

Repubblica Italiana
Assemblea Regionale Siciliana
XV Legislatura



RESOCONTO STENOGRAFICO

75^a SEDUTA

GIOVEDI' 19 MARZO 2009

Presidenza del Presidente CASCIO

A cura del Servizio Resoconti

INDICE**Assemblea regionale siciliana**

(Comunicazione dell'esito della Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari) 72

Commissione parlamentare

(Comunicazione di richiesta di parere) 3

Congedi 3**Disegni di legge**

(Annunzio di presentazione) 3

(Annunzio di presentazione e di contestuale invio alla competente Commissione) 31

«Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale» (248/A)

(Seguito della discussione):

PRESIDENTE	4, 15, 18
RUSSO, <i>assessore per la sanità</i>	15, 17, 26, 30, 48, 51, 53, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 65, 67
BENINATI, <i>presidente della Commissione</i>	49
LACCOTO (PD)	15, 24, 46, 49, 50
LEONTINI, <i>relatore</i>	16, 19, 23, 56, 58, 62
DE BENEDICTIS (PD)	16, 17, 22, 54, 60, 62, 66
FIorenza (PD)	16
CRACOLICI (PD)	26, 29, 31, 43, 49, 53, 55, 56, 57, 60, 64, 71
LEANZA NICOLA (MPA)	44, 51
MARZIANO (PD)	19
VINCIULLO (PDL)	19, 66
GUCCIARDI (PD)	20, 67
FORMICA (PDL)	21, 47, 49
RAGUSA (UDC)	21
DIGIACOMO (PD)	22
ODDO (PD)	27, 28
PICCIOLO (PD)	47, 50
BUZZANCA (PDL)	52
CORONA (PDL)	52
SCAMMACCA (PDL)	54, 55, 57, 58
DINA (UDC)	61, 63, 64
CARONIA (Gruppo Misto)	65

(Votazione per scrutinio segreto del subemendamento 24.1.13.14 e risultato):

PRESIDENTE 68

(Votazione per scrutinio segreto del subemendamento 24.1.13.9 e risultato):

PRESIDENTE 69

Mozione

(Annunzio) 3

Sull'ordine dei lavori

PRESIDENTE	29, 70
DE BENEDICTIS (PD)	29
SPEZIALE (PD)	70

La seduta è aperta alle ore 12.07

BOSCO, *segretario f.f.*, dà lettura del processo verbale della seduta precedente che, non sorgendo osservazioni, si intende approvato.

PRESIDENTE. Ai sensi dell'articolo 127, comma 9, del Regolamento interno, do il preavviso di trenta minuti al fine delle eventuali votazioni mediante procedimento elettronico che dovessero aver luogo nel corso della seduta.

Ricordo, altresì, che anche la richiesta di verifica del numero legale (art. 85) ovvero la domanda di scrutinio nominale o di scrutinio segreto (art. 127) sono effettuate mediante procedimento elettronico.

Congedi

PRESIDENTE. Si passa al I punto all'ordine del giorno: Comunicazioni.

Comunico che hanno chiesto congedo gli onorevoli: Adamo per la seduta del 19 marzo 2009; Di Guardo per le sedute del 19 e 20 marzo 2009.

L'Assemblea ne prende atto.

Annunzio di presentazione di disegni di legge

PRESIDENTE. Comunico che sono stati presentati i seguenti disegni di legge:

«Misure straordinarie per l'apertura di cantieri di lavoro a favore dei disoccupati» (384), presentato dagli onorevoli Galvagno e Termine, in data 17 marzo 2009;

«Interventi urgenti in materia di lavoro e per la stabilizzazione dei lavoratori destinatari del regime transitorio dei lavori socialmente utili e dei soggetti contrattualizzati a tempo determinato» (385), presentato dagli onorevoli Rinaldi e Laccoto, in data 18 marzo 2009.

Comunicazione di richiesta di parere

PRESIDENTE. Comunico la seguente richiesta di parere pervenuta dal Governo in data 18 marzo 2009 ed assegnata alla competente Commissione legislativa 'Affari istituzionali' (I):

«IACP di Palermo – Nomina presidente e vicepresidente del consiglio di amministrazione» (n. 21/I), inviata in data 18 marzo 2009.

Annunzio di mozione

PRESIDENTE. Comunico che è stata presentata, in data 18 marzo 2009, la mozione numero 118 «Attenta valutazione del fenomeno del rientro degli emigrati siciliani a seguito delle critiche condizioni economiche internazionali», a firma degli onorevoli Apprendi, Faraone, Raia e Panepinto. Invito il deputato segretario a darne lettura.

BOSCO, *segretario f.f.*:

«L'Assemblea regionale siciliana

premesso che le condizioni economiche internazionali stanno determinando una catena di licenziamenti, di ridimensionamenti di aziende e di revisione di piani commerciali di notevoli proporzioni;

osservato che, in questo quadro, in tutta Europa si registrano pulsioni localistiche alla difesa del lavoro e del prodotto nazionale;

ricordato che, proprio in tal senso, in Inghilterra recentemente si sono avute reazioni ostili alla presenza in uno stabilimento petrolchimico di lavoratori siciliani specializzati, inviati lì da una ditta ragusana vincitrice di appalto;

osservato inoltre che, diversamente dal felice esito che, comunque ha avuto quella vicenda, in molti altri posti i siciliani perdono il lavoro o non riescono più a trovarne e sono costretti a rifare le valige per il ritorno nei comuni di origine;

ritenuto che presto il fenomeno assumerà dimensioni importanti ma che la Sicilia non può farsi trovare impreparata a gestirlo,

impegna il Governo della Regione

ad avviare, tramite i comuni, un censimento per capire dimensione, direzione e qualità del rientro degli emigrati;

a predisporre interventi a supporto degli enti locali che saranno maggiormente interessati dal fenomeno». (118)

APPRENDI - RAIA
FARAONE - PANEPINTO

PRESIDENTE. Avverto che la stessa sarà iscritta all'ordine del giorno della seduta successiva perché se ne determini la data di discussione.

**Seguito della discussione del disegno di legge
«Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale» (248/A)**

PRESIDENTE. Si passa al punto II dell'ordine del giorno: Seguito della discussione del disegno di legge n. 248/A «Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale».

Invito i componenti la VI Commissione a prendere posto al banco alla medesima assegnato.

Ricordo che l'esame del disegno di legge era stato sospeso nella seduta numero 74 del 18 marzo 2009 dopo l'approvazione dell'articolo 22.

Onorevoli colleghi, la seduta è sospesa per qualche minuto.

(La seduta, sospesa alle ore 12.21, è ripresa alle ore 12.42)

La seduta è ripresa.

PRESIDENTE. Si passa all'articolo 23. Ne do lettura:

«Art. 23.

Rete dell'emergenza-urgenza sanitaria

1. Il sistema regionale di emergenza-urgenza è articolato in:

a) sistema territoriale di emergenza: postazioni di soccorso territoriale, punti territoriali di emergenza;

b) sistema ospedaliero: dipartimenti di emergenza-urgenza secondo il livello determinato dalle norme vigenti.

2. Il sistema di emergenza-urgenza:

a) assicura il coordinamento delle attività connesse ai prelievi ed ai trapianti di organi in raccordo con il Centro regionale trapianti;

b) assicura il trasporto di emergenza neonatale ed il trasporto anche secondario della rete dell'infarto miocardico acuto;

c) favorisce l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale;

d) si raccorda con la Protezione civile;

e) collabora con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza, con le Prefetture ed i dipartimenti di prevenzione e di tutela dei luoghi di lavoro;

f) partecipa alla stesura di piani di intervento sanitario delle maxi- emergenze.

3. Al fine di svolgere le attività di cui al comma precedente il sistema si compone di una struttura regionale con funzioni di indirizzo e controllo e di n. 4 centrali operative già esistenti nelle strutture ospedaliere dell'A.R.N.A.S. "Civico" di Palermo, Ospedale "Cannizzaro" di Catania, Ospedale "Papardo" di Messina, Ospedale "S.Elia" di Caltanissetta.

4. Ciascuna centrale operativa deve essere dotata di personale esclusivamente dedicato con accertati requisiti professionali posseduti secondo la normativa vigente in materia, prevedendo personale medico dell'area di emergenza, personale infermieristico che oltre a specifica formazione di base abbia superato adeguati percorsi formativi e di addestramento.

5. L'espletamento delle attività di trasporto per il Servizio di emergenza-urgenza 118 è assolto mediante società a capitale misto pubblico privato o totalmente pubblico. L'affidamento del servizio, a seguito di gara pubblica, riguarda l'intero territorio regionale.

6. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono determinate le modalità di funzionamento del Servizio emergenza-urgenza 118 e le procedure per l'adozione di protocolli operativi finalizzati a promuovere la qualità, l'efficienza e l'uniformità del servizio nell'intero territorio della Regione e a garantire il coordinamento tra le centrali operative e con la rete assistenziale, nonché linee guida per la formazione e l'aggiornamento del personale.

7. Il personale medico ed infermieristico da utilizzare nel S.U.E.S. 118 è scelto da una graduatoria composta dal personale già utilizzato nelle ambulanze medicalizzate attive nel territorio regionale nonché da personale medico che ha svolto incarichi o supplenze con rapporto di lavoro a tempo determinato in possesso dei requisiti formativi e di addestramento previsti dalla normativa vigente relativa ai servizi di emergenza-urgenza.

8. Nella graduatoria di cui al comma precedente sono inclusi anche laureati in medicina e chirurgia nonché in scienze infermieristiche che entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge abbiano conseguito i requisiti di cui al comma precedente.

9. I criteri di accesso alla graduatoria di cui al comma 7 sono stabiliti da apposito decreto dell'Assessore regionale per la sanità da emanarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. I limiti di spesa per la copertura finanziaria relativa al personale cui fa riferimento la graduatoria di cui al comma 7 sono quelli fissati dalla normativa finanziaria vigente».

Comunico che sono stati presentati i seguenti emendamenti:

- dal Governo:

emendamento 23.1:

«Sostituire l'articolo 23 con il seguente:

“Art. 23

Rete dell'emergenza sanitaria

Il sistema regionale di emergenza-urgenza sanitaria è articolato in:

a) sistema territoriale di emergenza: postazioni di soccorso territoriale, punti territoriali di emergenza, servizi di continuità assistenziale;

b) sistema ospedaliero: pronto soccorso ospedaliero, dipartimento di emergenza-urgenza dotato di strutture dedicate al pronto soccorso, all'accettazione ed al successivo trattamento dello stato di emergenza-urgenza.

2. All'interno di ciascuno dei due bacini infraregionali di cui all'articolo 6, comma 2, nell'ambito territoriale di competenza, operano rispettivamente alle dipendenze dall'Azienda ospedaliera Civico di Palermo e dell'Azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania, due centrali operative del Servizio Urgenza Emergenza Sanitaria “S.U.E.S. 118”, dotata di risorse tecnologiche e professionali che effettua il coordinamento del servizio e che riceve ed autorizza le richieste per missioni di autosoccorso e/o elisoccorso primario e secondario, valutandone la criticità ed il grado di complessità in relazione alla tipologia dell'emergenza.

3. Presso ciascuna centrale operativa diretta da un responsabile deve essere presente personale con accertati requisiti professionali prevedendo, oltre ad un medico dell'area di emergenza, personale infermieristico dedicato che, oltre a specifica formazione di base, abbia sviluppato adeguati percorsi formativi e di addestramento validati in ambito regionale rivolti alla conoscenza e competenza delle procedure per la valutazione dello scenario, di riconoscimento e gestione dell'emergenza, di esecuzione delle manovre di supporto alle funzioni vitali, di sviluppo del coordinamento con le strutture della rete dell'emergenza e degli altri servizi pubblici addetti all'emergenza.

4. Il sistema regionale di emergenza-urgenza sanitaria, mediante i propri responsabili e secondo le rispettive competenze, assicura inoltre il coordinamento delle attività connesse ai prelievi ed ai trapianti di organi, in raccordo con il Centro regionale dei trapianti, il trasporto di emergenza neonatale (S.T.E.N.) si raccorda con la Protezione civile, collabora con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza, con le Prefetture ed i dipartimenti di prevenzione e di tutela dei luoghi di lavoro, partecipa alla stesura di piani di intervento sanitario delle grandi emergenze.

5. All'interno di ogni bacino sanitario regionale la centrale operativa garantisce le funzioni di maggiore complessità che fungeranno da riferimento aggregativo (Hub) per l'intero bacino: medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, terapia intensiva, trauma center.

6. Le unità periferiche (*spoke*) garantiranno le funzioni di emergenza a maggiore diffusione: pronto soccorso, medicina d'urgenza, emergenza territoriale.

7. L'espletamento delle attività di trasporto per l'emergenza-urgenza 118, che può riguardare l'intero territorio regionale o, separatamente, i singoli bacini, può essere assolto anche mediante affidamento ad organismo a totale partecipazione pubblica. Per il primo triennio l'espletamento delle suddette attività di trasporto è affidato, in regime di collaborazione con la Croce Rossa Italiana, attraverso sistemi che comportano la sussistenza del controllo analogo da parte dell'Assessorato regionale della sanità.

8. Al fine di assicurare omogeneità di intervento, continuità assistenziale ed efficienza operativa è istituito, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio sanitario nazionale né del bilancio regionale, il Comitato regionale per l'emergenza-urgenza, presieduto dall'Assessore regionale per la sanità, o da un suo delegato, composto dai responsabili delle centrali operative S.U.E.S. 118, dai direttori sanitari delle Aziende sede delle centrali operative e da due responsabili di dipartimenti emergenza urgenza del bacino, designati dal medesimo Assessore, nonché dai referenti provinciali per il servizio 118.

9. All'interno di ciascuna Azienda sanitaria provinciale il direttore generale nomina il referente per il S.U.E.S. 118, con funzioni di coordinamento a livello aziendale e di raccordo con il responsabile della centrale operativa di bacino.

10. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, da emanarsi, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge sono determinate le modalità di funzionamento del Comitato di cui al precedente comma 8, nonché modalità e forme di organizzazione e di gestione del Servizio Urgenza Emergenza Sanitaria 118, e procedure per l'adozione di protocolli operativi finalizzati a promuovere la qualità, l'efficienza e l'uniformità del servizio nell'intero territorio della Regione e a garantire il coordinamento tra le centrali operative e tra queste e la rete assistenziale, nonché linee guida per la formazione e l'aggiornamento del personale"»;

- dagli onorevoli Leontini e Maira:

emendamento 23.13:

«Sostituire l'articolo 23 con il seguente:

“Art. 23

Rete dell'emergenza-urgenza sanitaria

1. Il sistema regionale di emergenza-urgenza è articolato in:

a) sistema territoriale di emergenza: postazioni di soccorso territoriale, punti territoriali di emergenza, servizi di continuità assistenziali;

b) sistema ospedaliero: pronto soccorso ospedaliero, dipartimento di emergenza-urgenza.

2. Il sistema di emergenza-urgenza:

a) assicura il coordinamento delle attività connesse ai prelievi ed ai trapianti di organi in raccordo con il Centro regionale trapianti;

b) assicura il trasporto di emergenza neonatale ed il trasporto anche secondario della rete dell'infarto miocardico acuto;

c) favorisce l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale;

d) si raccorda con la Protezione civile;

e) collabora con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza, con le Prefetture ed i dipartimenti di prevenzione e di tutela dei luoghi di lavoro;

f) partecipa alla stesura di piani di intervento sanitario delle maxi- emergenze.

3. Al fine di svolgere le attività di cui al comma precedente, nonché allo scopo di effettuare il coordinamento del servizio e di ricevere ed autorizzare le richieste per missioni di ambulanze e/o elisoccorso primario e secondario, valutandone la criticità ed il grado di complessità in relazione alla tipologia dell'emergenza, operano 4 centrali operative, corrispondenti a quelle già esistenti, ubicate nelle strutture ospedaliere dell'Azienda Ospedaliera di alta specializzazione Civico Di Cristina di Palermo, Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania, Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti Papardo Piemonte-Taormina, Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta. All'interno della centrale operativa di Catania viene istituita, senza costi aggiuntivi, una unità periferica di coordinamento con sede presso l'Azienda sanitaria provinciale di Ragusa per l'area territoriale delle province di Ragusa e Siracusa.

4. Ciascuna centrale operativa deve essere dotata di personale esclusivamente dedicato avente requisiti professionali secondo la normativa vigente in materia, reclutata tra il personale medico dell'area di emergenza e della rianimazione e tra il personale infermieristico che oltre a specifica formazione di base abbia superato adeguati percorsi formativi e di addestramento.

5. L'articolazione organizzativa del sistema di emergenza-urgenza di cui ai commi precedenti, una volta ultimata l'informatizzazione del servizio, potrà essere rimodulata con decreto dell' Assessore regionale per la sanità sentita la competente Commissione legislativa dell' Assemblea regionale siciliana.

6. Il personale medico ed infermieristico da utilizzare nel S.U.E.S. 118 è scelto da una graduatoria regionale - che verrà regolamentata con successivo provvedimento assessoriale - composta da soggetti in possesso dei requisiti formativi e di addestramento previsti dalla normativa vigente

relativa ai servizi di emergenza-urgenza, e in via prioritaria dal personale in servizio già utilizzato nelle ambulanze medicalizzate attive nel territorio regionale ed in possesso degli indicati requisiti.

7. Al fine di assicurare omogeneità di intervento, continuità assistenziale ed efficienza operativa è istituito, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio sanitario nazionale né del bilancio della Regione, il Comitato regionale per l'emergenza - urgenza, presieduto dall' Assessore regionale per la sanità, o da un suo delegato, composto dai responsabili delle centrali operative S.U.E.S. 118, dai direttori sanitari delle Aziende sede di centrali operative, nonché dai referenti provinciali per il servizio 118 individuati dai direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali che non siano sede di centrale operative.

8. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono determinate le modalità di funzionamento del Servizio emergenza-urgenza 118 e le procedure per l'adozione di protocolli operativi finalizzati a promuovere la qualità, l'efficienza e l'uniformità del servizio nell'intero territorio della Regione e a garantire il coordinamento tra le centrali operative e con la rete assistenziale, nonché linee guida per la formazione e l'aggiornamento del personale.

9. L'espletamento delle attività di trasporto per il Servizio di emergenza-urgenza 118 sull'intero territorio regionale, può essere assolto anche mediante affidamento ad organismo a totale partecipazione pubblica che eserciti la propria attività ad esclusivo beneficio della Regione siciliana e nel relativo ambito territoriale. Per il primo triennio al fine di assicurare la continuità del servizio in atto espletato, le suddette attività di trasporto possono essere affidate ad un organismo con le caratteristiche indicate al precedente periodo, costituito dalla Regione siciliana e dalla Croce Rossa Italiana, che garantisca la sussistenza del controllo analogo da parte dell' Assessorato regionale della sanità, l'incommerciabilità delle relative partecipazioni, l'assenza di lucro, la remunerazione dei soli costi, l'adozione di procedure di evidenza pubblica per l'acquisizione di beni e servizi e l'esclusività dello scopo.

10. La maggiore spesa derivante dall'imposta sul valore aggiunto eventualmente dovuta per l'espletamento dell'attività di cui al presente articolo trova riscontro, a decorrere dall'anno 2009, nella corrispondente maggiore entrata che si realizza nella U.P.B. 4.3.1.1.5 del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario 2009 e per il triennio 2009-2011»;

- dagli onorevoli Galvagno e Termine:

emendamento 23.1.3:

«Al comma 1, lett. a) dopo le parole “soccorso territoriale” aggiungere “tenendo conto delle condizioni orografiche e dei collegamenti stradali e marittimi”»;

emendamento 23.1.4:

«Al comma 2, primo rigo, sostituire la parola “due” con la parola “tre”; al terzo rigo, sostituire la parola “e” con “,”; al quarto rigo dopo la parola “Catania” sopprimere “,” e aggiungere “e dell’azienda ospedaliera S. Elia di Caltanissetta”; al quarto rigo sostituire la parola “due” con la parola “tre”»;

- dagli onorevoli Formica e Buzzanca:

emendamento 23.1.2:

«Al comma 2, dell'emendamento 23.1, dopo le parole "bacini infraregionali" aggiungere le parole "e dell'area specifica di Messina ed Enna".

Allo stesso comma dopo le parole "Civico di Palermo" aggiungere le parole "dell'Azienda ospedaliera Papardo di Messina" e dopo la parola "Catania" sostituire la parola "due" con la parola "tre"»;

- dall'onorevole D'Antoni:

emendamento 23.1.5 (al comma 3):

«Al comma 3, dopo le parole "dell'area d'emergenza," aggiungere le parole "personale tecnico non sanitario e"»;

emendamento 23.1.5 (al comma 7):

«Dopo il comma 7 aggiungere il seguente comma:

"7 bis. 1. L'inquadramento per il personale già in servizio al SUES 118 deve effettuarsi secondo quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di categoria con la qualifica di autista/soccorritore e non potrà essere cambiato profilo professionale ad eccezione di coloro quelli che, successivamente alla prima assunzione, hanno perso i requisiti fisici, per motivi dipendenti da causa di servizio, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

2. Gli LSU e suo tempo assunti e tempo indeterminato per essere impiegati nel SUES 118, in aderenza al piano di stabilizzazione, mantengono la mansione di autisti /soccorritori per la quale sono stati assunti.

3. Il personale tecnico necessario per assicurare e garantire il funzionamento della rete radio, della rete informatica e per la gestione dei collegamenti telematici e la radiolocalizzazione georeferenziata delle ambulanze con GPS, sarà inquadrato prevedendo oltre ai requisiti formativi necessari allo svolgimento dell'incarico secondo le norme europee (Diploma scuola media superiore, Qualifica di operatore di sistemi esperti, Patente Informatica Europea, conoscenza documentata della lingua inglese), titolo di precedenza al personale ex art 54 della legge regionale n. 33/1996 così come modificato dall' art. 15 della legge regionale n. 27/98 e dal punto 5 dell'art. 11 della legge regionale n. 36/2000, nelle attività di carattere non sanitario svolte nelle centrali operative, secondo i profili professionali già riconosciuti dall'Assessorato regionale della Sanità, anche in relazione all'anzianità di servizio maturata nell'elisoccorso e nel SUES 118.

