Piano territoriale di coordinamento;

se non ritenga, in questa fase di avvio del Parco nazionale del Pollino, prossimo ormai alla sua completa delimitazione, predisporre iniziative per verificare l'intera ipotesi regionale di viabilità riguardante l'accesso e la fruibilità del Parco, nel rispetto delle linee di sviluppo

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

socio-economico e di salvaguardia predisposte dal progetto Ferrara approvato dalla regione Basilicata. (4-20605)

COLUCCI FRANCESCO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per sapere se, in relazione al tragico incidente dell'F-104 precipitato a Sigonella, nel quale ha trovato la morte il pilota Sergio Scalmana, di trenta anni, non ritenga opportuno attivare le procedure necessarie a porre in essere il conferimento della medaglia d'oro al valore civile per il capitano Scalmana che (lo testimoniano privati cittadini e lo confermano fonti militari) pur di evitare una strage (dovendo cadere l'aereo su una strada estremamente transitata) non ha esitato a pilotarlo, sino al tragico impatto, su una zona isolata evitando di utilizzare il meccanismo di espulsione che lo avrebbe posto in salvo e andando incontro alla morte con eroismo ed altissimo senso del dovere. (4-20606)

BERSELLI. — *Ai Ministri della sanità e del turismo e dello spettacolo.* — Per sapere — premesso che:

la scelta circa l'ubicazione dell'ospedale del basso ferrarese sembra cadere su Lagosanto anziché su Comacchio, decentrandosi invece su quest'ultima località un centro INPS;

tale « baratto », subito energicamente denunciato da Iginio Ferroni e Gianni Berto, consiglieri comunali del MSI-DN di Comacchio, appare privo di qualsivoglia logica, perché non tiene conto del grande afflusso turistico nei lidi comacchiesi che registra presenze annue mediamente aggirantesi tra le 200 mila e le 250 mila persone, con quel che ne deriva in termini di incidenti e di emergenze, mentre una sede INPS per i turisti è assolutamente irrilevante —:

come stiano esattamente le cose, quale sia il loro parere in merito e quali urgenti iniziative intendano porre in es-

sere al fine di assicurare alla città di Comacchio il suddetto ospedale, valorizzando in tal modo i relativi lidi che costituiscono un imprescindibile polmone per l'economia della intera zona. (4-20607)

STAITI di CUDDIA delle CHIUSE. — *Ai Ministri di grazia e giustizia, della sanità e dell'interno.* — Per sapere — premesso che:

durante la costruzione del nuovo acquedotto comunale di Zibido San Giacomo (MI) è stata rinvenuta, in località Centopertiche, una discarica di rifiuti altamente tossici autorizzata dall'allora sindaco Nilo De Simone, attualmente componente del comitato di gestione dell'USSL di Rozzano, da cui dipende il comune di Zibido San Giacomo;

della vicenda in un primo tempo si occupò il pretore di Milano Sergio D'Angelo, che successivamente passò l'intero fascicolo al sostituto procuratore Antonio Di Pietro, essendosi accorto che si trattava di avvelenamento;

il Di Pietro nominava quale consulente tecnico il dottor Guido Gardumi, ufficiale sanitario dell'USSL 76 di Rozzano, il quale in data 16 gennaio 1990 relazionava indicando che nella cava erano presenti veleni quali arsenico, piombo e mercurio, per cui la falda era da considerarsi avvelenata;

recentemente il Di Pietro dichiarava alla stampa, sul quotidiano *Il Giorno* del 18 maggio 1990, che i materiali rinvenuti erano da considerarsi inquinanti e non avvelenanti, per cui rimandava la vicenda alla pretura, senza tener conto del parere del consulente tecnico dottor Gardumi;

il comitato regionale di controllo ha annullato la deliberazione del comune di Zibido San Giacomo che avviava la bonifica, per cui il pericolo per la salute pubblica è ancora presente —:

quale sia la reale situazione della cava Centopertiche e quale sia la verità circa le contraddizioni tra le analisi del

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

laboratorio Labo Consult, cui il comune si rivolse per le analisi, e quelle effettuate dal PMIP (Presidio multizonale di igiene e prevenzione di Milano) che si interessò del caso sin dal 1979. (4-20608)