4. Il personale amministrativo in servizio presso lo Società che attualmente gestisce il trasporto terrestre infermi in urgenza emergenza alla data del 30 giugno 2008 potrà essere inquadrato e utilizzato nelle quattro fasce del comparto non dirigenziale, o, in alternativa riqualificato con apposito corso di formazione professionale con esami finali, per essere impiegato con la qualifica di autista/soccorritore"»;

- dall'onorevole Laccoto:

emendamento 23.1.1:

«Al comma 7, dell'emendamento 23.1, dopo le parole "a totale partecipazione pubblica" aggiungere le parole "o ad un'Agenzia regionale per l'emergenza urgenza-Servizio 118 o mediante gara a rilevanza pubblica"»;

- dall'onorevole Vinciullo:

emendamento 23.1.6:

«Al comma 7 sostituire le parole “Per il primo triennio” con le parole “Per il primo anno”»;

- dagli onorevoli Cracolici, De Benedictis, Digiacomo, Ferrara, Fiorenza, Gucciardi e Laccoto:

emendamento 23.4:

«Il comma 2 è così sostituito:

“2. Il sistema di emergenza-urgenza:

a) assicura il coordinamento delle attività connesse al trasporto del sangue nonché ai prelievi ed ai trapianti di organi in raccordo con il Centro regionale trapianti;

b) assicura il trasporto di emergenza neonatale ed il trasporto anche secondario della rete dell'infarto miocardico acuto;

c) favorisce l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale;

d) si raccorda con i servizi della Protezione civile;

e) collabora con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza, con le Prefetture ed i dipartimenti di prevenzione e di tutela dei luoghi di lavoro;

f) partecipa alla stesura di piani di intervento sanitario delle maxi-emergenze.”»;

emendamento 23.5:

«Il comma 3 è così sostituito:

“3. Al fine di svolgere le attività di cui al comma precedente, il sistema si compone di una struttura regionale con funzioni di indirizzo e controllo e di n. 2 centrali operative già esistenti nelle strutture ospedaliere dell'A.R.N.A.S. “Civico” di Palermo e Ospedale “Cannizzaro” di Catania.”»;

emendamento 23.6:

«Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:

“4. Le Centrali operative effettuano il coordinamento del servizio nell'ambito dei rispettivi bacino di riferimento, ricevendo le richieste di intervento, valutandone la criticità ed il grado di complessità in relazione alla tipologia dell'emergenza ed autorizzando le missioni di autosoccorso e/o elisoccorso primario e secondario.”»;

emendamento 23.10:

«Alla fine del comma 4 aggiungere le seguenti parole:

“rivolti anche alla conoscenza e competenza delle procedure per la valutazione dello scenario, di riconoscimento e gestione dell'emergenza, di esecuzione delle manovre di supporto alle funzioni vitali, di sviluppo del coordinamento con le strutture della rete dell'emergenza e degli altri servizi pubblici addetti all'emergenza.”»;

emendamento 23.9:

«Dopo il comma 4 aggiungere il seguente comma:

“6. All’interno di ciascuna Azienda sanitaria provinciale il Direttore generale nomina il referente per il S.U.E.S. 118, con funzioni di coordinamento a livello aziendale e di raccordo con il responsabile della Centrale operativa di bacino.”»;

emendamento 23.8:

«Dopo il comma 5 aggiungere i seguenti commi:

“8. Al fine di assicurare omogeneità di intervento, continuità assistenziale ed efficienza operativa è istituito, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio sanitario nazionale né del bilancio regionale, il Comitato regionale per l’emergenza-urgenza, presieduto dall’Assessore regionale per la sanità, o da un suo delegato, composto dai responsabili delle centrali operative S.U.E.S. 118, dai direttori sanitari delle Aziende sede delle centrali operative e da due responsabili di dipartimenti emergenza urgenza del bacino, designati dal medesimo Assessore, nonché dai referenti provinciali per il servizio 118.

9. Al Comitato regionale per l’emergenza-urgenza sono affidate funzioni e compiti inerenti la definizione di linee guida, protocolli e standard per l’attività di emergenza sanitaria e per la omogenea dislocazione territoriale dei mezzi di soccorso nell’ambito dei Bacini Sanitari Regionali, il raccordo organizzativo gestionale tra tutti gli enti ed organismi pubblici e privati che operano nell’ambito del servizio di emergenza, la gestione e il coordinamento delle attività di elisoccorso, la raccolta ed elaborazione dei dati riguardanti la qualità del servizio e delle prestazioni erogate.”»;

emendamento 23.7:

«Al comma 6, dopo le parole “modalità di funzionamento del” aggiungere le parole “Comitato di cui al comma 8 nonché le modalità e le forme di organizzazione e gestione del”»;

emendamento 23.11:

«Al comma 7, dopo le parole “S.U.E.S. 118 è” aggiungere le parole “ad esso destinato in maniera esclusiva e”»

emendamento 23.12:

«Sopprimere il comma 8»;

- dall’onorevole Cracolici:

emendamento 23.3:

«Al comma 7 dopo le parole “... emergenza-urgenza” aggiungere “nonché dai medici specialisti che abbiano i requisiti per l’accesso alla medicina d’accettazione e d’urgenza”;

emendamento 23.2:

«Dopo il comma 9, aggiungere il seguente:

“10. Non possono accedere alla graduatoria da utilizzare nel S.U.E.S. 118 personale medico e infermieristico con contratto a tempo indeterminato presso le ASL di competenza del territorio siciliano fatta eccezione della figura professionale anestesista e rianimatore”»;

- dagli onorevoli Cracolici ed altri:

emendamento 23.1.8:

«All'art. 23 le parole “bacino” e “bacini” sono sostituite rispettivamente con “Area vasta” ed “Aree vaste”»;

emendamento 23.1.9:

«All'art. 23, comma 3, dopo le parole “deve essere presente personale” aggiungere le parole “esclusivamente dedicato” e dopo le parole “personale infermieristico” eliminare la parola “dedicato”»;

emendamento 23.1.10:

«All'art. 23, comma 4, sostituire le parole “la Protezione civile” con le parole “le strutture della Protezione civile”»;

emendamento 23.1.11:

«All'art. 23, il comma 7 è sostituito dal seguente:

“7. A decorrere dal 1 gennaio 2010, l'espletamento delle attività di trasporto per l'emergenza-urgenza 118, che può riguardare l'intero territorio regionale o, separatamente, le due Aree vaste, è assolto mediante affidamento ad organismo a totale o prevalente partecipazione pubblica”»;

emendamento 23.1.12:

«All'art. 23, comma 10, dopo le parole “tra queste e la rete assistenziale”, aggiungere “il raccordo organizzativo gestionale tra tutti gli enti ed organismi pubblici e privati che operano nell'ambito del servizio di emergenza, la gestione ed il coordinamento delle attività di elisoccorso, la raccolta ed elaborazione dei dati riguardanti la qualità del servizio e delle prestazioni erogate,”»;

- dagli onorevoli Fiorenza, Gucciardi, Mattarella, Ammatuna ed altri:

emendamento 23.1.7:

«Al comma 5, dopo le parole “trauma center” aggiungere le parole “in ogni hub è prevista una stroke UNIT”»;

- dagli onorevoli Gucciardi, Fiorenza, Ammatuna e Ferrara:

emendamento 23.1.13:

«”2 bis. Ciascuna centrale operativa di cui al comma 2, selezionata la segnalazione proveniente dai territori di riferimento, trasferirà la richiesta di intervento alla postazione periferica territorialmente competente del SUES 118 che parteciperà all'emergenza secondo le direttive della centrale operativa medesima”».

Comunico, altresì, che sono stati presentati i seguenti subemendamenti:

- dal Governo:

emendamento 23.13.1:

«All'articolo 23, comma 3, dopo le parole “Azienda sanitaria di Caltanissetta”, aggiungere le seguenti “- ex Azienda ospedaliera S. Elia”»;

emendamento 23.13.2:

«All'articolo 23, comma 4, le parole “dell'area di emergenza e della rianimazione” sono così sostituite “dell'area di emergenza-urgenza”»;

emendamento 23.13.3:

«All'articolo 23, il comma 9 è così sostituito:

“9. L'espletamento delle attività afferenti il Servizio di emergenza-urgenza 118 per l'intero territorio regionale, diverse da quelle di cui al comma 3 espletate dalle centrali operative, può essere assolto anche avvalendosi, nel rispetto dei principi fissati dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di concorrenza, di organismi a totale partecipazione pubblica che esercitino la propria attività esclusivamente nei confronti della Regione siciliana e nel relativo ambito territoriale.”»;

emendamento 23.13.4:

«All'articolo 23, comma 3, in fondo, aggiungere il seguente periodo:

“L'articolazione in quattro centrali operative di cui al precedente comma può essere rimodulata con decreto dell'Assessore regionale per la sanità definite le procedure di informatizzazione del sistema di emergenza-urgenza.”»;

- dagli onorevoli D'Antoni ed altri:

emendamento 23.13.5:

«Al comma 4 dopo le parole “deve essere dotata” aggiungere le seguenti “oltre che del necessario personale di supporto,”»;

- dagli onorevoli D'Antoni e Falcone:

emendamento 23.13.6:

«Dopo il comma 7 aggiungere il comma 8: “Il personale autista-soccorritore, tecnico e amministrativo attualmente in servizio nel SUES 118, dovrà essere inquadrato secondo il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per la sanità pubblica non dirigenziale.”»;

- dagli onorevoli Maira e Torregrossa:

emendamento 23.13.7:

«All'articolo 23, comma 3, dopo le parole: “Azienda sanitaria di Caltanissetta”, aggiungere le seguenti: “- ex Azienda ospedaliera S. Elia di terzo livello per l'emergenza”»;

- dagli onorevoli Mancuso, Fiorenza ed altri:

emendamento 23.13.13:

«All'articolo 23, al comma 3, l'ultimo periodo è così sostituito:

“All'interno della centrale operativa di Catania vengono istituite, senza costi aggiuntivi, due unità periferiche di coordinamento con sede presso gli ospedali di Biancavilla per l'area pedemontana etnea e di Caltagirone per l'area del Calatino”».

Onorevoli colleghi, propongo di adottare come testo base per la discussione l'emendamento 23.13 degli onorevoli Leontini e Maira, interamente sostitutivo dell'articolo 23.

Invito, pertanto, i firmatari degli emendamenti all'articolo 23 a verificarne la compatibilità con l'emendamento 23.13 per eventualmente riformularli.

Non sorgendo osservazioni, si procede in tal senso.

Invito, quindi, il Governo a chiarire l'aspetto della copertura finanziaria del comma 10 dell'emendamento 23.13.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'emendamento presentato consente di far gravare la maggiore spesa per l'IVA sui fondi ordinari della Regione anziché sul Fondo sanitario regionale.

Stiamo affrontando una questione rilevante perché, se interpretata in un certo modo, richiederebbe il parere della Commissione Bilancio per la necessaria copertura finanziaria.

Il comma 10 dell'articolo 23 è stato introdotto per affrontare una questione relativa all'ammontare dell'IVA per il servizio di trasporto 118, non si sa ancora se al 4% o al 10% perché c'è qualche discordanza con gli uffici tributari.

Vogliamo disciplinare questa questione con legge – aspetto che può essere rilevante per la Regione siciliana – senza che ciò comporti alcun onere aggiuntivo per la Regione stessa. Si tratta di una partita di giro, infatti, quale che sia l'aliquota IVA da applicare: quindi, da una parte spendiamo di più e, dall'altra, in contropartita, incassiamo. Sotto questo profilo, non ci sarebbe un aggravio finanziario tale per cui si imporrebbe il parere della Commissione Bilancio.

Tale ipotesi è solo eventuale e si realizzerebbe se l'affidatario è un soggetto che deve fatturare. Se, invece, decidiamo di lasciare la gestione del Servizio 118 alla Regione, il problema non si pone nemmeno. E' una norma di tutela che possiamo lasciare.

Se gli Uffici, invece, ritengono che comporti necessariamente un parere - ma, a nostro avviso, non lo richiede - chiedo che venga ritirata questa parte. E' un modo di disciplinare ed affrontare la questione.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, con i chiarimenti forniti dal Governo, se non ci sono osservazioni, possiamo andare avanti con i lavori e ritenere superato il problema.

LACCOTO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LACCOTO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritengo che l'articolo 23 non si possa trattare perché vi è un riferimento alle Aziende ospedaliere che sono già preliminarmente denominate. Se già non si definiscono le Aziende ospedaliere - mi riferisco alle quattro centrali citate all'articolo 11 - non si può chiaramente dire che le quattro centrali operative si possono definire presso l'Azienda 'Papardo' piuttosto che presso l'Azienda 'Cannizzaro'.

Leggo testualmente il comma 3 dell'emendamento 23.13 : "... operano quattro centrali operative corrispondenti a quelle già esistenti e ubicate nelle strutture ospedaliere dell'Azienda Ospedaliera di alta specializzazione Civico Di Cristina di Palermo, Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania, Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti Papardo Piemonte-Taormina, Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta".

E' chiaro, quindi, che l'Azienda Papardo Piemonte-Taormina, essendo numerosissimi gli emendamenti presentati, non può essere già individuata come tale. Ritengo, pertanto, o che si presenti un subemendamento in tal senso oppure diventa difficile poter discutere prima della definizione delle Aziende.

Vorrei chiedere, quindi, che si esamini prima l'articolo 21.

PRESIDENTE. Onorevole Laccoto, ritengo che, comunque, ci saranno degli ospedali "capofila", per cui si individuerà l'ospedale più grande.

LACCOTO. Non voglio creare alcun problema, però, è chiaro che se l'Azienda poi non si chiamerà 'Papardo Piemonte-Taormina', dovrebbe restare inteso che ci sarà una correzione sull'Azienda...

PRESIDENTE. Assolutamente sì. Abbiamo già dato ampio mandato all'inizio della discussione generale per il coordinamento formale del testo.

LEONTINI, *relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI, *relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, per risolvere il problema, si potrebbe evitare di fare riferimento alla denominazione delle singole Aziende; basta fermarsi, infatti, all'espressione "*operano quattro centrali operative corrispondenti a quelle già esistenti*".

Come saranno chiamate queste centrali, sarà deciso successivamente, in sede di discussione degli articoli 11 e 14. Preannuncio la presentazione di un subemendamento in tal senso.

PRESIDENTE. Si passa all'emendamento 23.1 del Governo.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Dichiaro di ritirarlo.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto. Si passa agli emendamenti 23.4 e 23.5.

CRACOLICI. Dichiaro di ritirarli.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto. Si passa all'emendamento 23.6.

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritengo sia importante che l'Assessore Russo possa essere messo in condizione di seguire i lavori con attenzione perché, altrimenti, non ci rendiamo conto di ciò che facciamo.

Ritengo che l'emendamento 23.6, che viene subito dopo il comma 3, preveda un'utile precisazione; quindi, richiamo l'attenzione dell'Assessore per la sua valutazione in merito.

FIORENZA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FIORENZA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, fermo restando che stiamo continuando a lavorare sull'emendamento 23.13, il comma 5, secondo quanto detto dall'Assessore, dovrebbe essere

uno strumento che gli possa consentire, in una fase successiva, nella fase della informatizzazione di tutto il sistema complessivo, di potere istituire nove centrali, una su ogni territorio provinciale.

Credo che questo sia un argomento fondamentale e prego i colleghi di prestare molta attenzione.

Fino ad ora, è accaduto, ad esempio, che la centrale operativa del Dipartimento di emergenza dell'ospedale Cannizzaro, ricevesse una telefonata notturna da un distretto in cui l'operatore telefonico comunica che il traumatizzato di un incidente stradale si trova in una strada di campagna nella zona di Noto. Bene, magari l'operatore telefonico non conosce bene la geografia del territorio ed è accaduto, purtroppo, che questo abbia comportato una notevole perdita di tempo, risultata poi fatale, per il raggiungimento del luogo dell'incidente.

E' opportuno, pertanto, che l'Assemblea si esprima sulla localizzazione dei nove distretti periferici già sin d'ora. La centrale operativa madre può essere identificata nei due bacini - cosa che ritengo la più sensata - della Sicilia orientale e della Sicilia occidentale e, poi, ciascuno dei due bacini inoltra la chiamata per l'urgenza-emergenza nei vari distretti periferici.

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo sull'emendamento 23.6 con la precisazione che abbiamo concordato con l'Assessore di sostituire le parole «*nell'ambito dei rispettivi bacini di riferimento*» con le seguenti: «*negli ambiti di riferimento*».

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, con riferimento alle indicazioni suggerite dall'onorevole Fiorenza, è intenzione dell'assessorato riorganizzare il sistema di chiamata e di intervento previsto per il 118. Tutto ciò passa attraverso il completamento delle procedure di informatizzazione che, spero, prendano il via il più presto possibile, "Sicilia Innovazione" e "Sicilia Servizi" permettendo. Il che comporterà un avvicinamento del sistema operativo al territorio, magari all'interno di una riconfigurazione delle centrali.

Questa norma - il comma 5 - è opportunamente prevista per dare la possibilità di riorganizzare il sistema, allorché sarà definita la procedura con il coinvolgimento della Commissione sanità. Chiedo, pertanto, che rimanga esattamente com'è la relativa formulazione, senza indicare adesso quali saranno le unità periferiche. Si potrà prevedere, infatti, un'unica centrale e otto unità operative, le stesse, e cinque unità operative... ma questo lo vedremo a seconda del sistema informativo che andremo a predisporre. Ritengo prematuro, pertanto, allo stato attuale, indicare quali saranno i centri periferici.

Per quanto riguarda l'emendamento dell'onorevole De Benedictis, esprimo parere favorevole.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento 23.6, con il parere favorevole del Governo. L'emendamento reca la sostituzione delle parole "nell'ambito dei rispettivi bacini di riferimento" con le seguenti: "nei rispettivi ambiti di riferimento".

Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Comunico che è stato presentato dall'onorevole Leontini il subemendamento 23.13.11 che così recita:

«Al comma 3 dell'articolo 23, dopo le parole “già esistenti”, cassare le parole da “ubicate” fino a “Caltanissetta”.

Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Il parere del Governo?

LOMBARDO, *presidente della Regione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Gli emendamenti 23.13.1 e 23.13.7 sono preclusi.

Comunico che è stato presentato dagli onorevoli De Benedictis ed altri il subemendamento 23.13.8. Ne do lettura:

«Al comma 3 dell'emendamento 23.13, l'ultimo periodo è così sostituito:

“All'interno della centrale operativa di Catania viene istituita, senza costi aggiuntivi, una unità periferica di coordinamento con sede presso l'Azienda sanitaria provinciale di Siracusa per l'area territoriale delle province di Ragusa e Siracusa.”».

Onorevoli colleghi, capisco che possano esserci difficoltà nel seguire i lavori, in considerazione del fatto che si verifica che si presentino emendamenti che vengono stampati e distribuiti in tempo reale, ma dovete anche comprendere che è necessaria la collaborazione di tutti e in questo vorrei che mi deste una mano.

Innanzitutto, gradirei che i colleghi deputati non salissero al banco della Presidenza, perché ogni deputato che sale per chiedere informazioni, rallenta conseguentemente il lavoro degli uffici.

Questa è una “catena di montaggio” che si blocca se qualcuno deve interloquire, si ferma. In più, stiamo lavorando da tante ore e da tanti giorni su quattro testi diversi e succede di modificare, in corso d'opera, l'articolato all'esame e ciò, ovviamente, comporta che ci sono nuovi emendamenti, nuovi subemendamenti, tutti aggiornati in tempo reale.

Pertanto, lo ripeto, chiedo un po' di buona volontà da parte di tutti. Non è semplice, vi assicuro, né per voi seguire né per me condurre i lavori, né per il Governo dare il parere in tempo reale su argomenti che, fino a qualche secondo prima, non conosceva. Stiamo parlando della legge forse più importante degli ultimi venti anni!

CRACOLICI. Signor Presidente, devo riconoscerle che fino ad ora ha condotto i lavori dell'Aula con molta saggezza.

LEANZA NICOLA. Mi associo alla considerazione dell'onorevole Cracolici.

PRESIDENTE. Con la mia saggezza, provvederò a continuare in tal senso. L'onorevole Buzzanca, che mi conosce da tempo, sa che sono una persona molto saggia. E, peraltro, i deputati questori potrebbero aiutarmi a mantenere l'ordine in Aula.

MARZIANO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARZIANO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, noi firmatari dell'emendamento riteniamo che non ci sia bisogno di unità periferica nell'ambito del centro di coordinamento di Catania, ma ove si dovesse fare questa scelta, che – ribadiamo – non riteniamo pertinente, è chiaro che bisogna scegliere i criteri che ne conseguono. Un criterio potrebbe essere quello della demografia delle province: Siracusa è demograficamente più numerosa di Ragusa; un altro potrebbe essere quello della raggiungibilità, cioè del sistema infrastrutturale.

Ove si decidesse di realizzare una sede periferica, questa non può che insistere nella provincia di Siracusa, fermo restando che non ne riteniamo utile l'individuazione.

VINCIULLO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

VINCIULLO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, abbiamo firmato questo emendamento con altri tre deputati della provincia di Siracusa. Io ero favorevole all'emendamento del Governo, nel senso che davamo la possibilità all'assessore, successivamente, di andare a individuare le sedi migliori dove potere allocare le centrali del 118. Ma vorrei sottolineare alcuni aspetti.

La provincia di Siracusa è la provincia che, in Europa, non solo in Italia, ha il più alto concentramento industriale. Un polo industriale che ha destato tante volte preoccupazioni e, quindi, avremmo la necessità di un maggiore raccordo tra la sanità e l'emergenza, in termini di un eventuale rischio.

Ricordo a tutti i deputati che la provincia di Siracusa è quella a più alto rischio sismico in tutta Italia. Vale anche il ragionamento dell'onorevole Marziano sul criterio demografico, nel senso che la provincia di Siracusa ha un territorio più vasto, una popolazione più ampia.

Mi rendo conto che, purtroppo, stiamo cadendo in una questione campanilistica, una questione dove non doveva inciampare questo Parlamento. Per questo motivo, ribadisco che ero favorevole all'emendamento del Governo, ma se non è possibile approvare questo emendamento, ribadisco la necessità che la centrale venga realizzata in provincia di Siracusa.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, coloro che si lamentano della pessima acustica dell'Aula sono i primi che urlano durante l'intervento di un collega. Mettiamoci d'accordo: o urlate mentre parla un altro o non vi lamentate! Siete sempre gli stessi! Non c'è un ricircolo dell'acqua siamo sempre quelli!

LEONTINI, *relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI, *relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'esordio dell'intervento dell'onorevole Marziano ha evidenziato correttamente che un siracusano non avverte l'esigenza di

un potenziamento delle centrali operative proprio perché Siracusa, da questo punto di vista, è servita da Catania, molto più vicina, e quindi le attività della centrale operativa, le funzioni di controllo, di organizzazione e di guida del servizio avvengono in modo molto più spedito e più facile.

Il territorio di Siracusa è facilmente raggiungibile e, soprattutto, è più facilmente conosciuto dagli operatori della centrale operativa di Catania.

Il territorio di Ragusa, essendo più periferico, negli anni è stato destinatario di momenti di disservizio che sono costati la vita a molte persone.

Pertanto, nel richiedere il potenziamento del servizio, non solo si è giustificati, e quindi non in contrasto con quanto dice il collega Marziano, ma è necessario il potenziamento nei confronti di una provincia che ha subito le conseguenze della distanza e della difficoltà organizzativa e di raccordo tra la centrale operativa e le macchine della periferica Ragusa. Pertanto, è giustificatissimo il potenziamento che, peraltro, interviene all'interno dei termini previsti dalla convenzione.

E' una unità periferica di coordinamento e non può non essere allocata a Ragusa perché è Ragusa stessa che ha questa esigenza e non certo Siracusa che è già - lo dice l'onorevole Marziano - servita in modo soddisfacente dalla centrale operativa di Catania.

Ecco perché chi richiede in questo momento il potenziamento è chi ne ha più bisogno. Ed è giusto, quindi, che la sede sia nella provincia di Ragusa che è quella che, negli anni, ha subito il maggior numero delle conseguenze causate dalle disfunzioni.

CRACOLICI. Basta con questi localismi!

GUCCIARDI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUCCIARDI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritengo che la delicatezza e la complessità del tema che siamo trattando richiederebbero un po' di attenzione in più.

Dice bene l'onorevole Fiorenza che non esiste il politraumatizzato di serie A o di serie B!

Allora, considerata l'intenzione e la volontà del Governo e del Parlamento di fare in modo che l'intervento dell'emergenza-urgenza sia effettivo, reale ed efficiente, nonché tempestivo, sarebbe utile evitare le centraline che si propongono da parte di ognuno, tutelando e difendendo un campanile e si crei, invece, una rete dell'emergenza-urgenza nella quale anche l'ultimo dei punti periferici del nostro territorio regionale sia servito alla stregua di quello più vicino alle medesime centrali più grosse.

Siccome apprezziamo il fatto che l'Assessore ha l'intenzione di informatizzare al più presto possibile il servizio - altrimenti non vedo come si potrebbe dare effettiva efficienza all'emergenza-urgenza - abbiamo proposto, signor Presidente e Assessore, un subemendamento, il 23.1.13, che dovremmo coordinare con il nuovo testo per fare in modo che ogni provincia ed ogni periferia abbia una risposta, precisa e puntuale, all'emergenza-urgenza. Infatti, è ragionevole - io condivido le esigenze che vengono dalle periferie della Sicilia orientale - che anche le province che includono nel loro territorio le isole minori, o che hanno un territorio articolato che pone difficoltà negli interventi di emergenza-urgenza, abbiano queste necessità.

Piuttosto che proporre un'ulteriore centrale che riguardi la provincia di Trapani e Agrigento, facendo questo esempio, io dico che sarebbe più utile tener conto di un emendamento che tende a razionalizzare l'intervento con le due grandi centrali, per capirci quella di Palermo e quella di Catania. In questo senso, mi appello alla Presidenza e al Governo per provare a coordinare un nuovo testo e fare in modo che, in attesa dell'informatizzazione del servizio, ci siano risposte precise e non si diano falsi messaggi ai cittadini siciliani che ci sarebbero province privilegiate, aree territoriali della Regione privilegiate ed altre meno.

CRACOLICI. L'onorevole Leontini faccia in via amministrativa ciò che vuole fare. Questo è ostruzionismo! Non si può fare la legge per il quartiere!

PRESIDENTE. Sono d'accordo con lei, onorevole Cracolici, ma vale anche per questo emendamento, cioè il 23.13.8? Tutto parte da questo. Se ritirassimo l'emendamento renderemmo tutto più semplice!

CRACOLICI. La mia è una reazione a quello a firma di Leontini.

PRESIDENTE. Allora ritiriamoli tutti e diamo un segnale di serietà.

FORMICA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FORMICA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, proprio per dare un contributo di chiarezza al dibattito e, quindi, evitare di dilungarci su una questione che è diventata di "lana caprina", ritengo che l'emendamento presentato dal Governo, il 23.13.4, sia da condividere appieno in quanto taglia la testa al toro, nel senso che elimina alla radice i problemi, facendo un passo avanti. Cioè, nelle more della informatizzazione, si parte dalle quattro centrali e si dà mandato al Governo stesso, una volta fatta l'informatizzazione, di diminuire o aumentare il numero delle centrali in base alle eventuali necessità. Mi sembra corretto; quindi, anziché continuare ad intervenire o a presentare emendamenti assolutamente inutili, approviamo il subemendamento 23.13.4 del Governo che mi pare il più equilibrato e che viene incontro ai problemi sollevati.

CRACOLICI. Il Governo prevede di aggiungere, io dico, invece, che si deve cassare quello che c'è scritto!

RAGUSA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RAGUSA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo per riprendere il ragionamento sulla provincia di Ragusa che, per tantissimi anni è stata servita, certamente, in un modo non lodevole. La nostra integrazione, rispettando questa unità operativa nella nostra provincia, sarebbe un atto di grande giustizia per una provincia che, in questi anni, si è differenziata proprio per la propria laboriosità, per non aver sfiorato i budget assegnati alle AUSL locali.

Pertanto, il 118 come unità operativa rappresenterebbe per noi una grande conquista civile e sociale, perché per tantissimi anni abbiamo visto che il mal servizio ha creato indisponibilità anche da un punto di vista sociale.

Pertanto, non solo confermo, ma rafforzo, l'idea che passi per norma tale previsione, garantendo una provincia che in questi anni ha assicurato una lodevolissima attenzione da un punto di vista economico e sociale. Quindi, non posso far altro che riaffermare la mia attenzione nel comunicare all'Aula e ai miei colleghi che la provincia di Ragusa sente il bisogno di avere una unità operativa del 118.

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato dagli onorevoli Ammatuna, Bonomo, Gucciardi e Vitrano, il subemendamento 23.13.4.1 al subemendamento 23.13.4. Ne do lettura:

«Dopo le parole “emergenza-urgenza”, aggiungere “che assicuri uniforme copertura in tutto il territorio regionale”».

Comunico, altresì, che è stato presentato dagli onorevoli Cracolici e De Benedictis, il subemendamento 23.13.12, di cui do lettura:

«Al comma 3, eliminare nell'ultimo periodo, le parole da “All'interno” a “Ragusa e Siracusa.”».

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare per illustrare il subemendamento 23.13.12.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, in realtà la discussione che stiamo facendo trova soluzione con questo emendamento. Dal punto di vista funzionale, quello che occorre alle persone che necessitano di soccorso è il mezzo adeguato ed il personale idoneo a svolgere l'assistenza. La centrale di coordinamento o l'ufficio di coordinamento non è essenziale. Quindi, non dobbiamo fingere di non capire o nasconderci dietro un dito.

Da questo punto di vista, chi può mai parlare e sostenere l'ipotesi che i cittadini di Ragusa non hanno bisogno del soccorso, il migliore possibile, il più efficiente, il più veloce possibile? E chi può, al contrario, sostenere che questo dipenda dall'avere la centrale, l'ufficio operativo a Ragusa? Come se ad Enna, invece, non fosse necessario un identico soccorso! E non fosse necessario, per questo, avere un ufficio operativo o meno a Caltanissetta o non altrimenti ad Agrigento? Quella che ha utilizzata l'onorevole Leontini è un'argomentazione priva di fondamento; non soltanto, ma la legge stessa, così come è previsto al comma successivo, il comma 5, prevede la possibilità di un'ulteriore, migliore e diversa articolazione.

Mi chiedo per quale ragione, pertanto, se vogliamo votare l'articolo 5 e conferire ad esso efficacia, dobbiamo immaginare e inventare un criterio che non ha senso, come quello di mettere ora dei paletti alla norma.

Ha ragione, da questo punto di vista, l'onorevole Formica. Istituiamo le quattro centrali operative e fermiamoci lì; diversamente, il comma 5 non avrebbe motivo di esistere. Ecco perché, comunque, propongo l'abrogazione delle parole dell'ultimo periodo del comma 3. In questa maniera facciamo salvo il principio, facciamo salvi i diritti ed evitiamo di scrivere cose che non hanno alcun senso se non quello di farci fare battaglie campanilistiche che non servono ai cittadini siciliani.

DIGIACOMO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIGIACOMO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritengo che noi parlamentari non stiamo facendo una bella figura. Abbiamo, infatti, impostato il ragionamento su un aspetto minoritario del problema: Siracusa al posto di Ragusa o viceversa! C'è una difficoltà oggettiva nel porre al centro i problemi del malato. Sono testimone di una zona della Sicilia che, notoriamente, è l'ultima in Europa quanto a viabilità e sistemi di trasporto... non ultima in Sicilia, ribadisco, ma ultima in Europa!

Il problema della collocazione di una provincia rispetto ad un'altra dipende dalla possibilità di ricovero veloce di un malato presso una struttura autorizzata. Non ci possono essere altri parametri! Pertanto, se la situazione di deficit infrastrutturale insiste su una provincia piuttosto che su un'altra, è

ovvio che la struttura va ubicata lì piuttosto che nell'altra provincia, a prescindere dal fatto che questa sia Siracusa, Ragusa o Trapani.

Se i disagi maggiori rispetto alla velocità di intervento risiedono a Mazzarrone, allora facciamola a Mazzarrone. Ma se fosse vero, com'è vero, che la provincia di Ragusa è ultima in Europa quanto a infrastrutture, allora non è una guerra di territori, si vada a realizzare la struttura laddove c'è una maggiore necessità di avere quel tipo di presidio.

Se le province di Siracusa, Catania e Messina hanno autostrade, ferrovie, elisoccorsi ed elisuperfici, è evidente che è più opportuno realizzare la struttura laddove tutto questo non c'è! E la provincia di Ragusa, l'evolutivezza provincia di Ragusa, è uno scandalo mondiale quanto a deficit infrastrutturali!

Queste sono le uniche ragioni che possono portare alla ubicazione in un territorio piuttosto che in un altro e non necessariamente quelle riguardanti tristi guerre di territorio che sviliscono un argomento così importante.

LEONTINI, *relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI, *relatore*. Signor Presidente, chiedo una sospensione di cinque minuti.

PRESIDENTE. La seduta è sospesa per qualche minuto.

(La seduta, sospesa alle ore 13.27, è ripresa alle ore 13.35)

La seduta è ripresa.

LEONTINI, *relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il potenziamento del Servizio 118, attraverso l'estensione a porzioni di territorio poco servite o assistite ovvero afflitte da difficoltà di comunicazione per una insufficienza delle infrastrutture e delle vie di comunicazione, è stato sottolineato da tutti i parlamentari della provincia di Ragusa, a prescindere dalle appartenenze partitiche e politiche.

Riteniamo che tale soluzione non avrebbe dovuto scatenare reazioni da parte di tifoserie calcistiche e da club territoriali! Siamo in Aula, impegnati ad agevolare un percorso che possa consentire al Parlamento, al Governo, alla maggioranza, di portare avanti l'esame degli articoli e, quindi, di concludere al più presto l'approvazione del disegno di legge.

Se l'Assessore, attento e sensibile a queste esigenze – avendo ascoltato le indicazioni e le segnalazioni che, da parte dei parlamentari, sono pervenute sulle disfunzioni organizzative che riguardano, in modo particolare e pesante e in certi momenti nefasto, il territorio della provincia di Ragusa – assume un impegno rispetto ad un potenziamento del servizio che con i suoi strumenti di natura amministrativa potrà mettere in campo al più presto, noi, tutti insieme, parlamentari della provincia di Ragusa, per agevolare l'iter legislativo, ritiriamo la nostra proposta e, con un emendamento, cassiamo la parte relativa a tale estensione del servizio. Così facendo, ci rimettiamo all'iniziativa successiva dell'Assessore che valuterà, con obiettività, le ragioni da noi sottoposte e, quindi, prenderà l'impegno di potenziare il servizio in provincia di Ragusa.

XV LEGISLATURA

75ª SEDUTA

19 marzo 2009

PRESIDENTE. Si passa all'emendamento 23.13.12. Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Favorevole.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; che è contrario si alzi.

(E' approvato)

PRESIDENTE. Gli emendamenti 23.13.13 e 23.13.8 sono preclusi.

Comunico che è stato presentato dagli onorevoli Gucciardi ed altri, il subemendamento 23.13.9, di cui do lettura:

«Aggiungere il seguente comma:

“3 bis. Ciascuna centrale operativa di cui al comma 3, selezionata la segnalazione proveniente dai territori di riferimento, trasferirà la richiesta di intervento alla postazione periferica territorialmente competente del SUES 118 che parteciperà all'emergenza secondo le direttive della centrale operativa medesima.”».

Comunico, altresì, che è stato presentato dagli onorevoli Laccoto ed altri, il subemendamento 23.13.9.1. Ne do lettura:

«Le modalità di affidamento delle attività di trasporto per il servizio di emergenza-urgenza del 118 di cui ai punti 1 e 2 del comma 9 devono essere decise previo parere della VI Commissione legislativa».

LACCOTO. Chiedo di parlare per illustrarlo.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LACCOTO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il subemendamento ha lo scopo anche di dare un aiuto al Governo. Proprio in questo momento, non stiamo stabilendo quali sono le modalità di affidamento del servizio di trasporto del 118. Con questo subemendamento si prescrive che, qualunque sia la soluzione, occorre il parere della sesta Commissione legislativa. Dico ciò perché, evidentemente, non è in questo momento che possiamo stabilire per legge che il servizio va affidato alla Croce Rossa o altri contraenti. Non lo stiamo stabilendo.

E' giusto che qualsiasi forma di affidamento passi attraverso un parere della sesta Commissione legislativa. E' il minimo che si possa fare.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, chiedo scusa ma ho la necessità di seguire un filo logico. Si è passati immediatamente dal quarto comma al nono comma.

CRACOLICI. Ha ragione!

PRESIDENTE. Allora, onorevoli colleghi, accantoniamo momentaneamente l'emendamento a firma dell'onorevole Laccoto e riprendiamo l'esame dell'emendamento 23.13.9, che aggiunge il comma 3 bis.

Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Praticamente è inammissibile, perché è stato approvato l'emendamento a firma dell'onorevole De Benedictis.

GUCCIARDI. Dichiaro di ritirarlo.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.

FIorenza. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FIorenza. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei chiedere, se fosse possibile, che il Governo accettasse l'emendamento 23.13.9 come raccomandazione.

PRESIDENTE. Onorevole Fiorenza, alla fine della seduta, lei potrà presentare in tal senso un ordine del giorno che voteremo prima del voto finale del disegno di legge.

Il subemendamento 23.13.9.1 è accantonato.

Si passa al subemendamento 23.13.4.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Lo ritiro.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.

Il subemendamento 23.13.4.1 è, pertanto, precluso.

Si passa al subemendamento 23.13.5. Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Favorevole.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Si passa al subemendamento 23.13.2.

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, giustamente un'ora fa, lei ha chiesto ai colleghi che avevano già sottoscritto degli emendamenti di valutare le correlazioni con il nuovo emendamento e, alla luce del combinato che si sta andando a determinare, chiedo che, con l'approvazione di questa modifica da parte del Governo, gli emendamenti 23.11 e 23.3 siano considerati presentati all'emendamento 23.13, inteso come testo base perchè, oltre a prevedere l'esclusività – quindi, personale dedicato ed esclusivo – prevede anche alcune figure che, nella fattispecie, non sono disciplinate, facendosi riferimento a personale dell'emergenza-urgenza, ad esempio, aggiungo l'espressione “nonché di medici specialisti che abbiano i requisiti per l'accesso alla medicina di accettazione e di urgenza”.

Oggi, abbiamo una singolare situazione. Il medico che svolge funzioni di pronto soccorso negli ospedali siciliani non può salire sull'ambulanza e, quindi, colui che riceve il paziente tramite il Servizio 118 non può, egli stesso, essere medico del Servizio 118! Chiedo, visto che si sta inserendo l'emergenza-urgenza, che si ponga in votazione questo emendamento che aggiunge una funzione specifica del personale medico per accedere alla graduatoria di cui al Servizio 118.

PRESIDENTE. Onorevole Cracolici, in via di principio la Presidenza è favorevole perché si riferisce al comma 4 di cui stiamo discutendo adesso, però dovrebbe riformularlo meglio.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, con riferimento agli emendamenti 23.11 e 23.3, che l'onorevole Cracolici chiede di ritenere subemendamenti al 23.13, il Governo evidenzia che la norma, così come formulata, al comma sesto, li ingloba perfettamente sotto un duplice profilo, sia quello della esclusività, il 23.11, sia quello del 23.3, perché si prevede che il personale medico-infermieristico abbia i requisiti formativi di addestramento previsti dalla normativa vigente ed abbiamo, con l'emendamento 23.13, limitato l'indicazione all'area di emergenza-urgenza. Per quanto precede, ritengo che siano superati.

PRESIDENTE. Onorevole Cracolici, con questo chiarimento, gli emendamenti 23.11 e 23.3 sono superati.

Si riprende l'esame del subemendamento 23.13.2.

Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

L'emendamento 23.13.6 è inammissibile perché riguarda contratti di diritto privato del personale. Si passa all'emendamento 23.13.3.

Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Si passa al subemendamento 23.13.9.1.

Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Il Governo esprime parere favorevole a condizione che sia prevista la seguente modifica: 'sentita la VI Commissione'.

PRESIDENTE. Con la predetta modifica, diamo mandato agli Uffici che così resta inteso per il successivo coordinamento del testo.

Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Si passa all'emendamento 23.13.4.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Dichiaro di ritirarlo.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.

Si passa all'emendamento 23.10.

ODDO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ODDO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'emendamento non è superato perché sostanzialmente si tratta del personale delle centrali operative. Ognuno di noi, sicuramente, avrà vissuto qualche esperienza per quanto concerne l'emergenza-urgenza, pertanto, sa bene cosa significhi far funzionare l'interfaccia tra una centrale operativa e chi è preposto all'intervento. E' fondamentale! Non voglio assolutamente drammatizzare, ma è certamente fondamentale. Io ho vissuto personalmente questa esperienza e so cosa significa. Quando coloro che sono addetti alla centrale operativa inviano un *input* via radio e dicono "opera la manovra x", se quel personale, in quel momento, realmente, non recepisce, è un problema! Al contrario, se il personale che sta intervenendo segnala alla centrale operativa una situazione particolare e dalla centrale operativa non sono in grado di inviare un *input* preciso per quanto riguarda una certa manovra da intraprendere lì, in trenta secondi, si rischia la pelle!

Pongo un problema: cosa dice l'emendamento 23.10? Se leggiamo, possiamo dedicare un minuto. Il quarto comma dell'articolo 23 recita: "*Ciascuna centrale operativa deve essere dotata di personale esclusivamente dedicato con accertati requisiti professionali, posseduti secondo la normativa vigente in materia, prevedendo personale medico dell'area di emergenza, personale infermieristico...*". Ebbene, per quanto riguarda il personale medico dell'area di emergenza e il personale infermieristico che, oltre ad avere una specifica formazione di base, abbia superato adeguati percorsi formativi e di addestramento, siamo d'accordo.

Vogliamo aggiungere e specificare, Assessore, in particolar modo, cosa significhi il percorso formativo e di addestramento e cosa questo percorso debba necessariamente prevedere.

Le nostre ambulanze - lasciando stare il sistema che stiamo studiando per quanto concerne l'emergenza-urgenza - nella maggior parte dei casi, o comunque in buona parte, non sono medicalizzate. Arriva sul posto il barelliere, il soccorritore - se va bene, quell'infermiere che abbia seguito un corso formativo e di addestramento - ma se non si possiede nel bagaglio professionale la conoscenza e la competenza di procedure per la valutazione dello scenario, di riconoscimento e gestione dell'emergenza, di esecuzione delle manovre di supporto alle funzioni vitali, di sviluppo del coordinamento con le strutture della rete d'emergenza...?

Sì, perché deve sapersi anche questo, altrimenti, come si comunica con gli altri servizi pubblici?

Deve saper comunicare, anche in base ad un'emergenza particolare, quello che realmente sta affrontando in quel momento, altrimenti, qualcuno ci rimette la vita!

Non mi sembra costi molto specificare tutto ciò al comma 4, anzi, ritengo sia molto importante perché obbligherebbe tutti noi a seguire, anche con estrema scrupolosità, ciò che significa il percorso formativo e di addestramento. Non è affatto ultroneo, è invece molto utile!

Invito anche i colleghi deputati ad apporre la firma all'emendamento.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento 23.10. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Pur condividendo lo spirito dell'emendamento, mi sembra che lo stesso appesantisca la norma, perché quelle caratteristiche che deve avere il personale sono riassunte nel disegno di legge dai termini "adeguati percorsi formativi", per cui esprimo parere contrario.

ODDO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ODDO. Signor Presidente, vorrei fare solo una precisazione e la ringrazio per avermi concesso la parola per una seconda volta. Ciò che dice l'Assessore riguarda il personale medico, non il personale infermieristico, perché c'è scritto che, per quanto concerne la questione '*...accertati i requisiti posseduti secondo la normativa vigente*'... Quali sono gli adeguati percorsi formativi ai quali ci riferiamo? E' importante che l'Assessore rifletta sul punto.

PRESIDENTE. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Mi rimetto all'Aula.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Mi rimetto all'Aula.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Comunico che è stato presentato dalla Commissione il subemendamento 23.13.10, di cui do lettura:

«Al comma 5, sostituire la parola 'sentita' con le parole 'previo parere'».

Onorevoli colleghi, propongo di chiudere in nottata l'esame del disegno di legge.

Sull'ordine dei lavori

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, prima di chiudere la discussione chiedo di verificare gli emendamenti presentati dal Gruppo parlamentare PD all'emendamento 23.1, che erano stati trasferiti all'emendamento 23.13: credo che rimangano, infatti, tra quelli del "bozzone", alcuni subemendamenti da trattare.

PRESIDENTE. Onorevole De Benedictis, lo verifichiamo ma tutti quelli che sono stati trasferiti al subemendamento 23.13 sono stati comunicati dai singoli parlamentari. Gli altri subemendamenti sono tutti preclusi. Invito, tuttavia, gli Uffici ad effettuare una verifica.

Riprende il seguito della discussione del disegno di legge numero 248/A

PRESIDENTE. Riprende il seguito della discussione del disegno di legge numero 248/A. Si riprende l'esame del subemendamento 23.13.10. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Contrario.