POLI BORTONE. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per sapere - premesso che:

l'attuale collegamento con partenza da Brindisi alle ore 15,30 e da Milano alle ore 13,30 non risponde alle esigenze di efficienza cui l'operatore economico dell'area jonica salentina è chiamato a rispondere (peraltro la giornata è completamente inutilizzabile per il disbrigo di pratiche da effettuare a Milano o nell'area jonica salentina);

tale situazione aggrava sempre più la emarginazione economica, e culturale, oltre che geografica, delle zone del Salento, ancor più nel momento in cui si avvicina la liberalizzazione delle frontiere, e più intensi e frequenti potrebbero essere i contatti dell'imprenditoria meridionali dal Nord dell'Italia e dell'Europa -:

se non ritenga di voler accedere alla richiesta, formulata anche dall'associazione degli industriali della provincia di Lecce, di stabilire due collegamenti aerei quotidiani Brindisi-Milano con partenze dai rispettivi scali fra le ore 7 e le 8 del

mattino (da Brindisi) e le ore 19 e le 20 della sera (da Milano). (4-20609)

POLI BORTONE. — *Ai Ministri dell'industria, del commercio e dell'artigianato e dei lavori pubblici.* — Per conoscere:

1) i motivi per i quali l'associazione per lo sviluppo industriale di Lecce non richiede all'ordine degli ingegneri della provincia di Lecce il parere di congruità per le specifiche liquidate;

2) a quali perfezionisti e con quali specifiche sono stati affidati i lavori dall'associazione per lo sviluppo industriale nel periodo 1985-1989;

3) se nell'affidamento dei lavori l'associazione per lo sviluppo industriale segue un criterio ed eventualmente sulla base di quali parametri di valutazione, anche al fine di far crescere la professionalità e le capacità progettuali dei giovani professionisti e della piccola e media impresa. (4-20610)

POLI BORTONE. — *Al Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.* — Per sapere, per l'anno accademico 1990-91, quante richieste per visite di studio ERASMUS sono state accolte e dettagliatamente quali. (4-20611)

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

**INTERROGAZIONE
A RISPOSTA ORALE**

VIOLANTE, SOAVE, MASINI, SANGIORGIO, PINTO, FACHIN SCHIAVI, CORDATI ROSAIA, PRISCO, GELLI e TADDEI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere — premesso che:

permane nella scuola una situazione di grave disagio determinatasi dall'entrata in vigore dell'intesa tra lo Stato italiano e la Santa Sede ed in particolare dalla permanenza di un insegnamento confessionale nella scuola materna;

il Consiglio dei ministri ha approvato i disegni di legge riguardanti « Norme concernenti il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica » e « Lo status degli insegnanti di religione cattolica »;

fra il Ministro della pubblica istruzione e la Conferenza episcopale italiana

è intervenuto un accordo sulla parziale revisione dell'intesa;

i sopracitati atti continuano ad ignorare quanto sancito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 203 dell'aprile 1989 a tutela dello « stato di non obbligo » da garantire agli studenti e agli alunni che non intendano avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica e confermano l'obbligo anche per gli alunni delle scuole materne —:

per quali motivi il Ministro abbia ritenuto di procedere alla stipula del nuovo accordo con la Conferenza episcopale italiana, nonostante la diffusa critica manifestata in sede di VII Commissione della Camera il 14 febbraio scorso sugli orientamenti illustrati dal Ministro;

perché il Ministro non abbia riferito alla Camera, prima della firma della revisione dell'intesa nonostante l'impegno assunto in VII Commissione e nonostante in Aula fossero state presentate diverse mozioni;

come e quando il Governo intenda dare attuazione alla citata sentenza della Corte costituzionale. (3-02508)