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, se c'è una differenza tra "sentito" e "previo parere" vorrei comprenderla.

Le Commissioni non si sentono, si esprimono attraverso atti, e gli atti sono i pareri: quindi, anche l'emendamento che abbiamo votato poco fa, dal punto di vista della procedura parlamentare, è un parere.

Pertanto, se esiste questa differenza, sono favorevole all'emendamento perché le Commissioni non vengano sentite, esprimendosi con pareri, che piacciono o meno.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento 23.13.10. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

L'emendamento 23.8 è dichiarato inammissibile perché privo di copertura finanziaria. Si passa all'emendamento 23.9.

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare per illustrarlo.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, l'emendamento 23.9 che nel "bozzone" è a pagina 99, appoggiato all'emendamento 23.13, è in realtà un comma che si pospone al 4°.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, il Governo esprime parere contrario perché l'emendamento 23.9, sostanzialmente, è assorbito dal comma 7 dell'emendamento 23.13, ultima parte.

DE BENEDICTIS. Dichiaro di ritirarlo.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto. Tutti gli altri subemendamenti all'emendamento 23.13, interamente sostitutivo dell'articolo 23, decadono.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, volevo dare atto all'onorevole Leontini del senso di responsabilità dimostrato nel momento in cui ha ritirato quella parte del subemendamento 23.13.3.

Era stato inserito ed era stata anche concordata con il Governo la necessità di prevedere un'unità operativa periferica della centrale operativa di Catania: e ciò non per un mero capriccio né per questioni di campanilismo, perché non è un fatto di cronaca, ma risulta all'Assessorato che, proprio nella zona di Siracusa e Ragusa, a causa della lontananza - se così si può dire - tra chi risponde alle chiamate e chi poi è chiamato ad operare sul territorio, si sono registrati dei fatti gravi.

C'è una zona nella provincia di Ragusa per cui l'operatore, se non conosce bene i luoghi, può indirizzare il mezzo di emergenza in un posto che ha un nome simile. Si era già anticipato, quindi, con questa previsione, ciò che, nelle intenzioni dell'Assessorato, dovrà essere uniforme su tutto il territorio regionale, cioè creare delle unità operative che non siano le centrali, allo scopo di assicurare un raccordo più immediato, più diretto, tra risponditore e territorio.

Questa era la *ratio* dettata nell'immediatezza dalle situazioni contingenti che si sono verificate ma, poiché dall'Aula era stato equivocato il senso, bene ha fatto l'onorevole Leontini a ritirare l'emendamento; c'è però l'impegno preciso da parte mia di provvedere in via amministrativa ad attivare, partendo dalla zona di Siracusa e Ragusa, queste unità operative che saranno poi uniformi su tutto il territorio, non appena sarà ultimato il processo di informatizzazione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento 23.13, interamente sostitutivo dell'articolo 23, nel testo risultante.

Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Favorevole.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Onorevoli colleghi, la seduta è sospesa e riprenderà alle ore 16.30.

(La seduta, sospesa alle ore 14.15, è ripresa alle ore 17.00)

La seduta è ripresa.

**Annunzio di presentazione di disegno di legge
e di contestuale invio alla competente Commissione legislativa**

PRESIDENTE. Comunico che, in data 19 marzo 2009, il seguente disegno di legge è stato presentato ed inviato alla competente Commissione legislativa 'Bilancio' (II):

«Proroga dell'esercizio provvisorio del bilancio della Regione per l'anno finanziario 2009» (388),

d'iniziativa parlamentare, presentato dagli onorevoli Cracolici, Ammatuna, Apprendi, Barbagallo, Bonomo, De Benedictis, Di Benedetto, Di Guardo, Digiacomo, Donegani, Faraone, Ferrara, Fiorenza, Galvagno, Gucciardi, Laccoto, Lupo, Marinello, Marziano, Oddo, Panarello, Panepinto, Picciolo, Raia, Rinaldi, Speciale, Termine, Vitrano,
inviato in data 19 marzo 2009.

Onorevoli colleghi, informo che il Governo ha chiesto un'ulteriore sospensione per approfondire gli emendamenti.

Non sorgendo osservazioni, resta così stabilito.

Sospendo, pertanto, i lavori avvertendo che riprenderanno alle ore 17,30.

(La seduta, sospesa alle ore 17.02, è ripresa alle ore 17.50)

La seduta è ripresa.

Riprende il seguito della discussione del disegno di legge numero 248/A

PRESIDENTE. Riprende il seguito del disegno di legge numero 248/A.

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, considerato il ritardo dell'inizio dei lavori dovuto ad ulteriori precisazioni, aggiustamenti e, considerato, altresì, che questa è una procedura un po' schizofrenica – ma ormai siamo quasi alla fine –, stabiliamo sin d'ora che procediamo da ciò che il Governo presenta, se pure attraverso un subemendamento. Mi riferisco all'articolo 24, ma anche agli articoli 11 e 14, in modo tale da avere una cornice di riferimento, dopo di che si presenteranno eventuali emendamenti e, su questa base, valuteremo se presentare ulteriori subemendamenti.

A 'scatola vuota', infatti, non sono in grado di assicurarle se ne presenterò adesso, anche perché non conosco molti degli emendamenti "aggiustati" e, quindi, non sono in grado di sapere quali subemendamenti dovrei presentare.

**Annunzio di presentazione di disegno di legge
e di contestuale invio alla competente Commissione legislativa**

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato ed inviato alla competente Commissione legislativa 'Bilancio' (II) il disegno di legge:

«Proroga di alcuni interventi finanziari urgenti per l'occupazione e lo sviluppo» (389),
d'iniziativa parlamentare, presentato dagli onorevoli Cracolici, Ammatuna, Apprendi, Barbagallo, Bonomo, De Benedictis, Di Benedetto, Di Guardo, Digiacomo, Donegani, Faraone, Ferrara, Fiorenza, Galvagno, Gucciardi, Laccoto, Lupo, Marinello, Marziano, Oddo, Panarello, Panepinto Picciolo, Raia, Rinaldi, Speciale, Termine e Vitrano,
inviato in data 19 marzo 2009.

Riprende il seguito della discussione del disegno di legge numero 248/A

PRESIDENTE. Riprende il seguito della discussione del disegno di legge numero 248/A.
Si passa all'articolo 24. Ne do lettura:

«Art. 24.

*Prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari delle strutture
pubbliche e private*

1. Le prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e la medicina fisica e riabilitativa, per conto ed a carico del Servizio sanitario regionale, in linea con le vigenti disposizioni normative nazionali, sono erogate dalle strutture pubbliche (poliambulatori delle aziende) e da quelle private accreditate ai sensi del D.A. n. 890 del 2002 e successive modifiche ed integrazioni e già contrattualizzate.

2. Entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge l'Assessorato regionale della sanità, nel dare piena attuazione agli articoli 8 quater ed 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, stabilisce in relazione al volume delle prestazioni da rendere, il fabbisogno delle strutture erogatrici su base provinciale, previa delibera della Giunta regionale e previo parere vincolante della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale.

3. L'Assessorato della sanità, con cadenza triennale, sulla base dei dati epidemiologici regionali, delle prestazioni erogate nel biennio precedente, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, sentiti i direttori generali delle aziende sanitarie provinciali e acquisito il parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale programma e pubblica nella G.U.R.S. il piano di soddisfacimento dei bisogni di assistenza per ciascuna delle branche che afferiscono alla specialistica ambulatoriale, comprese le prestazioni di nefrologia ed emodialisi.

4. Per il triennio 2009-2011 la programmazione di cui al comma precedente deve avvenire entro il 30 giugno 2009 e successivamente entro il 30 giugno del penultimo anno del triennio. L'Assessorato della sanità quantifica e finanzia, entro i limiti della normativa finanziaria vigente in materia, il costo del predetto programma erogativo per ciascuna branca specialistica, comprese le prestazioni di nefrologia ed emodialisi, utilizzando per la valorizzazione delle prestazioni il valore tariffario medio desunto dal rapporto fra il vigente valore tariffario totale delle prestazioni di ciascuna branca e il numero di prestazioni rese nella stessa branca nel corso dell'anno precedente.

5. L'Assessorato della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, esamina e rende noto il numero di prestazioni specialistiche effettivamente erogate dalle strutture pubbliche e private, accreditate e contrattualizzate, per ciascuna branca specialistica ed il relativo costo a carico del Servizio sanitario regionale.

6. L'Assessorato della sanità, sulla base dei criteri negoziati con le organizzazioni sindacali di categoria così come previsto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dispone, su base provinciale, la destinazione delle risorse finanziarie alle strutture pubbliche e alle strutture private accreditate e contrattualizzate, in base all'esigenza primaria di assicurare:

- a) la libertà di scelta dell'utente tra strutture equiordinate;
- b) l'efficace competizione fra le strutture accreditate;
- c) l'acquisto a seguito di valutazioni comparative della qualità e dei costi, e dell'economicità della scelta.

7. I criteri di attribuzione delle assegnazioni alle strutture private devono tener conto di meccanismi di premialità corrispondenti alla remunerazione delle effettive prestazioni rese, per tutte le strutture che erogano prestazioni certificate di mobilità attiva extraregionale, all'interno dell'aggregato complessivo».

Comunico che sono stati presentati i seguenti emendamenti:

- dal Governo:

emendamento 24.1:

«Sostituire l'articolo 24 con il seguente:

“Art. 24

Erogazione di attività da parte di strutture private

1. Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale sono determinate le condizioni e le modalità secondo le quali si stabiliscono gli accordi e i contratti con gli erogatori privati, nel rispetto:

a) dei vincoli e dei principi dettati dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento alle materie di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale, di accordi contrattuali e di remunerazione degli erogatori privati;

b) dei vincoli derivanti dalla programmazione economico-finanziaria del servizio sanitario regionale;

c) degli esiti delle verifiche di qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate;

d) dei vincoli derivanti dalla determinazione regionale del fabbisogno sanitario;

e) degli standard occupazionali e degli obblighi contrattuali in materia di lavoro.

f) di meccanismi di premialità, al di fuori dell'aggregato complessivo regionale, in favore delle strutture che erogano prestazioni certificate di mobilità attiva extraregionale, nell'ambito degli importi riconosciuti in sede di compensazione per la mobilità interregionale e solo a seguito della effettiva erogazione delle relative risorse."»;

emendamento 24.1.5 (al comma 1):

«Al comma 1, dopo le parole “programmazione sanitaria regionale” aggiungere “sentite le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative”»;

emendamento 24.1.5 (al comma 1 lettera a):

«Al comma 1, lett. a) dopo le parole “di remunerazione degli erogatori privati”, aggiungere le seguenti “secondo la tipologia delle strutture e la qualità delle prestazioni erogate”»;

- dagli onorevoli Laccoto, Picciolo, Currenti e altri:

emendamento 24.1.2:

«Al comma 1 dell'emendamento 24.1, cassare le parole “Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale sono determinate” e sostituirle con le parole “L'Assessore regionale per la sanità determina”»;

emendamento 24.1.4:

«Al comma 1, lettera f), cassare le parole “meccanismi di premialità” e sostituirle con “della remunerazione”»;

emendamento 24.1.3:

«Al comma 1, lettera f), cassare le parole “e solo a seguito della effettiva erogazione delle relative risorse”»;

- dagli onorevoli Leontini e Scammacca:

emendamento 24.1.6:

«Al comma 1, dopo le parole “programmazione sanitaria regionale” aggiungere “sentite le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative”, e dopo la parola “determinate” aggiungere “preventivamente”»;

emendamento 24.1.7:

«Al comma 1, lettera a), dopo le parole “erogatori privati” aggiungere “secondo l'articolazione della strutture in classi differenziate in relazione alla tipologia ed alla qualità delle strutture e delle prestazioni erogate”»;

emendamento 24.1.8:

«Aggiungere il seguente comma:

“... Al fine di ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri, le strutture ospedaliere private accreditate possono erogare prestazioni ambulatoriali nelle specialità autorizzate e accreditate per attività di ricovero, e la relativa remunerazione avviene secondo tariffa ed entro il limite del tetto di spesa ospedaliera assegnato alla struttura.”»;

emendamento 24.1.9:

«Aggiungere il seguente comma:

“... L’Assessore regionale per la sanità attiva meccanismi di incentivazione di progetti e/o accordi e/o convenzioni di collaborazione sinergica, finalizzati alla riduzione della mobilità passiva extraregionale, tra strutture sanitarie di eccellenza di Regioni ad elevata mobilità attiva e strutture regionali pubbliche e/o private accreditate.”»;

emendamento 24.1.10:

«Aggiungere il seguente comma:

“... L’accreditamento delle strutture ospedaliere private comprende l’erogazione delle prestazioni ambulatoriali relative alle specialità autorizzate; tali prestazioni vanno remunerate secondo la relativa tariffa nei limiti del *budget* di spesa ospedaliera assegnato alla struttura.”»;

emendamento 24.1.11:

«Aggiungere il seguente comma:

“Le prestazioni sanitarie sono remunerate, ai soggetti pubblici o privati accreditati che le rendono, dall’Azienda sanitaria provinciale di riferimento della struttura erogatrice, nella misura conseguente all’applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione. Quelle rese a cittadini residenti in territorio riferito ad altra Azienda sanitaria provinciale sono a carico dell’Azienda sanitaria provinciale di residenza del cittadino che ne usufruisce e le relative regolazioni contabili interaziendali hanno luogo mensilmente su base regionale attraverso procedure di compensazione individuate con decreto dell’Assessore regionale per la sanità da emanarsi entro novanta giorni dall’entrata in vigore della presente legge; conseguentemente le prestazioni rese a cittadini residenti in province diverse da quella della struttura erogante, si intendono rese in eccedenza al budget assegnato alla struttura, poiché rese al di fuori dalla programmazione provinciale, fermi i limiti del rispettivo aggregato regionale.”»;

emendamento 24.8:

«Al comma 1, dopo la parola “ambulatoriali e” aggiungere la parola “/o”»;

- dagli onorevoli Cristaudo, Nicotra e D’Agostino:

emendamento 24.1.1:

«Alla lettera b), aggiungere dopo “regionale” “; e nel rispetto dei rapporti contrattuali già esistenti”; alla lettera d), aggiungere dopo la parola “sanitario” “sentite le associazioni di categoria”»;

- dagli onorevoli Cracolici, De Benedictis, Digiacomo, Ferrara, Fiorenza, Gucciardi e Laccoto:

emendamento 24.3:

«Sostituire il titolo dell’articolo con il seguente:

“Prestazioni ospedaliere, specialistiche, ambulatoriali e domiciliari delle strutture pubbliche e private”»;

emendamento 24.4:

«Il comma 1 è così sostituito:

“1. Le prestazioni di ricovero, specialistiche, ambulatoriali e domiciliari ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e la medicina fisica e riabilitativa, per conto ed a carico del Servizio sanitario regionale, in linea con le vigenti disposizioni normative nazionali, sono erogate dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate e contrattualizzate, nei limiti del budget assegnato.”»;

- dagli onorevoli Leontini e Maira:

emendamento 24.6 (al comma 1):

«Al comma 1, dopo le parole “Le prestazioni” aggiungere “di ricovero, e/o”, dopo le parole “strutture pubbliche” cassare “(poliambulatorii delle aziende)”, dopo la parola “integrazioni” cassare “e già contrattualizzate” ed aggiungere “previa contrattualizzazione”»;

emendamento 24.6 (al comma 6):

«Dopo il comma 6 aggiungere i seguenti commi:

“6 *bis*. Le prestazioni ospedaliere, sia in regime ordinario che in D.H/DS, sono erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate e contrattualizzate.

6 *ter*. L'Assessorato regionale per la sanità, ai sensi dell'art. 8 *quater* e 8 *quinquies* della legge 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, determina, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, il tetto di spesa regionale per le strutture ospedaliere private accreditate, in base alle risorse disponibili, al fabbisogno rilevato sulla base dei dati epidemiologici dell'anno precedente, alla valutazione dei costi e della qualità.

6 *quater*. L'Assessore regionale per la sanità, stimato il fabbisogno provinciale delle prestazioni entro il mese di gennaio dell'anno cui si riferisce, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, stabilisce il tetto di spesa provinciale per l'ospedalità privata accreditata.

6 *quinquies*. L'Assessore regionale per la sanità, al fine di consentire una corretta programmazione aziendale, determina preventivamente, sentite le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative, i criteri in base ai quali determinare i *budget* delle singole case di cura private accreditate e dei laboratori ambulatoriali accreditati, nei limiti massimi dei tetti di spesa provinciali di cui al comma precedente. Ai fini della determinazione dei budget delle singole strutture si tiene conto anche: delle procedure per l'accreditamento; della tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate; del perso medio per branca omogenea; degli standard di personale in organico; del rispetto dell'obbligo formativo ECM; della dotazione tecnologica; dell'adozione misure per la riduzione del rischio clinico.

6 *sexies*. Le case di cura private accreditate costituiscono riferimento, nei limiti delle specialità autorizzate anche per l'attività specialistica delle aziende sanitarie provinciali, di norma nell'ambito del relativo bacino di competenza, secondo il fabbisogno derivante dalla programmazione regionale.

6 *septies*. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, ai sensi della legge 502/92 e s.m. i., l'Assessore regionale per la sanità dovrà individuare, all'interno delle strutture pubbliche e private accreditate, classi di strutture in base a criteri di qualità delle stesse e dei servizi erogati. Alle diverse classi di strutture corrisponderà una diversa remunerazione delle prestazioni erogate.

6 *opties*. Le strutture accreditate conservano un budget minimo come previsto dall'articolo 2 del DA del 17/10/2005 non soggetto a decurtazione. Le eventuali economie saranno ridistribuite per ciascuna azienda per le prestazioni ambulatoriali.”»;

emendamento 24.6 (al comma 7):

«Sostituire il comma 7 con il seguente:

“7. I criteri di attribuzione delle assegnazioni alle strutture ospedaliere private devono tener conto di meccanismi di premialità corrispondenti alla remunerazione delle prestazioni rese di alta complessità con peso medio superiore a 2, per le strutture che erogano prestazioni di mobilità attiva extraregionale nell'ambito degli importi riconosciuti in sede di compensazione per la mobilità interregionale, al di fuori dell'aggregato regionale.”»;

emendamento A 34:

«Aggiungere il seguente articolo:

“Art. 24 *ter*
Prestazioni – Remunerazione

1. Le prestazioni erogate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza sono remunerate, ai soggetti pubblici o privati accreditati che le rendono, dalla Azienda sanitaria provinciale di riferimento della struttura erogatrice, nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione.

2. Le prestazioni rese ai cittadini residenti in territorio riferito ad altra Azienda sanitaria provinciale sono a carico della Azienda sanitaria provinciale di residenza del cittadino che ne usufruisce. Le relative regolazioni contabili interaziendali hanno luogo su base regionale attraverso le procedure di compensazione individuate con decreto dell'Assessore regionale per la sanità da emanarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

3. Ai sensi del precedente comma, le prestazioni sanitarie rese dalle strutture private accreditate a cittadini residenti in province diverse da quella della struttura erogante, si intendono rese in eccedenza al budget di cui al precedente comma 6 *quinquies*, poiché rese al di fuori dalla programmazione provinciale, fermi i limiti del rispettivo aggregato regionale.”»;

- dall'onorevole Leontini:

emendamento 24.7:

«Al comma 1, dopo la parola “regionale” aggiungere “sentite le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative” e dopo la parola “determinate” aggiungere “preventivamente”»;

emendamento 24.10:

«Al comma 1, lettera a) dopo la parola “privati” aggiungere “secondo l'articolazione delle strutture in classi differenziate in relazione alla tipologia e alla qualità delle strutture e delle prestazioni erogate.”»;

- dagli onorevoli Cracolici, De Benedictis, Digiaco, Ferrara, Fiorenza, Gucciardi e Laccoto:

emendamento 24.5 (al comma 7):

«Sostituire il comma 7 con il seguente:

“7. I criteri di attribuzione delle assegnazioni alle strutture pubbliche e private devono tener conto delle effettive prestazioni rese in regime di mobilità attiva extraregionale, da remunerarsi al di fuori dei relativi aggregati regionali, nell’ambito degli importi riconosciuti in sede di compensazione.”»;

emendamento A 29:

«Aggiungere il seguente articolo:

“Art. 24 *ter*
Ospedalità privata accreditata”

1. Con decreto dell’Assessore alla sanità, da emanarsi entro 180 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, previo parere della competente commissione legislativa della Assemblea Regionale Siciliana, si provvede alla programmazione della rete regionale dell’ospedalità privata accreditata, costituita da quelle strutture private accreditate in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali nonché di personale medico e paramedico in servizio corrispondente ai parametri che saranno determinati nel decreto stesso.

2. Le aziende facenti parte della rete regionale dell’ospedalità privata riservano una quota della loro capacità di ricovero e cura alla presa in carico di pazienti provenienti dalle postazioni di soccorso territoriale o dai punti territoriali di emergenza. Esse possono erogare altresì prestazioni ambulatoriali e specialistiche nelle branche accreditate per attività di ricovero, nei limiti del budget assegnato.

3. Sulla base della qualità e della articolazione delle funzioni erogate rispetto al fabbisogno sanitario accertato, le aziende di cui al presente articolo possono essere differenziate per classi di complessità, con particolare riguardo alla capacità presa in carico di pazienti di cui al comma 2, alle quali corrisponde una diversa remunerazione sulla base di DRG da compensarsi nei limiti delle tariffe massime nazionali di cui all’art. 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.”»;

emendamento A 26:

«Aggiungere il seguente articolo:

“Art. 26
Erogazione di prestazione da parte di strutture private accreditate”

1. La qualità di soggetto accreditato ai sensi dell’art. 8 quater del D.L.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni non costituisce titolo per la erogazione di prestazioni a carico del Servizio sanitario regionale.

2. Possono essere contrattate con gli operatori privati accreditati le erogazioni di quelle prestazioni che, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici ed all’interno di un’unica e complessiva programmazione dei servizi sanitari volta alla ottimizzazione delle risorse umane, finanziarie, strutturali e tecnologiche disponibili, devono essere rese ad integrazione e complementarietà delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, evitandosi duplicazioni.

3. Entro il 31 gennaio di ciascun anno, ai sensi dell’art. 8 quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e tenendo conto del fabbisogno rilevato sulla base dei dati

epidemiologici dell'anno precedente, l'Assessore regionale per la sanità determina il tetto per l'aggregato di spesa regionale e provinciale per ciascuna branca nonché i criteri in base ai quali determinare i *budget* delle singole strutture private accreditate, nei limiti massimi dei precedenti tetti di spesa.

4. L'Assessore regionale per la sanità stabilisce le condizioni e le modalità secondo le quali possono essere effettuati gli accordi e i contratti con gli erogatori privati ed i criteri di determinazione dei relativi budget, nel rispetto di quanto previsto al comma 2 nonché:

a) dei vincoli e dei principi dettati dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento alle materie di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale, di accordi contrattuali e di remunerazione degli erogatori privati;

b) della tipologia e volume delle prestazioni erogate nonché degli esiti delle verifiche di qualità ed appropriatezza delle stesse e della attuazione di misure per la riduzione del rischio clinico;

c) degli standard di personale tecnico, infermieristico e medico in organico, degli obblighi contrattuali in materia di lavoro e del rispetto dell'obbligo formativo ECM;

5. Sulla base di quanto previsto al comma 4 ed attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi dei servizi offerti, vengono scelti fra i soggetti privati accreditati, gli operatori con cui stipulare accordi contrattuali che danno titolo ad erogare prestazioni e servizi a carico del servizio sanitario regionale.

6. Non è ammessa la remunerazione di prestazioni rese da parte di operatori privati che non siano state oggetto di preventiva contrattazione documentata secondo i criteri di cui al comma 4.

7. Ai sensi di quanto disposto all'art. 21 della presente legge, le Aziende sanitarie provinciali provvedono, entro 60 giorni dalla presentazione della documentazione completa di rendicontazione delle prestazioni erogate da parte delle strutture private accreditate, ad accertarne la regolarità e l'appropriatezza, provvedendo al relativo pagamento entro i 60 giorni successivi dall'avvenuto accertamento, trascorsi i quali vengono applicati i regolari interessi di mora previsti dalle direttive europee.

8. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture e le attività socio-sanitarie." »;

emendamento A27:

«Aggiungere il seguente articolo:

*“Art. 23 bis
Accesso alle prestazioni*

1. Fermo restando quanto previsto in ordine al finanziamento delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliero-universitarie, la regolazione dei rapporti economici tra le Aziende sanitarie provinciali è disciplinata dalle disposizioni di cui al presente articolo.

2. Sono a carico delle Aziende sanitarie provinciali gli oneri relativi alle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza al netto delle quote di compartecipazione determinate dalla normativa nazionale e regionale.

3. Le prestazioni erogate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza sono remunerate, ai soggetti pubblici o privati che le rendono, dalla Azienda sanitaria provinciale di residenza del cittadino che ne usufruisce nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione, nei limiti delle tariffe massime nazionali di cui all'art. 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

4. Le prestazioni rese ai cittadini residenti nel territorio di altra Azienda sanitaria provinciale sono a carico della Azienda sanitaria provinciale di residenza dei medesimi, secondo le modalità stabilite con apposito decreto dell'Assessore alla sanità, in sede di assegnazione delle risorse finanziarie.

5. Le relative regolazioni contabili hanno luogo su base regionale attraverso le procedure di compensazione individuate con il decreto di cui al comma 4.

6. Le Aziende sanitarie provinciali, nell'ambito dei propri fini istituzionali, possono svolgere attività a pagamento nei riguardi di istituzioni pubbliche o soggetti privati sulla base della normativa nazionale e regionale vigente.

7. L'accesso alle prestazioni fornite dal sistema sanitario regionale avviene, di norma, su prescrizione, proposta o richiesta compilata sull'apposito ricettario, fatte salve le prestazioni di emergenza-urgenza, i trattamenti sanitari obbligatori e le attività di prevenzione.

8. L'Assessorato regionale della sanità, in relazione alle risorse disponibili ed all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e sulla base dei fabbisogni rilevati, può sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle Aziende del Servizio sanitario regionale e delle strutture private convenzionate, a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di tetti di spesa e di specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario.

9. Le Aziende del Servizio sanitario regionale, assicurando il regolare svolgimento delle ordinarie attività istituzionali sulla base degli indirizzi regionali, possono altresì erogare, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza in regime di libera professione dei dipendenti, prevedendone la valorizzazione tariffaria sulla base delle direttive e dei vincoli appositamente disposti dall'Assessorato regionale della sanità".»;

- dall'onorevole Scammacca:

emendamento 24.14:

«Aggiungere il seguente comma:

“Le prestazioni sanitarie sono remunerate, ai soggetti pubblici o privati accreditati che le rendono, dall'Azienda sanitaria provinciale di riferimento della struttura erogatrice, nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione. Quelle rese a cittadini residenti in territorio riferito ad altra Azienda sanitaria provinciale sono a carico dell'Azienda sanitaria provinciale di residenza del cittadino che ne usufruisce e le relative regolazioni contabili interaziendali hanno luogo mensilmente su base regionale attraverso procedure di compensazione

individuare con decreto dell'Assessore regionale per la sanità da emanarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente Legge; conseguentemente le prestazioni rese a cittadini residenti in province diverse da quella della struttura erogante, si intendono rese in eccedenza al *budget* assegnato alla struttura, poiché rese al di fuori dalla programmazione provinciale, fermi i limiti del rispettivo aggregato regionale.”».

Comunico, altresì, che sono stati presentati i seguenti subemendamenti:

- dal Governo:

emendamento 24.1.12:

«Al comma 1, lettera a), le parole “dettati dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni” sono così sostituite: “dettati dalla normativa vigente”»;

emendamento 24.1.13:

«All'articolo 24 sono aggiunti i seguenti commi:

“2. Le prestazioni di ricovero sia in regime ordinario che in regime giornaliero, quelle specialistiche, ambulatoriali, domiciliari e residenziali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e la medicina fisica e riabilitativa, sono erogate, in conformità alle vigenti disposizioni normative, oltreché dalle strutture pubbliche, anche da quelle private accreditate già titolari di accordi contrattuali o da quelle destinatarie di atti di programmazione regionale assunti ai sensi della normativa vigente.

3. L'Assessore regionale per la sanità, ai sensi dell'articolo 8 quater e 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, sentite le rispettive associazioni di categoria maggiormente rappresentative, determina annualmente, in base alle risorse disponibili ed al fabbisogno rilevato sulla base dei dati epidemiologici dell'anno precedente, il tetto di spesa regionale per la ospitalità privata e per ciascuna delle branche che afferiscono alla specialistica ambulatoriale, comprese le prestazioni di nefrologia ed emodialisi.

4. Stimato il fabbisogno provinciale l'Assessore regionale per la sanità, entro il mese di febbraio di ciascun anno stabilisce, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, i tetti di spesa provinciali per la ospitalità privata accreditata e per ciascuna branca specialistica, nonché i criteri in base ai quali determinare i budget delle singole strutture private accreditate, tenuto specificamente conto dell'esigenza di assicurare, nei limiti massimi dei tetti di spesa provinciali:

a) la libertà di scelta dell'utente nel rispetto dei budget individuali delle singole strutture contrattualizzate e fermo restando quanto previsto dall'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

5. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, in conformità alle vigenti disposizioni normative, l'Assessore regionale per la sanità individua, all'interno delle strutture private accreditate e convenzionate, classi di strutture in base a criteri di qualità delle stesse e dei servizi erogati, da correlare ad una diversa remunerazione delle prestazioni erogate.”»;

- dagli onorevoli Cracolici ed altri:

emendamento 24.1.14:

«L'articolo 24 è così sostituito:

Erogazione di prestazione da parte di strutture private accreditate

1. La qualità di soggetto accreditato ai sensi dell'art. 8 *quater* del D.L.vo 502/92 e s.m.i. non costituisce titolo per la erogazione di prestazioni a carico del Servizio sanitario regionale.

2. Possono essere contrattate con gli operatori privati accreditati le erogazioni di quelle prestazioni che, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici ed all'interno di un'unica e complessiva programmazione dei servizi sanitari volta alla ottimizzazione delle risorse umane, finanziarie, strutturali e tecnologiche disponibili, devono essere rese ad integrazione e complementarietà delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, evitandosi duplicazioni.

3. Entro il 31 gennaio di ciascun anno, ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del D.L.vo 502/92 e s.m.i. e tenendo conto del fabbisogno rilevato sulla base dei dati epidemiologici dell'anno precedente, l'Assessore regionale per la sanità determina il tetto per l'aggregato di spesa regionale e provinciale per ciascuna branca nonché i criteri in base ai quali determinare i budget delle singole strutture private accreditate, nei limiti massimi dei precedenti tetti di spesa.

4. L'Assessore regionale per la sanità stabilisce le condizioni e le modalità secondo le quali possono essere effettuati gli accordi e i contratti con gli erogatori privati ed i criteri di determinazione dei relativi budget, nel rispetto di quanto previsto al comma 2 nonché:

a) dei vincoli e dei principi dettati dal D.L.vo 502/92 e s.m.i., con particolare riferimento alle materie di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale, di accordi contrattuali e di remunerazione degli erogatori privati;

b) della tipologia e volume delle prestazioni erogate nonché degli esiti delle verifiche di qualità ed appropriatezza delle stesse e della attuazione di misure per la riduzione del rischio clinico;

c) degli standard di personale tecnico, infermieristico e medico in organico, degli obblighi contrattuali in materia di lavoro e del rispetto dell'obbligo formativo ECM.

5. Sulla base di quanto previsto al comma 4 ed attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi dei servizi offerti, vengono scelti fra i soggetti privati accreditati, gli operatori con cui stipulare accordi contrattuali che danno titolo ad erogare prestazioni e servizi a carico del servizio sanitario regionale.

6. Non è ammessa la remunerazione di prestazioni rese da parte di operatori privati che non siano state oggetto di preventiva contrattazione documentata secondo i criteri di cui al comma 4.

7. Ai sensi di quanto disposto all'art. 21 della presente legge, le Aziende sanitarie provinciali provvedono, entro 60 giorni dalla presentazione della documentazione completa di rendicontazione delle prestazioni erogate da parte delle strutture private accreditate, ad accertarne la regolarità e l'appropriatezza, provvedendo al relativo pagamento entro i 60 giorni successivi dall'avvenuto accertamento, trascorsi i quali vengono applicati i regolari interessi di mora previsti dalle direttive europee.

8. le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture e le attività socio-sanitarie.»;

- dagli onorevoli Cracolici e De Benedictis:

emendamento 24.1.13.1:

«Al comma 2 cassare le parole “già titolari di accordi contrattuali o da quelle destinatarie di atti di programmazione regionale assunti ai sensi della normativa vigente»;

emendamento 24.1.13.2:

«Al comma 5, dopo le parole “strutture private accreditate”, cassare le parole “e convenzionate”».

Si passa al subemendamento 24.1.14.

CRACOLICI. Signor Presidente, dichiaro di ritirarlo.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.

CRACOLICI. Chiedo di parlare sull'articolo 24.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, devo essere sincero nel dire che considero superfluo l'articolo 24 nella sua interezza. Dico ciò, nel senso che il testo che avevamo cominciato ad esaminare inizialmente in Commissione, come è noto, aveva obiettivi di organizzazione e riorganizzazione del sistema, appunto, aziendale delle Aziende e del sistema ospedaliero della nostra Regione.

In corso d'opera, questo testo è diventato quasi una legge-quadro sulla sanità che rischia di affrontare tutto e quando si vuole affrontare tutto, senza la necessaria complessità, si dimentica qualcosa che, in qualche modo, non sarà prevista in questo disegno di legge.

Il disegno di legge, ribadisco, aveva un obiettivo sostanziale - le Aziende, l'organizzazione del sistema ospedaliero, il Servizio 118 - e su ciò si era costruito il punto conseguente al piano di rientro e a quello di attuazione. Questo articolo 24 cosa è diventato nel frattempo? E' diventato un articolo di “norme-manifesto”, cioè previsioni ovvie: come si eroga il rapporto con le prestazioni con i privati, come si acquisiscono tali prestazioni, in funzione di quale principio dell'accreditamento...

Poi, si è capito il senso dell'articolo 24: norme che hanno altri obiettivi, che all'inizio erano nascosti, ovvero riaprire i termini dell'accreditamento nella nostra Regione e, quindi, si sono presentati alcuni emendamenti che andavano in questa direzione, ponendo sempre i termini di differimento.

E' chiaro che avevamo scritto, alla luce del testo esitato dalla Commissione, una nostra idea sulle modalità di erogazione delle prestazioni delle strutture private accreditate, in nome di quel principio di libera scelta che abbiamo già assunto all'articolo 2, libera scelta entro i limiti della *budgettizzazione* fissata dalle risorse disponibili.

Questo articolo altro non fa che disciplinare le modalità con le quali ci rapportiamo con le strutture private.

Abbiamo ritirato l'emendamento di riscrittura della nostra idea dell'articolo 24 e vogliamo essere molto franchi. Vogliamo capire qual è la riscrittura del Governo perché sappiamo che è stato depositato un emendamento, da parte del Governo medesimo che, sostanzialmente, riapre i termini dell'accreditamento ad una serie di strutture inserite in una precedente programmazione.

E, allora, se l'obiettivo è questo, è evidente che non saremo d'accordo!

Faremo una battaglia perché trattasi di legge-sanatoria che, tra l'altro, sarebbe in assoluta difformità con la finalità con cui stiamo approvando questo stesso disegno di legge che - vorrei ricordare - avrebbe obiettivi di risparmio, non di estensione della spesa del sistema sanitario; diversamente, l'assessore Russo rischierebbe di essere il nuovo assessore Cittadini che, nell'agosto

del 2002, presentò un decreto detto “decreto taglia spese” che, dall’agosto al novembre di quell’anno, comportò un maggior onere per le casse della Regione di 300 milioni di euro! Altro che “taglia spese”, fu un decreto “aumenta spese”!

Non vorremmo che questo disegno di legge – che nasce con obiettivi di razionalizzazione, di risparmio del sistema – diventi una legge apripista per allargare la platea dei beneficiari ad un sistema che formalmente, magari, qualcuno pensa e sostiene essere fermo ai limiti di budget, ma solo per un anno perché, l’anno successivo, i limiti di spesa potranno modificarsi!

Il Governo, dunque, ci dica come intende procedere rispetto all’articolo 24.

Sulle “norme-manifesto”, siamo d’accordo, sono previsioni che disciplinano la modalità di rapporto tra pubblico e privato... ma il vero problema è sapere le dimensioni della platea dell’offerta del settore privato. E, soprattutto, mi rivolgo all’Assessore, possiamo fare un’operazione con questo articolo?

Lo dico perché c’è il privato di qualità che, in qualche modo, va sostenuto, ma c’è anche il privato abituato a ripetere prestazioni nel tempo e che deve essere in qualche modo disincentivato.

Ecco perché il *budget* non può essere indistinto ma deve riconoscere il merito a chi opera in termini di qualità e che in qualche modo comincia ad estromettere, anche gradualmente, dal sistema dell’accreditamento le altre realtà non meritevoli.

Assessore Russo, l’accreditamento non è una certificazione statica ma deve essere anche un sistema dinamico di relazione, di efficacia e di qualità. Le verifiche le abbiamo già affrontate a proposito delle norme sulle sanzioni.

Se redigiamo l’articolo 24 con questa finalità ha un senso, altrimenti dico che non c’è neanche bisogno di farlo, se in quei termini. Si passi direttamente all’articolo 25 se l’obiettivo è favorire la qualità: se, invece, l’obiettivo è fare aumentare la platea dei soggetti che erogano prestazioni sanitarie a carico del servizio pubblico, si sappia che ciò è in contraddizione con lo spirito dello stesso disegno di legge.

LEANZA NICOLA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEANZA NICOLA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, penso che l’onorevole Cracolici abbia trattato dei punti fondamentali.

Per noi, l’articolo 24 non è soltanto un “articolo-manifesto”, ma vuole essere la riprova di quanto dicevamo prima, cioè che la libera scelta deve essere indirizzata nei confronti di quelle strutture che, realmente, garantiscono il miglior livello e che, quindi, vanno assolutamente aiutate.

Certamente, non siamo favorevoli alla riapertura di nuovi accreditamenti, bensì ad una regolamentazione non vessatoria e che possa garantire una migliore qualità dei servizi.

Sono convinto, quindi, che gli emendamenti presentati dal Governo vadano in questa direzione e che possano essere, dunque, accolti anche dal Partito Democratico.

PRESIDENTE. Si passa al subemendamento 24.1.2.

Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

PRESIDENTE. Si passa al subemendamento 24.1.5 (al comma 1).
Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

PRESIDENTE. Si passa al subemendamento 24.1.6.

LEONTINI. Dichiaro di ritirarlo.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.
Si passa, quindi, al subemendamento 24.1.12. Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Si passa al subemendamento 24.1.7.

LEONTINI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, dichiaro di ritirare il subemendamento 24.1.7 perché, come quello precedente, è assorbito dall'emendamento del Governo.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.
Si passa al subemendamento 24.1.5, nella parte relativa al comma 1, lettera a).
Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Si passa al subemendamento 24.1.1.
Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

XV LEGISLATURA

75ª SEDUTA

19 marzo 2009

RUSSO, *assessore per la sanità*. Contrario.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Contrario.

PRESIDENTE. Chi è favorevole si alzi; chi è contrario resti seduto.

(Non è approvato)

Comunico che è stato presentato il subemendamento 24.1.15, a firma degli onorevoli Cracolici e De Benedictis. Ne do lettura:

«Al comma 1, la lettera e) è sostituita dalla seguente:

“e) degli standard occupazionali relativi al personale tecnico, infermieristico e medico in organico, degli obblighi contrattuali in materia di lavoro e del rispetto dell’obbligo formativo ECM.”».

Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Favorevole.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Si passa al subemendamento 24.1.4.

LACCOTO. Chiedo di parlare per illustrarlo.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LACCOTO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, credo sia stato dibattuto ampiamente il problema relativo alle strutture sia pubbliche che private che hanno dei *budget* attivi rispetto all’extraregionale.

Secondo la formulazione prevista dal Governo, andremmo a penalizzare tutte le strutture; se, invece, lo ponessimo rispetto a quello che è anche l’accreditamento già dato, a livello nazionale, nella compensazione delle strutture attive, a livello regionale, sicuramente faremmo un bene alla Sicilia e incrementeremmo quelle strutture che recano un attivo al sistema sanitario regionale.

Credo, quindi, che questa sia una formulazione che, sicuramente, garantisca tutte le strutture private convenzionate ma anche coloro che abbiano un’attività.

PICCIOLO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PICCIOLO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor Assessore, come lei ben sa, questo argomento è nato da una esigenza iniziale della provincia di Messina e che, grazie anche alla sua lungimiranza, è stato esteso a tutta la Regione.

Di fatto, abbiamo ottenuto un qualcosa che finora alla Sicilia era stato precluso, cioè abbiamo la possibilità, al di fuori degli aggregati, dei *budget*, di ottenere la remunerazione delle prestazioni fornite ai pazienti provenienti da fuori Regione.

Questo privilegio è stato esteso sia alle strutture pubbliche sia a quelle private in regime di accreditamento; ovviamente, questa remunerazione deve avvenire necessariamente al di fuori del budget, perché è una partita di giro, una mobilità attiva che incassiamo e che va a ridurre, contabilmente, la nostra passività.

Tutti i meccanismi virtuosi che possono essere messi in atto per favorire questo tipo di attività da parte delle strutture devono essere, secondo me, sostenute a più non posso dall'Assemblea. La parola 'remunerazione' non è pregiudizievole, in quanto essa avviene, nei confronti della Regione, in base alla tariffa TUC, che è quella nazionale.

Le chiedo di non porre un limite alla remunerazione ma di stabilire lei stesso le regole – il 20 per cento in meno del TUC, il 10 per cento, il 15 per cento, non importa – trattenendo una quota da destinare alle attività regionali sanitarie che lei valuterà. Non è però possibile lasciare libera la contrattazione all'Assessore o al Governo di turno. Chi fa attività, chi eroga prestazioni, ha necessità di avere certezza di bilancio: deve poter sapere che un intervento al cuore o una protesi o quello che sia, presenta una remunerazione fissa. Non è possibile individuare un criterio variabile, altrimenti faremmo un danno alla qualità della prestazione sanitaria, non daremmo certezza alle strutture pubbliche e private sulle prestazioni erogate.

Le chiedo, quindi, di operare la sua scelta anche in funzione di una sua disponibilità. Sarà lei a stabilire la remunerazione che deve essere, però, fissa, non variabile; dobbiamo dare certezza alle strutture, siano esse pubbliche che private.

FORMICA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FORMICA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, auspico che il Governo dia parere favorevole a quest'emendamento, anzi che lo faccia proprio. Mi sorprende che non lo abbia proposto il Governo, posto che è impegnato – e ne diamo atto – in un'opera di responsabilizzazione del funzionamento della sanità nella nostra Regione, adottando dei meccanismi che consentano ai più virtuosi, alle cliniche, così come agli ospedali pubblici e a tutti i soggetti che operano nella sanità, di essere premiati per l'attività che svolgono.

Sarebbe un paradosso, anche in relazione all'approvazione di ieri dell'emendamento che penalizza i *manager* macchiatisi dello sfascio della sanità per non essere riusciti a raggiungere il pareggio di bilancio, se con ciò stesso non si valutasse il meccanismo della premialità a favore dei migliori: sarebbe paradossale se oggi non si esprimesse parere favorevole ad un emendamento che introduce proprio questo principio, cioè che laddove non siamo solo protagonisti di cattiva sanità ma di buona sanità – mi riferisco alle cliniche siciliane, pubbliche e private, che riescono ad attrarre mobilità extraregionale positiva – non venga riconosciuta a quegli stessi ospedali e cliniche la remunerazione per tali prestazioni. Sarebbe veramente un controsenso.

Mi auguro, pertanto, che il Governo faccia proprio l'emendamento.

RUSSO, assessore per la sanità. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, onorevoli deputati, il Governo si è fatto carico di una esigenza che era partita dalle strutture private del messinese e non solo l'ha estesa con una norma a tutte le strutture regionali, ma lo ha fatto parimenti nei confronti delle strutture pubbliche. Il meccanismo previsto all'articolo 24 è, infatti, contenuto anche in una norma di rinvio che riguarda le strutture pubbliche.

Qual è il principio? Il principio è quello di incentivare prestazioni di qualità da parte delle nostre strutture pubbliche e private, in grado di abbattere la mobilità verso le altre regioni.

Si è posto – e non soltanto in Sicilia – il problema della relativa remunerazione, *quid iuris* rispetto alle remunerazioni, ma questo riguarda in particolare le strutture private con riferimento alla remunerazione delle prestazioni erogate in favore di cittadini che provengano dalle altre regioni.

Vi era stato, a livello amministrativo, un primo riconoscimento – e questo era stato oggetto di una contrattazione fino a quando non abbiamo definito questa norma – volto a prevedere una remunerazione all'interno del tetto di spesa regionale.