* * *

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

INTERPELLANZE

I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro di grazia e giustizia, per sapere — premesso che:

garantire la legalità e i diritti dei cittadini è funzione centrale di ogni moderno stato democratico;

le condizioni complessive della giustizia non consentono al nostro Stato di adempiere adeguatamente a quella funzione;

le vicende del codice di procedura penale, dell'ordinamento penitenziario, della giustizia civile, delle spese per la giustizia e, prima ancora, lo scontro sul ruolo della giurisdizione nel nostro sistema politico, rivelano che l'affannoso inseguimento delle emergenze, in assenza di concreti comportamenti del Governo diretti a comporre quello scontro in modo coerente con la Costituzione, non consente di rispondere puntualmente ai singoli problemi e aggrava l'impotenza del sistema;

questo stato di cose sposta continuamente in un improbabile futuro l'avvio di una strategia radicalmente nuova fondata sulla qualità dell'intervento giurisdizionale;

il disagio causato al Paese dall'inefficienza della giustizia rischia di approfondire la divaricazione già oggi esistente tra l'Italia e la Comunità europea con danni gravi per i diritti individuali e per il sistema delle imprese —:

quale sia l'opinione del Governo sulle questioni esposte e la strategia con la quale il Governo intende affrontarle.

(2-01053) « Violante, Pedrazzi Cipolla, Bargone, Ciconte, Finocchiaro Fidelbo, Fracchia, Orlandi, Recchia, Sinatra ».

I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro di grazia e giustizia, per conoscere:

quale sia lo stato di attuazione del complesso di misure organizzative votate dal Parlamento ovvero decise in via amministrativa anche a seguito degli incontri fra Governo e Associazione nazionale magistrati;

quali risultano essere le carenze strutturali che rendono difficile la corretta applicazione del nuovo codice di procedura penale;

quale sia il grado di copertura dei posti in organico sia per quel che riguarda i magistrati, sia per quanto riguarda il personale non togato delle sedi giudiziarie;

quanti sono i magistrati non direttamente assegnati a funzioni giudiziarie e in particolare quanti quelli in servizio presso il Ministero di grazia e giustizia ovvero altri ministeri;

quale sia la statistica degli incarichi extragiudiziari sottoposti all'esame del Consiglio superiore della magistratura negli ultimi cinque anni ed il rapporto fra richieste e autorizzazioni;

quale sia l'ordine di priorità indicato dal Governo in ordine ai numerosi provvedimenti in materia giudiziaria attualmente all'esame del Parlamento con particolare riferimento alla riforma del codice di procedura civile, alle norme sulla responsabilità disciplinare dei magistrati, alle norme sugli incarichi direttivi, alle norme sugli incarichi extragiudiziari, all'istituzione del giudice di pace, alle norme sull'accesso alla carriera e sulle promozioni, alle norme sull'ipotizzato « ufficio del magistrato » (da coordinarsi con l'istituzione del giudice di pace come alternativa al comunque difficile e problematico aumento dell'organico);

quali risultano essere a due anni di distanza le effettive conseguenze dell'en-

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

trata in vigore della legge sulla responsabilità civile del magistrato.

(2-01054) « Del Pennino, Gorgoni ».

I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri ed i Ministri degli affari esteri e delle poste e delle telecomunicazioni, per sapere — premesso che:

il TG-1 in una inchiesta televisiva sull'omicidio di Olof Palme ha trasmesso dichiarazioni gravissime che, al di là del caso riguardante il signor Gelli, che figura mandante dell'assassinio del Primo ministro svedese (Gelli, è bene ricordare, ha sempre operato nella più stretta intesa con il potere politico in atto in Italia), coinvolgono le vicende del terrorismo e i nostri rapporti con gli Stati Uniti d'America;

secondo il TG-1, che riportava affermazioni di un esponente dei servizi segreti americani, il « Governo degli USA ha mandato soldi alla P2. La somma toccò anche i 10 milioni di dollari al mese », « i miliardi che la CIA consegnò alla P2 servirono per contrabbandare armi e droga, ma soprattutto per destabilizzare »;

la CIA, secondo l'inchiesta del TG-1, si sarebbe servita della loggia Gelli « per creare situazioni favorevoli all'esplosione del terrorismo in Italia e in altri Paesi europei agli inizi degli anni '70 ».

Gli interpellanti rilevano, innanzitutto, che le situazioni così esplosive dovevano certamente essere comunicate dal servizio TV pubblico alla Presidenza del Consiglio e in questo senso gli interpellanti pongono come primo interrogativo al Governo se la RAI-TV in tal senso si è regolata; in caso contrario, ci si chiede per quali motivi l'ente pubblico abbia sottaciuto al Governo tali notizie considerato che le rivelazioni, se vere, costituiscono accuse di rilievo internazionale e incidono profondamente sulla nostra sovranità proprio perché un Paese straniero,

gli Stati Uniti, avrebbe organizzato persino il terrorismo nel territorio italiano.