Ovviamente, questa impostazione rischiava di penalizzare le strutture private delle altre province che, per la loro collocazione geografica, non avevano la possibilità di attingere ad un bacino extraregionale.

Si è prevista questa norma legata ad un meccanismo finanziario molto importante che è quello del pagamento – vedremo poi di che cosa – a seguito dell'accreditamento che opera lo Stato e che generalmente avviene dopo due anni. Se non avessimo previsto questo meccanismo finanziario, avremmo rischiato di aumentare il nostro deficit, perché avremmo dovuto anticipare le spese per poi avere, dopo due anni, le somme da parte dello Stato. Situazione, questa, che ha provocato una condizione di deficit per il Molise e, allora, si è previsto che il pagamento avverrà nel momento in cui lo Stato ci accrediterà le prestazioni che le nostre strutture rendono a favore dei cittadini provenienti dalle altre regioni.

Il tema si riduceva, quindi, a determinare quale tipo di remunerazione praticare, una remunerazione piena o legata soltanto ad un meccanismo di premialità? Qual è la differenza?

Io assegno cento ad una struttura – poniamo del messinese – che è il *budget* prefissato a seguito di contrattazione: ebbene, la struttura del messinese eroga cinquanta in termini di DRG a favore dei cittadini calabresi, ovviamente per la Regione siciliana è un abbattimento della mobilità passiva, perché andiamo a compensare le partite contabili.

Dobbiamo remunerare questo cinquanta in maniera piena, per cui l'abbattimento della nostra mobilità passiva viene soltanto suddiviso a favore delle strutture private o, posto che le spese di organizzazione, di costruzione dell'azienda eccetera sono già remunerate dall'intero *budget*, si deve prevedere soltanto un meccanismo di premialità in modo tale che la Regione possa abbattere ed incrementare le proprie risorse da distribuire a tutti gli altri?

Ecco perché non abbiamo previsto la remunerazione ma meccanismi di premialità: in altri termini, tutto ciò che si fa “extra budget” si riconosce non al 10%, ma con una quota inferiore, e ciò per una questione di equità nell'interesse di tutta la Regione siciliana. I meccanismi di premialità sono già, quindi, un grande riconoscimento alle strutture capaci di attrarre i cittadini dalle altre Regioni, ma dobbiamo anche salvaguardare, ed è un appello che io rivolgo all'Assemblea, l'interesse della Regione ad avere, per così dire, un proprio tornaconto per le casse regionali. I meccanismi di premialità verranno poi definiti, ovviamente, in sede di contrattazione. Ecco perché esprimo parere contrario all'emendamento e chiedo invece che venga mantenuta la lettera f) dell'articolo 24.

FORMICA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FORMICA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo solo per dire che stiamo preparando un subemendamento per accogliere anche in parte le proposte che avanzava l'Assessore.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Per una percentuale non inferiore al 50...

FORMICA. Signor Presidente, stiamo preparando un emendamento con il quale, accogliendo in parte le proposte avanzate dall'Assessore, destiniamo il 90% della remunerazione alle strutture pubbliche e private che eseguono le prestazioni e il rimanente 10% all'Assessorato perché, altrimenti, si tratterebbe di indebito arricchimento per la Regione, sottraendosi somme spettanti per prestazioni erogate da enti che hanno diritto di essere remunerati.

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, devo dire che considero del tutto corretto valutare che chi eroga le prestazioni sia addirittura in grado di attrarre utenza proveniente da fuori il territorio siciliano e che, in tal senso, vada in qualche modo premiato. Però, onorevole Formica, non direi che la Regione – in questo caso, l'Amministrazione pubblica – avrebbe un illecito arricchimento. Una struttura esiste anche dal fatto che gran parte dei suoi costi di gestione sono, in qualche modo, in una logica di scala economica, già distribuiti sul budget che la Regione stessa affida alla struttura per il mantenimento dell'impianto. Attenzione, io poi non so se sia giusto il 90, il 99 o piuttosto l'80 per cento.

E' chiaro che va fatta una valutazione economico-finanziaria per assegnare il DRG, tenuto conto che ci sono dei costi imprenditoriali già garantiti dal budget che la Regione dà alla struttura stessa, quindi, userei espressioni meno perentorie.

Se è come sostiene l'onorevole Formica, mi pare di poter dire che la percentuale è già un elemento di premialità; o stabiliamo che la premialità la si affida all'Assessore che con decreto, e non con negoziazione, fissa gli importi relativi ai DRG oppure, sinceramente, qualunque percentuale scegliamo, non mi sento di dire se sia giusta o sbagliata.

Sia l'Esecutivo a decidere il carattere della premialità o della remunerazione in percentuale!

Io propongo un subemendamento riferito all'emendamento a firma degli onorevoli Laccoto ed altri, volto a mantenere il concetto di "remunerazione", in percentuale, rispetto al valore dei DRG che l'Assessore, con apposito decreto, determinerà nei successivi 90 o 60 giorni, "remunerazione", quindi, non "premialità"! Non me la sento di dire se sia 90 giusto, 80 sbagliato, 45 migliore!

Suggerisco una remunerazione la cui percentuale sarà definita con apposito decreto dell'Assessore.

BENINATI, *presidente della Commissione*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BENINATI, *presidente della Commissione*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor Assessore, rassereniamoci, altrimenti ci confondiamo!

Per quanto riguarda l'emendamento che gli onorevoli Laccoto ed altri hanno presentato, ho sentito dire più volte che si tratterebbe di un problema di Messina, ma in realtà è principalmente un problema della Regione, perché non riguarda esclusivamente le cliniche private, ma anche il pubblico! Sull'argomento, in Commissione, c'è stata più volte con l'Assessore una discussione; c'è

stato anche un parere espresso dal Ministero in corso d'opera, che – effettivamente – ha sostenuto che l'extrabudget – dobbiamo essere chiari – non si poteva fare nella fattispecie per l'anno 2008.

Ma l'Assessore sa – e devo dire lo sappiamo tutti – che altre regioni d'Italia questo problema non se lo sono mai posto, perché in altre regioni d'Italia il meccanismo dell'extrabudget è qualcosa che viene erogato al 100%.

Addirittura, c'è una sentenza del TAR Lazio che è intervenuta nel merito!

Non sono d'accordo sulle percentuali, non ritengo corretto nei confronti di chi attrae verso la Sicilia – per cui compensa le passività che la Regione ha – attribuire, addirittura, qualcosa in meno rispetto al DRG. Credo sia totalmente sbagliato!

A questo punto, e non entro nel merito, siccome c'è scritto che non deve incidere sull'aggregato esistente, ma è un qualcosa che va oltre, una partita di giro, che le altre regioni pagano alla Sicilia, ebbene, non capisco il perché di questa preoccupazione. E' una partita di giro, ripeto, noi automaticamente paghiamo le cliniche o le strutture pubbliche che erogano questo servizio. E' totalmente una partita di compensazione!

Inviterei ad essere coerenti, pertanto. Paradossalmente, se diamo meno alle strutture che erogano questo servizio, incentiviamo a non attrarre utenza verso la Regione siciliana!

Ricordo a tutti che nella Regione Lombardia, se dovesse applicarsi un meccanismo del genere, è ovvio che, paradossalmente, diverse strutture che fanno altissima specializzazione potrebbero chiudere, e noi siamo i primi a recarci lì... quindi è come se noi oggi volessimo far venire utenti fuori Regione, ma dicessimo loro di non venire perché il DRG glielo paghiamo limitatamente ad una quota.

PICCIOLO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PICCIOLO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor Assessore, desidero ritornare sull'argomento molto rapidamente.

Non vuole essere la mia insistenza un'offesa ad un ragionamento globale, ma dico che noi stiamo facendo una legge per incrementare la mobilità extraregionale – e mi rivolgo ai colleghi – al fine di ridurre questo passivo: cerchiamo, quindi, di porre dei meccanismi che non vadano in questa direzione.

Diversamente è un controsenso in termini di logica; l'Assessore ha già la remunerazione di cui parlava prima, signor Presidente, la Regione ce l'ha perché, rispetto alla tariffa unica nazionale, si rimborsa la tariffa regionale. Si abbassi quella tariffa! Stabilisca lei i criteri, Assessore.

LACCOTO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LACCOTO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Presidente della Regione, signor Assessore, vorrei capire qual è la complessità di questa situazione. Noi ci troveremmo ad incrementare la passività della Regione siciliana perché gli istituti che sono, per esempio, a Messina, andrebbero ad aprire a Reggio Calabria o a Villa San Giovanni e noi dovremmo poi pagare, incrementando i 280 milioni di passività che già abbiamo! Questo è il sistema che innescheremmo se non ci fosse un riconoscimento della remunerazione extrabudget rispetto alle tariffe già stabilite a livello regionale.

Non voler comprendere questo, significa fare un danno alla Regione siciliana, perché ne incrementeremmo ancora le passività. Questa è una vicenda che, certamente, complica la situazione alla Regione.

Se noi vogliamo dare respiro alla situazione finanziaria e diminuire la passività regionale dobbiamo certamente incrementare questo meccanismo. C'è di più: noi, rispetto al Lazio o alla Campania, che già pagano il 100%, avremmo le tariffe che stabilisce l'assessorato e, quindi, la remunerazione avverrebbe sulle tariffe stabilite a livello regionale.

LEANZA NICOLA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEANZA NICOLA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vi chiedo scusa – stasera stanno venendo un po' tutti i nodi al pettine, lo dico ai colleghi parlamentari – ma stiamo parlando della riforma sanitaria e siccome non è una riforma di facciata, ma una riforma vera, tutti i temi che finora abbiamo affrontato sulle pagine dei giornali, nelle Commissioni, nelle campagne elettorali, riaffiorano nuovamente dal dibattito. La riforma sanitaria appartiene a tutti i cittadini, del resto, come pure alle imprese, alle istituzioni: come vedete, questo è un esempio tipico delle tante cose che, ovviamente, succedono quando si parla di argomenti così importanti.

Il tema che stiamo affrontando, infatti, non è di secondo ordine, non interessa una clinica privata, ma è un tema di sistema: la Regione vuole fare il salto di qualità e diventare un punto di riferimento del Mediterraneo e dell'Italia meridionale? E, allora, deve investire sulle strutture pubbliche e private! Non ci sono dubbi, non è un 'fatto messinese', deve essere visto come una filosofia complessiva, come un investimento, come – finalmente – una inversione di tendenza di questo Governo.

I viaggi della speranza facciamoli al contrario!

Non può essere solo un fatto di guadagno tra l'assessorato, l'impresa e il privato; il privato è una risorsa, non dimentichiamolo! Senza privati siamo all'esistenzialismo!

Signor Assessore, onorevoli colleghi, il tema è questo: non facciamolo diventare un fatto messinese, è una questione siciliana! E' una questione chiara su come vogliamo veramente avere una nuova sanità! Considero questo uno dei punti importanti, perché è su questo che possiamo tracciare un futuro nuovo per la nostra sanità.

Signor Presidente, chiedo cinque minuti di sospensione affinché, in maniera garbata, serena, possiamo trovare una soluzione migliore. Non dimentichiamo che la parola remunerazione è già un passo avanti rispetto al termine "premialità", ma vediamo in che modo possiamo incentivare, non solo il privato, ma soprattutto il pubblico, a venire nella nostra regione a curarsi.

Ritengo che su questo punto sia importante trovare la massima unità possibile.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, proprio per venire incontro ai rilievi e alle istanze che sono state formulate nel corso di questo dibattito, il Governo è disponibile a modificare la lettera f). Il senso dovrebbe essere quello di prevedere non meccanismi di premialità ma di remunerazione ben determinati. Credo che questo sia un principio immanente alla legge che stiamo per approvare: tali meccanismi saranno determinati di intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

E' in quella sede che si possono fissare meccanismi di remunerazione contrattualmente stabiliti che, sicuramente, vanno incontro alle esigenze di tutti.

BUZZANCA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BUZZANCA. Assessore, prima di intervenire, vorrei sapere se c'è una nuova proposta del Governo sui meccanismi di remunerazione.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Il subemendamento potrebbe essere quello di prevedere meccanismi di remunerazione non inferiori al 75 per cento delle prestazioni erogate, riferiti al costo della remunerazione della prestazione da determinarsi d'intesa con...

BUZZANCA. Signor Assessore, mi pare che quando c'è la ragionevolezza non c'è motivo di confliggere. Signor Presidente, voglio fare una sola osservazione perché, dagli interventi che si sono susseguiti, secondo me stava emergendo una deriva che potrebbe diventare pericolosa.

E' chiaro che ciascuno di noi è portatore di interessi legittimi che provengono dal territorio, ma è altrettanto vero che siamo parlamentari di tutti i siciliani ed è verissimo il fatto che ciascuno di noi, difendendo legittimi interessi territoriali, non può tuttavia porsi in conflitto con il resto del territorio.

Ringrazio l'Assessore per essere stato disponibile a venire incontro alle esigenze che vengono da questo mondo, un mondo per noi fondamentale, però stiamo attenti, non dobbiamo cadere ogni volta nella trappola, di metterci l'un contro l'altro, Messina contro Catania o Catania contro Messina ed entrambe contro Palermo, perché questo è un argomento troppo serio. E se esiste attrazione dal punto di vista sanitario, dobbiamo mettere nelle condizioni – chiunque esso sia, pubblico o privato – di farlo, perché questa ricchezza deve implementare l'economia siciliana e deve essere capace di “fornire” salute.

Quindi, l'*assist* dell'Assessore mi sembra importante, ma questa considerazione facciamola nostra, teniamola per noi. Non mettiamoci a confliggere fra di noi, ma pensiamo agli interessi complessivi del popolo siciliano.

CORONA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CORONA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei utilizzare questa occasione, innanzitutto, per ribadire un principio, che non c'è nulla di male a stabilire se è una questione messinese – perché Messina fa parte di questa Regione – e se un'idea parte da Messina, da Palermo, da Catania o da Ragusa che ben venga! D'altro canto, siamo in un momento in cui ci stiamo accingendo a realizzare questo ponte che legherà la Calabria con la Sicilia.

Siamo anche la porta di questa Regione e, quindi, se c'è questa specificità, è giusto che possa essere portata avanti, anche nell'interesse della Regione.

Io, però, non sono convinto del fatto che qui si voglia per forza litigare, per un'ora, sul significato di una parola: ‘premialità’ o ‘remunerazione’. Ebbene, credo che le iniziative pubbliche e private che erogano servizi – che, tra l'altro, attraggono flussi che provengono da fuori Regione – debbano ottenere tutto il *budget* che ne deriva. Nelle altre Regioni credo che avvenga in questi termini. Non penso che quando i siciliani vadano fuori Regione per farsi curare, quella Regione trattenga una parte che fa capo a quelle strutture, pubbliche o private, che riescono ad attrarre tali flussi sanitari.

E' come se noi chiedessimo alle imprese pubbliche o private che attraggono flussi turistici in questa Regione, che sosteniamo con infrastrutture, ebbene è come se chiedessimo agli albergatori o alle aziende dello Stato, Autostrade, Ferrovie e così via, una parte di quei flussi che provengono dai turisti che si recano in Sicilia.

Non sono d'accordo sulle percentuali, però credo che possiamo accettare una mediazione dell'Assessore che tenga conto di queste specificità, purché si parta dal 75 per cento in su, poi da contrattare con il sistema sanitario pubblico e privato.

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato dagli onorevoli Laccoto, Beninati, Picciolo, Romano ed altri il subemendamento 24.1.4.1 all'emendamento 24.1.4. Ne do lettura:

«Aggiungere “non inferiore al 75 per cento dei DRG effettuati rispetto alla tariffa unica nazionale”».

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, signor Assessore, onorevoli colleghi, la tariffa unica nazionale nel sistema DRG non esiste. Ci sono le fasce. Occorre non meno del 75 per cento del DRG (*diagnosis-related group*) che si applichi alla fascia a cui la struttura è riferita, perché altrimenti li paghiamo con il 75 per cento...

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Forse la maniera più corretta è quella di prevedere “il 75 per cento degli importi riconosciuti in sede di compensazione”, cioè degli importi riconosciuti, quelli che sono liquidati, accertati e, quindi, riconosciuti.

PRESIDENTE. Non sospendo la seduta ma aspetto che venga riscritto il testo dell'emendamento. Onorevoli colleghi, comunico che è stato presentato dal Governo il subemendamento 24.1.4.2 di cui do lettura:

«Al comma 1, sostituire la lettera f) con la seguente:

f) dei meccanismi di remunerazione non inferiore al 75 per cento degli importi riconosciuti in sede di compensazione per la mobilità infraregionale, al di fuori dell'aggregato complessivo regionale, in favore delle strutture che erogano prestazioni certificate di mobilità attiva extraregionale, solo a seguito dell'effettiva erogazione delle relative risorse».

Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Il subemendamento 24.1.4.1 è superato.

Il subemendamento 24.1.4 è assorbito dal subemendamento 24.1.4.2.

Il subemendamento 24.1.3 è analogamente assorbito.

Si passa al subemendamento 24.1.8.

SCAMMACCA. Chiedo di parlare per illustrarlo.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SCAMMACCA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo soltanto per illustrare brevemente entrambi i subemendamenti, uno dei quali assorbirebbe l'altro; si tratta del 24.1.8 e del 24.1.10.

I suddetti subemendamenti sono finalizzati a risolvere un problema che si verifica da tempo in molte strutture private ospedaliere accreditate le quali, da un lato, possono esercitare attività di ricovero, anche chirurgica ma, teoricamente, non dispongono dell'accREDITAMENTO per i rispettivi ambulatori.

Questo subemendamento, in particolare il 24.1.10, consentirebbe, all'interno del *budget* di spesa ospedaliera assegnata alla struttura, di ridurre moltissimo il fenomeno della inappropriata dei ricoveri che spesso si verificano per coprire operazioni che possono essere effettuate in sede ambulatoriale.

Credo, quindi, che l'accoglimento di questo subemendamento, possa consentire semplicemente di razionalizzare l'attività delle strutture, sempre nel rispetto del limite delle specialità accreditate.

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il principio esposto dall'onorevole Scammacca penso debba essere meritevole di riflessione. Sostanzialmente, cosa facciamo?

Abbiamo un contratto che prevede l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura; per legge, stabiliamo che questo contratto muta il suo oggetto e può prevedere altro tipo di erogazione.

Non siamo contrari, in linea di principio, al fatto che non si facciano prestazioni non appropriate – ci mancherebbe altro – ma immaginare per legge che il *budget* destinato alle prestazioni, qualora fossero inappropriate, debba essere comunque usato e si debba farlo per l'ambulatoriale è un'altra cosa!

Immagino che, comunque, si debba affermare il principio che le prestazioni inappropriate sono tali e non si devono effettuare! Si deve fare in modo che non si effettuino e, poi, si stabilisce per contratto – e non per legge – una mutazione contrattuale, prescrivendo *tout court* per tutti i contratti che si possono erogare anche prestazioni ambulatoriali da parte di chi ha i requisiti.

Ritengo, quindi, che le finalità illustrate siano condivisibili. Lo strumento è però assolutamente sbagliato.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento 24.1.8. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, in linea di principio, l'emendamento potrebbe essere accolto, tuttavia, credo che non debba essere disposto per legge. Se una tale struttura è accreditata e contrattualizzata per rendere prestazioni ospedaliere, quindi, attiverà i procedimenti burocratici per ottenere anche l'accREDITAMENTO per le prestazioni da rendere a livello ambulatoriale. Non possiamo, per legge, andare ad accreditare anche prestazioni ambulatoriali per strutture di cui non conosciamo se possiedono i requisiti. Come possiamo sapere se presenta

caratteristiche, dotazioni strumentali, tecniche strutturali per avere accreditato anche l'ambulatorio? In altre parole, in tal modo, allo stato, non è precluso.

Nel senso di quanto prescritto dall'emendamento, accrediteremmo per legge un'attività senza la verifica dei requisiti.

Il parere sull'emendamento presentato con questa formulazione, dunque, non può che essere contrario.

SCAMMACCA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SCAMMACCA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo soltanto per precisare che i requisiti degli ambulatori nelle specialità autorizzate e accreditate per ricovero sono automaticamente compresi. Pertanto, c'è solo da estendere. E' una diatriba che vige da dieci anni e che, secondo me, può essere risolta in maniera molto semplice. Non si tratta di accreditare ambulatori in specialità diverse, ma semplicemente di stabilire che, se sono autorizzati ad aprire lo stomaco di un individuo e ad operarlo, presumo, siano autorizzati anche a visitarlo!

Il concetto è questo, riferito sempre all'interno della stessa autorizzazione ed accreditamento. Non si tratta, dunque, di una estensione contrattuale o altro; la contrattualizzazione è a valle di questo e, comunque, all'interno del *budget* ospedaliero di spesa. E' come dire che un ospedale non può effettuare una visita! Mi sembra proprio un vuoto normativo, pur tuttavia, mi rimetto alle decisioni del Governo.

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, detto così come ha fatto l'onorevole Scammacca, chiaramente, costituirebbe un'anomalia del principio legislativo. Vorrei, invece, riprendere le cose di cui stavamo parlando.

Ci riferiamo al fatto che il sistema pubblico, per certi versi, e quello privato sono costruiti sulla *budgettizzazione* e, sulla base di questa, l'emendamento prevede che, fermo restando il *budget*, occorre ridurre i ricoveri inappropriati.

L'obiettivo è evitare che si usi il ricovero per prestazioni che non ne necessitino. Bisogna autorizzare per legge – quindi, non sulla verifica – perché quest'ultima rimane quanto al possesso dei meccanismi per l'accreditamento.

Sarò conservatore, ma sono fermo ai principi giuridici. I principi che hanno regolato l'accreditamento sono stati fissati dal decreto del 2002, scaduto nel mese di giugno del 2007. In tutto quel periodo, si potevano fare un sacco di cose! Ciò che comprendo è che, in questa nostra bella e complicata Regione, tutto ciò che si può fare quando la legge lo prevede non si fa, ma c'è sempre bisogno di farlo successivamente! Occorre, in altri termini, ricorrere a sanatorie e c'è sempre l'idea che tanto ci sarà una legge che provvederà a derogare!

Vorrei fosse chiaro – e ribalto il ragionamento dell'onorevole Scammacca – che, per ridurre i ricoveri inappropriati, l'Assessore per la sanità deve disporre che, ad esempio, per l'intervento di cataratta, non occorre il ricovero, perché lo stesso si effettua in ambulatorio. E, allora, lo si fa a prescindere.

Qual è l'obiettivo che persegue l'emendamento dell'onorevole Scammacca? E' vero che questo emendamento prevede il pagamento di un servizio ambulatoriale che, altrimenti, non sarebbe riconosciuto...

SCAMMACCA. Onorevole Cracolici, se effettuo un ricovero inappropriato, viene classificato e pagato come ambulatoriale?

CRACOLICI. Appunto!

SCAMMACCA. E, allora, non cambia proprio niente!

CRACOLICI. Ma se effettua un ricovero inappropriato, resta un ricovero inappropriato, quindi...

SCAMMACCA. Non cambia niente!

CRACOLICI. Sì, non cambia niente dal punto di vista monetario, ma resta il dato dell'inappropriatezza del sistema. Delle due l'una: o interveniamo per abbattere, ma l'idea di fissare il budget... insomma, visto che è inappropriato il modo in cui lo spendiamo – comunque, lo dobbiamo spendere tutto, anche attraverso il sistema ambulatoriale –, non mi convince la previsione. Lo capirei se avesse un obiettivo di risparmio, cioè se, invece di effettuare il ricovero, prevedessi l'ambulatorio, quindi decurtando il mio *budget* per l'attività ambulatoriale che mi consentirebbe le stesse prestazioni con un costo minore. Ma così non è!

Onorevoli colleghi, vi invito, quindi, ad evitare un voto su tale questione perché, di fatto, costituisce per legge un'autorizzazione all'accreditamento e stiamo riproponendo una questione che, forse fra qualche minuto, tornerà nel dibattito dell'Aula.

Vi invito ad evitare, in questo disegno di legge – che ha l'obiettivo di contenere la spesa – autorizzazioni in deroga. Ecco perché rinnovo l'appello a ritirare questo emendamento.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, onorevoli deputati, colgo lo spirito che ha animato i firmatari di questo emendamento; pur non di meno, la posizione del Governo è che questi aspetti non vanno decisi per legge ma piuttosto affidate alle decisioni da assumere a livello amministrativo, d'intesa con le categorie rappresentative. E, sotto questo profilo, onorevole Scammacca, se il buon senso mi porta a dire che, se posso operare una persona la posso anche visitare, l'analogo buon senso di amministratore mi porta a dire che prenderemo in considerazione queste istanze, ma a livello amministrativo, sede in cui potremo verificare al meglio queste aspettative e tali legittimi interessi.

LEONTINI, *relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI, *relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritiriamo il subemendamento ma lo facciamo specificando che la finalità non è quella che il collega Cracolici ha voluto qui evidenziare con una particolare enfasi, perché, invero, l'obiettivo è chiaro.

E' molto più conveniente – ed anche più facile per i titolari di case di cura private – escludere che ci sia la visita ambulatoriale per l'utilizzazione del *budget*: chi indica la necessità di contemperare l'ambulatorio con il ricovero, quindi, è chiaro che mette l'Amministrazione in condizione non soltanto di rendere più appropriato l'intervento, ma meno inappropriato il ricovero e la cura nella

struttura. Questo è un intervento finalizzato a ridurre la spesa, a controllare, in modo più trasparente, la contemporanea esistenza dell'uno e dell'altro tipo di prestazione. Sicuramente, il mantenimento della cura e del ricovero sarebbe finalizzato al conseguimento di un maggiore vantaggio e di un maggiore utile.

PRESIDENTE. Il subemendamento 24.1.8 è, quindi, ritirato. L'Assemblea ne prende atto. Si passa al subemendamento 24.1.9.

SCAMMACCA. Chiedo di parlare per illustrarlo.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SCAMMACCA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il subemendamento 24.1.9 tende a far sì che si prevedano – come ho scritto – meccanismi di incentivazione al fine di ridurre la mobilità passiva extraregionale. Ma è tutto da affidare a provvedimenti amministrativi, con una sinergia tra convenzioni e accordi tra strutture di eccellenza di Regioni ad elevata mobilità attiva – penso alla Lombardia, all'Emilia Romagna e ad altre Regioni – e strutture pubbliche e private accreditate della nostra Regione, al fine di ridurre o combattere, appunto, la mobilità passiva extraregionale.

Credo sia semplicemente una possibilità che diamo al sistema, sostanzialmente, a costo zero: esplicitiamo, però, la possibilità di importare *know-how* senza farci colonizzare come, purtroppo, qualche volta è avvenuto.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento 24.1.9. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, secondo me c'è un problema procedurale e formale. La previsione legislativa di meccanismi di incentivazione, che immagino siano di natura economica, deve trovare allocazione in un capitolo di bilancio e, quindi, credo che dovremmo indicare l'imputazione in termini contabili. Se, invece, questo condivisibile spirito viene inteso nel senso che le strutture private possano essere autorizzate a prevedere accordi con strutture pubbliche o private ai fini dell'abbattimento della mobilità extraregionale, con meccanismi di premialità da definire in sede contrattuale, allora il Governo esprimerà parere favorevole. Qui possiamo autorizzarlo, poi in sede di contrattazione con l'AIOP, con le categorie maggiormente rappresentative, si possono definire questi meccanismi di incentivazione che certamente giovano alla Regione.

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PREDIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, questo emendamento interviene in una disciplina che, per certi versi, è già definita dalle leggi che regolano l'organizzazione del sistema sanitario. In particolare, una norma che riguarda la sperimentazione gestionale con modalità sinergiche “pubblico-privato” o tra più privati, sebbene in realtà la sperimentazione è “pubblico-privato”, perché tra più privati è un accordo tra le parti, non ha bisogno della legge.

La sperimentazione gestionale è già una disciplina che regola le attività. Noi, in questa Regione, l'abbiamo attuata, credo che prima o poi sarà un'occasione buona e giusta valutare anche l'esito di alcune sperimentazioni gestionali, una tra tutte la vicenda del “San Raffaele” che ha visto un rapporto pubblico-privato.

Se l'onorevole Scammacca intende stabilire con norma che tra due privati si può fare un accordo di *know-how*, di professionalità da utilizzare per valorizzare, accrescere la qualità del sistema privato siciliano, ebbene, per fare tutto ciò non c'è bisogno della legge, perché la fattispecie è regolata dal codice civile. Se tutto ciò si deve fare, invece, con una logica esclusivamente incentivante, allora rispondo in questo modo: stiamo introducendo una norma che per la prima volta, anche nel sistema privato, stabilisce il principio che non tutti sono uguali, cioè anche il privato non è tutto uguale, perché stiamo prevedendo un sistema che differenzia o che prova a differenziare la qualità.

Credo, allora, che quella sia una modalità che, in qualche modo, arriva all'obiettivo di cui parla l'onorevole Scammacca, cioè chi investe in qualità, non può essere considerato alla stessa stregua di chi fa "il prestatore d'opera" in ambito sanitario. Se così è, proprio perché si sceglie in favore della qualità, credo che il sistema già oggi stia prevedendo modalità di differenziazione tra il privato. Ecco perché ritengo inutile questa previsione rispetto al fatto che già il legislatore regionale sta cominciando ad introdurre principi che valorizzano la qualità. E ciò non può essere soltanto stabilito dal fatto che c'è un rapporto di sinergia tra un soggetto siciliano e uno lombardo, o toscano, o veneto, perché la qualità si misura sull'effettiva capacità di valutarla con degli indicatori e strumenti che il sistema si dovrà dare.

Credo, quindi, che l'emendamento del collega Scammacca sia in qualche modo superato come principio da come stiamo organizzando il disegno di legge: se si limita peraltro ad essere così specifico, sinceramente non capisco perché non è definita e non è definibile quale sarà la natura dell'incentivazione, come questa, cioè, si commisurerà ad un effetto monetario rispetto al budget. Chiedo, pertanto, ai colleghi Leontini e Scammacca di ritirare anche questo emendamento.

SCAMMACCA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SCAMMACCA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi ricollego alla proposta dell'Assessore, che ringrazio perché ha centrato il problema. Sono d'accordo a cassare l'aspetto delle incentivazioni che, effettivamente, può produrre qualche dubbio e qualche difficoltà interpretativa, soprattutto amministrativa, per i profili di bilancio e quant'altro. Si può ovviare riferendosi ai meccanismi di premialità o alla formula che è stata suggerita ed eventualmente anche limitare alla collaborazione di strutture di eccellenza di altre regioni con strutture private, qualora generi problemi l'espressione "strutture pubbliche".

LEONTINI, *relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI, *relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'Assessore dovrà precisare che non soltanto è possibile praticare quanto detto a proposito delle collaborazioni, come avviene tra le nostre strutture pubbliche ed altre strutture private, come citato dall'onorevole Cracolici, ma se a tale finalità di riconoscimento di meccanismi di premialità è finalizzato anche il contenuto del comma 5 dell'articolo 24 che andremo a chiarire più tardi. Contenuto normativo laddove si dice che l'Assessore regionale per la sanità, d'intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, individua con cadenza biennale, nell'ambito delle strutture private accreditate e convenzionate, classi di strutture in base a criteri di qualità delle stesse, dei servizi erogati e della potenzialità erogativa da correlare, per il corretto svolgimento del servizio, ad una diversa valorizzazione economica delle prestazioni rese nel rispetto del principio di giusta remunerazione.

Certo, questa è una fattispecie – il riconoscimento ad alcune strutture private di qualità – che si rende possibile attraverso un meccanismo di premialità.

L'onorevole Scammacca poc'anzi precisava l'altra fattispecie, quella di incentivare la collaborazione tra nostre strutture pubbliche e private di altre regioni qualificate che potrebbero, nella collaborazione con le nostre, produrre appunto dei risultati positivi.

L'Assessore vuole precisarlo nelle due fattispecie per evitare la norma, ma abbiamo già una definizione dell'articolo.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, parto da un appello che aveva promosso l'onorevole Cracolici: andare a regolare il campo che reca il titolo "erogazione di attività da parte di strutture private"; non può essere, a mio avviso, appesantito da una regolamentazione minuta.

Fatta questa premessa, tutte le cose che sono state indicate nei commi che abbiamo finora analizzato, sono finalità assolutamente condivisibili e fanno parte della linea politica amministrativa che sta seguendo questo Governo, che mira, nel rapporto con le strutture private, a privilegiare ed incentivare la qualità e, ovviamente, una struttura che è capace di dare un contributo nel senso di ridurre la mobilità passiva extraregionale non può che essere premiata, non con un'incentivazione a parte, ma con un aumento del relativo *budget*.

Noi dobbiamo porci nella logica di un nuovo rapporto con le strutture. Chi fa qualità, chi frena la mobilità passiva extraregionale, avrà un *budget* più consistente, perché sul campo dimostra di fare qualità, di imporsi con la concorrenza e nella concorrenza rispetto alle altre strutture.

L'invito è, quindi, da una parte, a ritirare tutti gli emendamenti che ingessano il sistema, che non gli conferiscono la necessaria flessibilità, con l'impegno del Governo, che ha dimostrato con i fatti di puntare a questo tipo di indirizzo da dare alle strutture private, che nelle norme di principio siano parimenti ordinate nel sistema sanitario regionale tali premialità interne ai meccanismi contrattuali che conosciamo.

PRESIDENTE. Quindi, c'è un chiaro invito al ritiro da parte del Governo.

SCAMMACCA. Dichiaro di ritirare i subemendamenti 24.1.9, 24.1.10 e 24.1.11.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.

Si passa al subemendamento 24.1.13. Comunico che è stato presentato dagli onorevoli Beninati e Laccoto il subemendamento 24.1.13.3. Ne do lettura:

«Il primo comma dell'emendamento 24.1.13 è soppresso».

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, da una rapida scorsa dei subemendamenti presentati a quello del Governo, attinenti il secondo comma dell'articolo 24, ho notato che vi sono diversi emendamenti soppressivi dello stesso comma 2 e di una parte di esso.

Allora, se è possibile, chiedo che si dia lettura e si tratti l'emendamento presentato dal Governo 24.1.13.10. Con questo emendamento, infatti, il comma secondo dell'emendamento 24.1.13 si ferma alla penultima frase "accordi contrattuali" e cassa il periodo "da quelli destinatari di atti di programmazione regionale assunti ai sensi della normativa vigente".

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, sottopongo al Governo l'opportunità, rispetto a questo subemendamento, di cassare a partire dalle parole "già titolari", perché questo "già" è, infatti, sbagliato. O sono titolari, nel momento in cui la prestazione viene erogata, oppure non possono esserlo, prima titolari e non adesso. Diversamente, non si capisce che cosa voglia dire "già titolari", lo erano prima e non lo sono adesso?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Credo che diciamo tutti la stessa cosa. Lessicalmente "già titolari" di accordi contrattuali nel momento in cui entra in vigore la legge risponde bene alle finalità che tutti quanti vogliamo perseguire. E' chiaro?

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, avrà ragione l'Assessore perché, certamente, dal punto di vista della dottrina e della cultura giuridica mi è maestro. Però, Assessore, le leggi devono leggerle anche le persone come me!

Mi permetto di insistere. Mi dovete dire un giorno a cosa serva scrivere in una legge della Regione che "le prestazioni di ricovero, sia in regime ordinario che in regime giornaliero, quelle specialistiche, ambulatoriali, domiciliari e residenziali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e la medicina fisica e riabilitativa, sono erogate in conformità alle vigenti disposizioni normative, oltre che dalle strutture pubbliche anche da quelle private accreditate e/o già...": io dico "e titolari di accordi contrattuali". Scusate, ma in atto, com'è? Non è così?

Stiamo riscrivendo una "norma manifesto", perché in atto, tutte le cose che sono qui scritte, sono già erogate sia dal sistema pubblico che dal sistema privato accreditato. Quest'ultimo, essendo accreditato, appunto, è stato contrattualizzato attraverso un budget assegnato.

Quindi, delle due l'una. Questa norma disciplina fattispecie nuove? Non credo! Disciplina il modello di rapporto tra il sistema pubblico regionale e le modalità con le quali si eroga il servizio sanitario della Regione.

Ma, fatto buono il principio di riconfermare la norma, Assessore, insisto, che secondo me – che non devo andare al TAR – è meglio scrivere "oltre che dalle strutture pubbliche anche da quelle private accreditate" ed aggiungo "e titolari di accordi contrattuali". Non "già", perché tale termine presuppone, a mio avviso, che ci possa essere un accordo contrattuale che preesisteva all'accreditamento.

Mettiamo allora la congiunzione "e": essa ci aiuta a mettere insieme due fattispecie giuridiche ed evita dubbi interpretativi.

DINA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DINA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, non sfuggirà al collega Cracolici che la platea degli erogatori di prestazioni specialistiche, prima di arrivare al *target* di erogatore, percorre una fase autorizzativa, un'altra di accreditamento, che sarebbe un adeguamento agli ulteriori *standard*, ed il passaggio ultimo è quello del convenzionamento del contratto.

L'affermazione 'già contrattualizzati' fotografa una situazione che è realmente esistente. E' l'attuale platea di erogatori di cui si prende atto, altra cosa saranno le scelte successive dell'Amministrazione. In atto stiamo, quindi, salvaguardando questa platea.

Onorevole Cracolici, stiamo raggiungendo l'obiettivo di fotografare la platea dei soggetti autorizzati, accreditati e titolari di un contratto. Coloro che possiedono questo requisito attualmente, sono quanti hanno il *target* di erogatore in regime di convenzione. Stiamo salvaguardando questa platea, mettendola al riparo da ampliamenti o finte speculazioni. Penso che anche lei intenda muoversi nella direzione di salvaguardare tale platea.

CRACOLICI. Chi non è accreditato non può stare nel sistema, non può erogare prestazioni!

DINA. Infatti, stiamo dicendo la stessa cosa. Questo è il sistema. Ci stiamo fermando, però, ad una platea che già esiste. In atto, non stiamo aprendo altre possibilità, stiamo cercando di salvaguardare questa platea che è 'budgettizzata', con tetti di spesa e che rappresenta, sicuramente, una risorsa dal punto di vista complessivo, perché attorno alle professionalità gira anche un indotto occupazionale che non è indifferente, cosa che verrebbe messa in discussione qualora ci fosse un allargamento senza tale moderazione che intende fissare la norma in esame.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei rendere esplicito l'intento che vuole perseguire la norma, che forse non sarà felicissima quanto alla formulazione, ma se la si legge pacatamente, come diceva qualche altro politico prima in voga, si capisce cosa intende disciplinare.

Mettiamoci d'accordo sul fine: il Governo vuole definire, alla data di entrata in vigore della legge, qual è la platea degli erogatori privati che fanno parte del sistema e che lavorano con un contratto con la Regione siciliana. Vuole cioè impedire che oltre gli erogatori attualmente esistenti, possano entrarvi anche coloro che non hanno un contratto ma sono stati già accreditati. C'è, quindi, una finalità che tutti condividiamo - e certamente la maggioranza - di bloccare allo stato il sistema. Come lo si è tradotto questo intento? Onorevole Cracolici, se lei togliesse il termine "già", la norma diventerebbe la seguente: "le erogazioni di queste prestazioni possono essere rese dalle strutture private accreditate titolari di accordi contrattuali". Diventerebbe esattamente una "norma manifesto".

Abbiamo detto l'ovvio, sarebbe acqua fresca! Abbiamo, cioè, detto che in Sicilia erogano le prestazioni coloro che sono accreditati in forza di un contratto.

Noi non intendiamo dire questo, piuttosto che possono continuare ad erogare le prestazioni soltanto coloro che sono accreditati e sono stati già titolari - o lo sono ancora, alla data di entrata in vigore della legge - di un rapporto contrattuale.

CRACOLICI. Alla data di entrata in vigore della presente legge... allora, scriviamolo!

RUSSO, *assessore per la sanità*. Certo, mentre coloro che dopo la legge saranno accreditati ma non avevano un rapporto contrattuale resteranno fuori da questa platea. Ma questo si capisce, mi deve scusare! L'espressione "già titolare" sta a significare proprio questo.

LEONTINI, *relatore*. Chiedo di parlare

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LEONTINI, *relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, possono accedere a tale concorso i laureati in una certa classe di laurea, significa che hanno i requisiti coloro che risultano già laureati ad una data definita, mentre, introducendo il termine "titolari", significa che non si chiudono i termini...

E' molto più precisa, infatti, l'espressione contenuta attualmente piuttosto che quella suggerita dall'onorevole Cracolici, a meno che l'onorevole Cracolici non voglia indicare una finalità apparente alla sua correzione per poi nascondere una meno apparente. Se volete, possiamo inserire le parole "già in atto", ma sarebbe la stessa cosa perché "già titolari" significa che sono in atto.

Se lasciamo la parola "titolari", indichiamo una condizione "in itinere", di apertura; se inseriamo diversamente l'espressione "già titolari" significa che, al momento della formazione della legge, i soggetti hanno già conseguito la titolarità.

CRACOLICI. Quindi, si usi "in atto titolari alla data della presente legge".

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, le argomentazioni dell'Assessore ci convincono ma non dobbiamo disquisire sul significato della parola "già" che si può prestare ad interpretazioni linguistiche diverse.

In una legge, ci sono modi più chiari per dire quanto l'Assessore ha riferito. Abbiamo presentato un emendamento che recita l'espressione "titolari di accordi contrattuali alla data di approvazione della presente legge".

Visto che vogliamo dire questo, scriviamolo ed evitiamo discussioni filologiche - perché non ne siamo all'altezza - sul termine "già".

BENINATI, *presidente della Commissione*. Dichiaro di ritirare il subemendamento 24.1.13.3.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.

Onorevoli colleghi, comunico che è stato presentato dall'onorevole Cracolici il subemendamento 24.1.13.14 bis. Ne do lettura:

«Al comma 2 sostituire le parole da "già titolari" a "normativa vigente" con le seguenti: "titolari di accordi contrattuali alla data di entrata in vigore della presente legge"».

Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Favorevole.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Onorevoli colleghi, tutti gli altri emendamenti al primo comma del subemendamento 24.1.13 del Governo sono superati o preclusi.

Comunico che sono stati presentati dagli onorevoli Maira, Dina e Cordaro i seguenti subemendamenti:

subemendamento 24.1.13.9:

«Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:

“2.bis. Le strutture di cui al comma precedente nell’ambito della propria autonomia gestionale, possono aggregarsi, secondo il principio della libera scelta, in strutture più complesse o mantenere la propria identità singola continuando ad operare nel territorio in cui insistono”»;

subemendamento 24.1.13.14:

«Dopo “le strutture”, aggiungere “di diagnostica di laboratorio”».

DINA. Chiedo di parlare per illustrarli.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DINA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei precisare che i subemendamenti tendono, per così dire, a fare un’opera di prevenzione per ciò che si può ritenere un’esuberanza dell’Assessore, in questo caso, che vorrebbe limitare la facoltà dei laboratori di restare autonomi o aggregati imponendo a quelli di analisi un’aggregazione forzata che significherebbe violare la libertà di iniziativa aziendale, la libertà di iniziativa professionale.

Con questo subemendamento vogliamo dare ai centri che erogano prestazioni di laboratorio la possibilità, secondo le proprie valutazioni aziendali e professionali, di accorparsi o di restare autonomi. Il subemendamento precisa che si tratta esclusivamente dei laboratori di diagnostica, cioè soltanto delle strutture di diagnostica di laboratorio, mentre il subemendamento base è quello che ho già esplicitato.

PRESIDENTE. Onorevole Dina, dovrebbe però chiarire un aspetto. Nel subemendamento lei fa riferimento al termine “dopo le strutture”, ma tenuto conto che nel testo dell’emendamento il termine “strutture” figura due volte, dovrebbe precisare a quale periodo si riferisce.

DINA. Al periodo in cui figura “di diagnostica di laboratorio”.

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ciò che regola i principi previsti dal Codice civile, in materia di fusione tra soggetti privati – siano esse società o ditte individuali – non è regolabile con legge regionale.

In realtà, credo che l'onorevole Dina voglia dare o provare a dare risposta ad un problema che dobbiamo sapere che esiste e che è figlio, in qualche modo, del c.d. piano di rientro che l'onorevole Dina, molto spesso, assieme ai suoi colleghi, ha rivendicato essere il piano sottoscritto dal Presidente Cuffaro e dall'assessore Lagalla. Ebbene, cosa era previsto, però, in quel Piano?

Era previsto che il sistema dei laboratori, in particolare, visto il livello di frantumazione e della impossibilità a reggere sulla base dei finanziamenti o del budget loro assegnato, avevano, pur con meccanismi di incentivazione che bisognava individuare, la necessità di accorparsi o, comunque, di accorpare alcune delle attività che essi svolgono, ad esempio, mantenere il centro prelievo autonomo e avere sinergie per quanto riguarda i laboratori.