Gli interpellanti chiedono se il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro degli affari esteri non ritengano di esprimere non solo una pesante condanna, ma di prendere ogni iniziativa nei confronti degli Stati Uniti, con conseguenze inevitabili di rottura dei nostri rapporti politici e diplomatici con uno Stato come quello degli USA che avrebbe finanziato azioni criminali nel nostro Paese, e ciò in difesa della nostra identità nazionale e della sicurezza; gli interpellanti, ritenuta la gravità dei fatti e delle pesanti ripercussioni che si avrebbero sul piano internazionale, chiedono se siano stati compiuti i più rigorosi accertamenti per sapere se le denunce corrispondano alla realtà oppure se si tratta di folli e farneticanti dichiarazioni e di manovre politiche; se si intenda indagare, in primo luogo, per sapere dall'autore dell'inchiesta, già attivista dell'ultrasinistra e poi comunista, quali siano state le sue fonti, da chi siano state promosse l'inchiesta e il servizio televisivo; se il presidente della RAI o i competenti dirigenti abbiano autorizzato la trasmissione televisiva, non dimenticando che tutto ciò avviene nel momento stesso in cui si aprono gli archivi segreti dei Paesi dell'Est, che dimostrano inequivocabilmente come il comunismo internazionale sia stato il mandante dei più efferati delitti e l'organizzatore anche delle brigate rosse negli anni di piombo.

Gli interpellanti fanno presente la strana coincidenza, anche temporale, del servizio del TG-1 che dovrebbe non solo oscurare le responsabilità del sinistrismo italiano nella delinquenza, in modo che il vecchio e nuovo partito comunista sia indenne da sospetti e politicamente quindi accettabile nel nostro Paese, ma che quanto è avvenuto in Italia, per ogni sua espressione terroristica e criminale sia stato causato dall'azione degli USA, mandanti e paganti degli assassini sul nostro territorio.

Gli interpellanti in conclusione chiedono al Presidente del Consiglio dei mini-

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

stri ed ai Ministri degli affari esteri e delle poste e telecomunicazioni di rispondere immediatamente a queste drammatiche domande per conoscere le linee del Governo nell'accaduto; per stabilire quello che è vero e quello che è falso e per agire, con estrema decisione e durezza, nel caso di verità della trasmissione, contro gli Stati Uniti; e nel caso non sia rispondente al vero, per colpire la RAI-TV, con provvedimenti drastici nei confronti del presidente della RAI-TV e di ogni responsabile, auspicando gli interpellanti la immediata sostituzione dei titolari delle cariche ricoperte nell'ente televisivo di Stato.

(2-01055) « Tremaglia, Servello, Franchi, Pazzaglia ».

I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri ed i Ministri di grazia e giustizia e del turismo e spettacolo, per conoscere — premesso che secondo notizie di stampa magistrati ordinari e amministrativi sono stati chiamati a svolgere, a vario titolo, incarichi retribuiti nell'ambito delle opere pubbliche e dell'organizzazione riguardanti i campionati mondiali di calcio —:

1) se e quali incarichi sono stati affidati a magistrati e per ciascuno di essi:

a) l'autorità che li ha conferiti;

b) le funzioni giudiziarie svolte dai singoli magistrati beneficiari;

c) l'entità dei compensi liquidati o ancora da liquidare;

d) le ragioni dell'affidamento dell'incarico ad un magistrato e i criteri che in concreto hanno determinato la scelta;

e) se sono state richieste le prescritte autorizzazioni;

2) più in generale, quali incarichi e per quali ragioni sono affidati dal Governo o da singoli ministeri a magistrati ordinari o amministrativi;

3) quali iniziative il Governo intenda assumere per disciplinare, salvaguardando l'indipendenza della magistratura, tutta la materia degli incarichi extragiudiziari.

(2-01056)

« Rizzo, Rodotà ».

I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro di grazia e giustizia, per conoscere — considerato che per il 1991 il governo ha ipotizzato il blocco del *turn over* per il personale; un andamento inferiore al tasso di inflazione per gli acquisti di beni e servizi; un andamento pari all'andamento dell'inflazione delle spese per investimenti, che quindi subirebbero una riduzione rispetto al PIL; una radicale caduta degli investimenti degli enti locali —:

quali iniziative il ministero abbia preso per evitare che questa manovra economica abbia effetti negativi per la spesa della giustizia;

quale concreta azione sia stata avviata in sede di governo perché le ammissioni di assoluta insufficienza del bilancio della giustizia, venute in passato anche dai relatori di maggioranza e dallo stesso Ministro, non si riducano ad una rassegnata registrazione dell'esistente, ma si traducano finalmente, nella legge finanziaria e nel bilancio 1991, in impegni concreti nella direzione di quel consistente aumento percentuale delle risorse per la giustizia che è ritenuto indispensabile per evitare la cancellazione di riforme recenti ed una crisi definitiva dell'istituzione giudiziaria.

(2-01057)

« Rodotà, Rizzo ».

I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri, per sapere — premesso che:

la crisi della giustizia penale appare sempre più grave, nonostante gli sforzi del Ministro, per l'impreparazione degli uffici giudiziari e l'inadeguatezza delle

X LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 6 LUGLIO 1990

strutture e la mancanza del personale a gestire il nuovo rito penale;

la situazione della giustizia civile dà luogo a fenomeni di vera e propria denegata giustizia;

a questi fenomeni non si può far fronte con un ministero che esprime limitate capacità manageriali né con le risorse finanziarie stanziare annualmente e prevedibili anche per quest'anno;

la mancata riforma organica dell'ordinamento giudiziario produce confusione nello stesso ordine giudiziario e nei rapporti fra i diversi momenti della giurisdizione —:

quali iniziative di carattere finanziario, ordinamentale e legislativo intenda assumere per superare la crisi della giustizia, rendere più efficiente il servizio che è dovuto ai cittadini ed avviare il superamento della crisi di credibilità che investe l'ordine giudiziario nel suo complesso e quindi l'intero sistema dei poteri pubblici.

(2-01058) « Mastrantuono, Andò, Buffoni, Alagna, Capiello, Principe, Reina ».

MOZIONE

La Camera,

premessi:

che numerosi mezzi di informazione continuano a diffondere notizie in ordine ai collegamenti internazionali di organizzazioni eversive italiane e in particolare:

a) su protezioni offerte da autorità di paesi dell'Est ad appartenenti al terrorismo italiano ed anche ad organizzazioni terroristiche tedesche;

b) su finanziamenti di uffici dei servizi di sicurezza USA a Licio Gelli e alla loggia P2;

c) su una organizzazione eversiva oggi operante con finalità eversive analoghe a quelle della P2;

che la relazione della Commissione d'inchiesta sul terrorismo e sull'omicidio di Aldo Moro, aveva già individuato un ventaglio di possibili collegamenti internazionali del terrorismo italiano, in particolare con Bulgaria, Cecoslovacchia, e servizi di sicurezza di Israele e degli USA;

che nella relazione di maggioranza della Commissione d'inchiesta sulla loggia massonica P2 è documentato il ruolo eversivo di quell'organizzazione, disciolta poi con legge;

che le notizie relative alle connessioni internazionali dell'eversione italiana, se fondate, porrebbero un gravissimo problema di attacco alla sovranità nazionale del nostro Paese;

che i processi di rinnovamento democratico avvenuti nell'Est europeo consentono oggi una piena collaborazione da parte delle autorità di quei Paesi;

che è comunque necessario acquisire ogni possibile documentazione su tutti i collegamenti internazionali del terrorismo italiano, al fine di conoscere la verità e di prevenire il riproporsi di interpretazioni distorte o strumentali;

impegna il Governo:

a porre in atto immediate iniziative diplomatiche nei confronti dei Governi dell'Ungheria, della Bulgaria, della Cecoslovacchia, nonché degli USA, di Israele e di ogni altro Paese per il quale risulterebbero rapporti, diretti o mediati, con organizzazioni eversive italiane, al fine di acquisire ogni possibile informazione;

a comunicare al Parlamento entro tre mesi i risultati delle iniziative assunte.

(1-00415) « Quercini, Violante, Ferrara, Pedrazzi Cipolla, Marri, Paccetti, Bellocchio, Orlandi, Serra Gianna ».