L'onorevole Dina, sostanzialmente, prevede che i laboratori si debbano accorpare...

DINA. Onorevole Cracolici, non ho detto questo; ho detto che i laboratori possono...

CRACOLICI. Quindi i laboratori possono accorparsi se lo vogliono, altrimenti rimangono come prima. Scusate, ma allora perché avete sottoscritto quel piano di rientro?

DINA. Si può sbagliare!

CRACOLICI. Quindi, oggi dichiarate di avere sbagliato quando avete sottoscritto il piano di rientro che prevedeva una riduzione...

DINA. Non forzata...

CRACOLICI. Onorevole Dina, non sarà forzata, però, delle due l'una: o il piano di rientro ha degli obiettivi finanziari ed economici – e questi si perseguivano attraverso modalità che voi avete sottoscritto – oppure siamo sempre in campagna elettorale, perché questa dell'onorevole Dina è una norma da campagna elettorale, non è una norma per amministrare e governare questa Regione; qui assistiamo a tante parti! Da un lato, sono al Governo e, dall'altro, fanno pure opposizione! Questa è la sceneggiata alla siciliana!

DINA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DINA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'onorevole Cracolici ci ha abituati a queste geometrie. Non ci siamo spesso accorti se è opposizione o è maggioranza, per cui, molto spesso, questa recita lo porta a tali dichiarazioni estemporanee. Essere in campagna elettorale, sicuramente, non è un demerito e ritengo che anche lui sia in campagna elettorale!

Il fatto di ribadire che i laboratori possano aggregarsi è una possibilità che viene offerta ai centri, alle strutture di diagnostica, al fine di poter operare per libera scelta e non con obblighi.

Il piano di rientro non impone ai laboratori di aggregarsi per forza, in maniera coatta, dà piuttosto la facoltà, se ci sono processi di aziendalizzazione, scelte professionali o aziendali, di poter fare questa scelta.

Ribadiamo questo principio: il piano di rientro non mira a ridurre il numero ma a migliorare l'efficienza di queste strutture e, possibilmente, molto spesso, il ruolo viene svolto meglio in maniera

singola o associata ma solo per libera scelta, non imposta dall'alto dall'Assessorato. E' qualcosa che deve essere mutuato dalle condizioni oggettive.

CARONIA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CARONIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo in merito ai subemendamenti dell'onorevole Dina.

Ritengo siano assolutamente condivisibili, soprattutto in quanto la libera scelta non preclude il fatto che questo non possa avvenire ma, chiaramente, essendo delle imprese, non possono essere condizionate nella scelta che poi verrà fatta da esse, in quanto gli imprenditori, che hanno a proprio carico una serie di investimenti che molti, in questi ultimi anni, hanno operato per migliorare il tipo di prestazione, con una ricaduta occupazionale non indifferente.

E, allora, credo che sarebbe più opportuno che l'Assessorato intensificasse i controlli affinché questi laboratori possano effettivamente fornire delle prestazioni efficienti ma che poi debbano essere accorpati deve rimanere una scelta del libero mercato.

Ritengo che, non approvando questi subemendamenti, faremmo di fatto una scelta a priori a favore di quei pochi laboratori che avrebbero la capacità di essere accorpati e racchiudere all'interno tutta una serie di piccoli laboratori e di imprenditori che, con grandi sacrifici e con grande onestà, portano avanti quotidianamente un lavoro capillare sul territorio, di grande aiuto ai cittadini.

Mi permetto di dire, inoltre, che, a mio avviso, l'accorpamento dei laboratori di analisi, e di diagnostica in generale, non produrrebbe una diminuzione del budget perché questi enti sono già accreditati, quindi, di fatto, non si determinerebbe alcun risparmio.

Pertanto, credo sia assolutamente opportuno lasciare alla libera scelta di questi imprenditori se potersi associare o meno.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Caronia, anche per averci fatto ascoltare una voce femminile.

Pongo in votazione l'emendamento 24.1.13.14. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, preliminarmente voglio chiarire che il Governo non è contro qualcuno ma è per favorire processi di cambiamento in questa Regione. Certamente, non è contro chi svolge il proprio lavoro con sacrificio, investendo risorse e professionalità – e, certamente, è il caso dei laboratori, piccoli o grandi che siano – ma c'è da dire che la Regione siciliana non può più permettersi 600 e oltre laboratori.

E' arrivato il tempo di cambiare e c'è una tempistica imposta dal punto B.1.6 del piano di rientro sottoscritto dal precedente Governo per la riorganizzazione della rete laboratoristica.

Per perseguire questo obiettivo, si agisce non imponendo le cose ma governando il sistema ed è compito di una sana Amministrazione dare delle indicazioni. L'emendamento proposto ingessa i processi di Governo che, quindi, esprime assolutamente voto contrario.

E' stato approntato un provvedimento concertato con il Ministero che, come sapete, segue le sorti della Regione siciliana e ci aspetta al varco perché, se non adempiamo puntualmente a questo contratto – che ribadisco è stato stipulato dal precedente Governo – rischiamo di non avere risorse e il conseguente commissariamento. Il piano di rientro è un obbligo che ci siamo assunti!

Stiamo riorganizzando la rete dei laboratori, innanzitutto, per salvaguardare la salute dei nostri concittadini, perché è un dato scientifico conclamato che accorpando i laboratori migliora la qualità. Sono strutture che devono rendere prestazioni rispetto alle quali ci deve essere la massima vigilanza ed è proprio sulla qualità che dobbiamo incentivare il sistema. Stiamo attivando dei percorsi di aggregazione, pertanto, che, ovviamente, non possono che essere rimessi alla libera scelta dei privati,

ma chi governa il processo ha anche gli strumenti per orientare – soltanto orientare e non imporre – queste scelte, per cui chiedo all’Aula di votare contro tali subemendamenti per essere rispettosi di un impegno che abbiamo assunto con lo Stato.

VINCIULLO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

VINCIULLO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei invitare l’Assessore a riconsiderare la posizione che ha appena assunto. Lo dico perché ciò che ha fatto fino ad ora, per quanto riguarda i laboratori pubblici, è un provvedimento importante che abbiamo condiviso in Commissione.

Abbiamo stabilito di unificare i laboratori pubblici ed è un fatto significativo perché la spesa si riduce e di molto. Diversa è la situazione, Assessore, per quanto riguarda i laboratori privati perché, per questi, comunque, le prestazioni verranno effettuate ugualmente, e si trasformeranno tanti laboratori in punti di prelievo, avendo una consistente perdita di posti di lavoro.

Visto che le riconosco la capacità di riflettere, lei deve fissare dei criteri a cui tutti i laboratori si debbano attenere, dei criteri che riguardano la sicurezza delle prestazioni, la sicurezza del personale che lavora, la sicurezza che le prestazioni, inoltre, che verranno fornite saranno quanto più corrette possibili.

Dico ciò anche perché ci troviamo di fronte a tanti laboratori che, nel passato, hanno già pagato le spese; si sono affidati alla certificazione che viene rilasciata ogni anno da parte delle strutture accreditate e, pertanto, non è unificando tanti presidi e tanti laboratori privati che si diminuisce il numero delle prestazioni!

Allora, anche chiedendo una breve sospensione dei lavori d’Aula, vorrei spingerla a riflettere. Quanto lei ha fatto per i laboratori pubblici, ripeto, va bene; ciò che stiamo cercando di fare per i laboratori privati potrebbe creare problemi ad un numero di lavoratori non indifferente e ci troviamo – come anche ha detto l’onorevole Caronia con il suo intervento che mi ha preceduto – di fronte a centri perfettamente in regola.

DE BENEDICTIS. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BENEDICTIS. Signor Presidente, onorevoli colleghi, penso che questo sia un argomento cruciale. Non c’è alcun dubbio che chi ha fatto investimenti, chi lavora, chi eroga qualità, chi svolge prestazioni importanti e indispensabili come i laboratori convenzionati esterni, meriti la massima attenzione.

Credo, quindi, che sia l’occasione, Assessore, anche di fronte al Parlamento – piuttosto che trovare, in maniera improvvisata, rimedi o norme che possano superare il problema –, di riconoscere che la questione è importante. Nessuno di noi vuole penalizzare queste strutture, perchè il Piano di rientro deve razionalizzare il sistema, garantendo qualità, livelli occupazionali, rispettando chi ha investito e chi lavora in qualità, chi ha migliorato accreditandosi e investendo e, quindi, penso sia l’occasione giusta per assumere l’impegno – tutti quanti noi in quest’Aula e, in particolare, l’Assessore con la Commissione Sanità – di approfondire questo tema cruciale e trovare, in quella sede, le risposte che il problema merita.

GUCCIARDI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUCCIARDI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, a prescindere dalla soluzione tecnica che il subemendamento presenta, ricordo all'Assessore che già, in Commissione, avevamo posto il problema che la razionalizzazione della riqualificazione del servizio sanitario regionale non è una operazione avulsa dalle problematiche sociali che possono emergere, al di là delle implicazioni sanitarie.

Allora, visto che, in questa Regione, esistono e sono radicate, soprattutto nei comuni medio-piccoli, una serie di attività accreditate che riguardano la diagnostica di laboratorio, avevamo espresso – e lei, in quella sede, si era impegnato ad attenzionare il problema – la straordinaria preoccupazione che, al di là della qualità, certamente importante e prioritaria, che riguarda il diritto alla salute del cittadino, cioè la qualità dei soggetti accreditati, occorre tener conto del rischio serio e concreto che un'applicazione non razionale e non ragionata del piano di rientro possa portare ad una riduzione dei livelli occupazionali molto grave e preoccupante.

Considerato, allora, che non possiamo solo occuparci delle grandi aree metropolitane, delle realtà di quelle aree dove è più facile una operazione di accorpamento – peraltro disciplinata dal Codice civile e, quindi, non possiamo entrare nel merito –, in ogni caso, gradirei un impegno da parte del Governo a razionalizzare il sistema della diagnostica di laboratorio, in maniera tale da tener conto, prioritariamente – oltre che in maniera pleonastica del diritto alla salute –, di quel rischio di riduzione dei livelli occupazionali che, vi assicuro, accadrebbe se ci occupassimo soltanto di razionalizzare e riqualificare il servizio sanitario regionale.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RUSSO, *assessore per la sanità*. Signor Presidente, signori deputati, hanno fatto bene coloro che mi hanno preceduto ad introdurre questa tematica che sta a cuore ai parlamentari ma anche a chi ha la responsabilità di assumere i provvedimenti.

Dico subito, in maniera forte, chiara ed inequivoca, che l'Assessorato, prima di emanare il provvedimento definitivo, che sarà ovviamente oggetto di un passaggio in Commissione di merito, ha operato una ricognizione del personale impegnato presso ciascuna struttura.

Dico, senza temere smentite che, con il nuovo sistema di incentivazione per le aggregazioni (che salvaguarda, comunque, chi è titolare del rapporto contrattuale che si consorzierà, ove deciderà di farlo, lasciando in vita il punto prelievo dove continueranno a persistere almeno 1, 2, 3, 4 unità, a seconda della consistenza di quello che sarà, che poi è un punto di accesso), ebbene verrà salvaguardato l'attuale livello occupazionale.

E dico, inoltre, che, forse, verrà aumentato perché, nella nuova configurazione dell'aggregazione – nel mantenimento dei vecchi laboratori come punto prelievo o, meglio, come punto di accesso alla struttura di laboratorio – forse, da questa congiunzione di modelli organizzativi diversi, certamente più moderni, verrà fuori un aumento dell'indice occupazionale e sono in grado di dimostrare, con i numeri, ciò che accadrà rispetto alla situazione attuale.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento 24.1.13.14. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Mi rimetto all'Aula.

PRESIDENTE. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Contrario.

DINA. Chiedo che la votazione avvenga per scrutinio segreto.

(Gli onorevoli Aricò, Bosco, Buzzanca, Campagna, Caronia, Cordaro, Corona, Fagone, Faraone, Greco, Limoli, Maira, Savona e Torregrossa si associano alla richiesta)

Votazione per scrutinio segreto del subemendamento 24.1.13.14

PRESIDENTE. Essendo la richiesta appoggiata a termini di Regolamento, indico la votazione per scrutinio segreto del subemendamento 24.1.13.14.

Chiarisco il significato del voto: chi vota sì preme il pulsante verde; chi vota no preme il pulsante rosso; chi si astiene preme il pulsante bianco.

Dichiaro aperta la votazione.

Prendono parte alla votazione: Ammatuna, Antinoro, Apprendi, Ardizzone, Arena, Aricò, Beninati, Bonomo, Bosco, Bufardecì, Buzzanca, Campagna, Caputo, Caronia, Cascio, Colianni, Cordaro, Corona, Cracolici, Cristaudo, Currenti, D'Agostino, D'Antoni, D'Asero, De Benedictis, De Luca, Di Benedetto, Di Mauro, Dina, Donegani, Fagone, Falcone, Faraone, Federico, Fiorenza, Formica, Forzese, Galvagno, Gentile, Greco, Gucciardi, Laccoto, Leanza Edoardo, Leanza Lino, Lentini, Limoli, Lombardo, Maira, Mancuso, Marinello, Marinese, Marrocco, Marziano, Mattarella, Minardo, Mineo, Musotto, Nicotra, Oddo, Panarello, Picciolo, Pogliese, Ragusa, Raia, Rinaldi, Romano, Ruggirello, Savona, Scammacca, Scilla, Scoma, Speciale, Termine, Torregrossa, Vinciullo, Vitrano.

Dichiaro chiusa la votazione.

Risultato della votazione

PRESIDENTE. Proclamo l'esito della votazione per scrutinio segreto:

Presenti	77
Votanti	76
Maggioranza	39
Favorevoli	39
Contrari	37

(E' approvato)

Pongo in votazione il subemendamento 24.1.13.9, come emendato. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Contrario.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Mi rimetto all'Aula.

DINA. Chiedo che la votazione avvenga per scrutinio segreto.

(Gli onorevoli Bosco, Buzzanca, Caronia, Cordaro, Corona, Cracolici, D'Asero, De Benedictis, Fagone, Forzese, Limoli, Marrocco, Marziano, Mineo, Musotto, Ragusa, Savona e Torregrossa si associano alla richiesta)

Votazione per scrutinio segreto del subemendamento 24.1.13.9

PRESIDENTE. Essendo la richiesta appoggiata a termini di Regolamento, indico la votazione per scrutinio segreto del subemendamento 24.1.13.9.

Chiarisco il significato del voto: chi vota sì preme il pulsante verde; chi vota no preme il pulsante rosso; chi si astiene preme il pulsante bianco.

Dichiaro aperta la votazione.

Prendono parte alla votazione: Ammatuna, Antinoro, Apprendi, Ardizzone, Arena, Aricò, Beninati, Bonomo, Bosco, Bufardecì, Buzzanca, Campagna, Caputo, Caronia, Cascio, Colianni, Cordaro, Corona, Cracolici, Cristaudo, Currenti, D'Agostino, D'Antoni, D'Asero, De Benedictis, De Luca, Di Benedetto, Di Mauro, Dina, Donegani, Fagone, Falcone, Faraone, Federico, Fiorenza, Formica, Forzese, Galvagno, Gentile, Greco, Gucciardi, Laccoto, Leanza Edoardo, Leanza Lino, Lentini, Leontini, Limoli, Lombardo, Maira, Mancuso, Marinello, Marinese, Marrocco, Marziano, Mattarella, Minardo, Mineo, Musotto, Nicotra, Oddo, Panarello, Panepinto, Picciolo, Pogliese, Ragusa, Raia, Rinaldi, Romano, Ruggirello, Savona, Scammacca, Scilla, Scoma, Speciale, Termine, Torregrossa, Vinciullo, Vitrano.

Dichiaro chiusa la votazione.

Risultato della votazione

PRESIDENTE. Proclamo l'esito della votazione per scrutinio segreto:

Presenti	79
Votanti	78
Maggioranza	40
Favorevoli	38
Contrari	40

(Non è approvato)

Comunico che è stato presentato dal Governo il subemendamento 24.1.13.11, relativo al comma 3. Ne do lettura:

«Al comma 3, la parola “sentite” è sostituita con “previo confronto con”; le parole “ciascuna delle branche che afferiscono alla” sono sostituite da “la”; la parola “comprese” è sostituita dalle parole “nonché per”».

Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Sull'ordine dei lavori

SPEZIALE. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SPEZIALE. Signor Presidente, innanzitutto devo complimentarmi con lei perché sta presiedendo in modo egregio, rendendo produttivo anche un Parlamento un po' caotico.

Si pone adesso un problema. Si sta andando avanti, si sta facendo un buon lavoro, c'è un confronto serio. Tuttavia, è da stamattina che siamo qui, il cuore della legge deve essere ancora affrontato, sappiamo benissimo che ci sono problemi all'articolo 11 e all'articolo 14 e valuterei, a questo punto, di comunicare all'Aula come procedere, stabilendo gli orari in modo tale che ciascuno sa come organizzare i propri impegni, la propria attività.

Signor Presidente, mi permetterei di suggerire di esaminare gli articoli 24 e 25 stasera e rinviare quindi i lavori a martedì prossimo, 24 marzo, per concludere entro martedì stesso. Per trattare l'articolo 24 abbiamo già impiegato, infatti, due ore e un quarto e non so quanto potremmo ancora impiegare per l'articolo 25.

Riprende il seguito della discussione del disegno di legge n. 248/A

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato dagli onorevoli Beninati e Laccoto il subemendamento 24.1.13.4. Ne do lettura:

«E' soppresso il comma 4».

BENINATI, *presidente della Commissione*. E' ritirato.

PRESIDENTE. L'Assemblea ne prende atto.

Comunico che è stato presentato dal Governo il subemendamento 24.1.13.12. Ne do lettura:

«Al comma 4, la parola “sentite” è sostituita con “previo confronto con”, e dopo la parola “nonché” sono inserite le seguenti “d'intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative”».

Lo pongo in votazione. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E' approvato)

Comunico che è stato presentato dal Governo il subemendamento 24.1.13.13. Ne do lettura:

«Il comma 5 è così sostituito:

“5. Entro centottanta giorni dall’entrata in vigore della presente legge, in conformità alle vigenti disposizioni normative, l’Assessore regionale per la sanità, d’intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, individua, con valenza biennale, nell’ambito delle strutture private accreditate e convenzionate, classi di strutture in base a criteri di qualità delle stesse, dei servizi erogati e della potenzialità erogativa, da correlare, per il corretto svolgimento del servizio, ad una diversa valorizzazione economica delle prestazioni rese nel rispetto del principio di giusta remunerazione”».

CRACOLICI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRACOLICI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi riferisco al fatto che nell’emendamento del Governo, il 24.1.13, a questo punto, il punto “a” del quarto comma, altro non è che quello che abbiamo già approvato nell’articolo 2, nei principi, la famosa questione della libera scelta... Siccome l’abbiamo già scritto e, tra l’altro, nei limiti del *budget*...

RUSSO, *assessore per la sanità*. L’abbiamo rinviato all’articolo 24...

CRACOLICI. Allora, va bene.

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato dagli onorevoli Cracolici e De Benedictis il subemendamento 24.1.13.2. Ne do lettura:

«Al comma 5, dopo le parole “strutture private accreditate”, cassare le parole “e convenzionate”». Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Contrario, perché se trattasi di non convenzionati, non hanno rapporti contrattuali.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Contrario.

PRESIDENTE. Chi è favorevole si alzi; chi è contrario resti seduto.

(Non è approvato)

Pongo in votazione l’emendamento 24.1.13.13 del Governo.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E’ approvato)

Comunico che è stato presentato dagli onorevoli Cracolici e De Benedictis il subemendamento 24.1.13.6, aggiuntivo al comma 5. Ne do lettura:

«Alla fine del comma 5, aggiungere le seguenti parole: “entro i limiti massimi delle tariffe nazionali di cui all’articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”».

Lo pongo in votazione. Il parere del Governo?

RUSSO, *assessore per la sanità*. Contrario.

PRESIDENTE. Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Contrario.

PRESIDENTE. Chi è favorevole si alzi; chi è contrario resti seduto.

(Non è approvato)

Comunico che è stato presentato dall’onorevole Picciolo l’emendamento 24.1.13.5, ma è inammissibile in quanto la materia è già stata trattata all’articolo 21.

Pongo, pertanto, in votazione il subemendamento 24.1.13 del Governo, come emendato.

Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E’ approvato)

Dichiaro preclusi o inammissibili tutti gli altri emendamenti all’articolo 24.

Pongo in votazione l’emendamento 24.1 del Governo, interamente sostitutivo dell’articolo 24, nel testo risultante.

Il parere della Commissione?

BENINATI, *presidente della Commissione*. Favorevole.

PRESIDENTE. Chi è favorevole resti seduto; chi è contrario si alzi.

(E’ approvato)

Onorevoli colleghi, sospendo la seduta per convocare immediatamente la Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari in sala lettura deputati.

(La seduta, sospesa alle ore 20.45, è ripresa alle ore 20.55)

La seduta è ripresa.

Comunicazione dell’esito della Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, dopo un incontro con i Presidenti dei Gruppi parlamentari, alla presenza del Presidente della Regione, ed in considerazione del fatto che rimangono da

XV LEGISLATURA

75ª SEDUTA

19 marzo 2009

esaminare ben cinque articoli del disegno di legge, di cui tre, cioè l'11, il 14 e un articolo unico che ricomprenderà gli articoli 25, 26 e 27, nonché gli emendamenti aggiuntivi - dei quali comunico già sin da ora che almeno il 90 per cento saranno dichiarati inammissibili da questa Presidenza in quanto riguardano materia estranea all'oggetto del disegno di legge - è stato stabilito all'unanimità di rinviare il seguito del disegno di legge numero 248/A a martedì, 24 marzo 2009, alle ore 11.00. Ovviamente, resta l'impegno da parte di tutti i Gruppi politici di completarlo e dare il voto finale entro la giornata di martedì prossimo.

L'Assemblea ne prende atto.

La seduta è pertanto rinviata a martedì, 24 marzo 2009, alle ore 11.00, con il seguente ordine del giorno:

I - Comunicazioni.

II - Lettura, ai sensi e per gli effetti degli articoli 83, lettera d), e 153 del Regolamento interno, della mozione:

numero 118 «Attenta valutazione del fenomeno del rientro degli emigrati siciliani a seguito delle critiche condizioni economiche internazionali, degli onorevoli Apprendi, Faraone, Raia, Panepinto.

III - Discussione del disegno di legge:

«Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale» (248/A) (*Seguito*).

La seduta è tolta alle ore 20.58

DAL SERVIZIO RESOCONTI

Il Direttore

Dott.ssa Iolanda Caroselli
