



# Resoconto integrale

della seduta n. 100 del 20 settembre 2006

# Wortprotokoll

der 100. Sitzung vom 20. September 2006

XIII. Legislatura  
XIII. Legislatur  
2004 - 2008

**CONSIGLIO DELLA PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO  
SÜDTIROLER LANDTAG**

**SEDUTA 100. SITZUNG**

**20.9.2006**

**INDICE**

Disegno di legge provinciale n. 78/05: "Interventi in materia di indennità e previdenza ai consiglieri della Provincia autonoma di Bolzano." (continuazione) . . . . . pag. 3

Ordine del giorno n. 1 del 19.9.2006, presentato dai consiglieri Leitner e Mair, concernente indennità di carica - privilegi dei politici. (continuazione) . . . . . pag. 3

Mozione n. 308/05 del 10.8.2005, presentata dai consiglieri Urzì e Minniti, riguardante la festa dei nonni. . . . . pag. 13

Mozione n. 321/05 del 21.10.2005, presentata dai consiglieri Leitner e Mair, riguardante l'agenzia per la salute e la sicurezza alimentare. . . . . pag. 17

Mozione n. 322/05 del 28.10.2005, presentata dai consiglieri Leitner e Mair, riguardante pedaggi per il transito sui passi di montagna - oggi per i passi, domani anche per le strade? . . . . . pag. 22

**INHALTSVERZEICHNIS**

Landesgesetzentwurf Nr. 78/05: "Bestimmungen über die Aufwandsentschädigung und die Vorsorge der Abgeordneten zum Südtiroler Landtag." (Fortsetzung) . . . . .Seite 3

Beschlussantrag (Tagesordnung) Nr. 1 vom 19.9.2006, eingebracht von den Abgeordneten Leitner und Mair, betreffend Amtsentschädigung - Politikerprivilegien. (Fortsetzung) . . . . .Seite 3

Beschlussantrag Nr. 308/05 vom 10.8.2005, eingebracht von den Abgeordneten Urzì und Minniti, betreffend den Großelternfest. . . . . Seite 13

Beschlussantrag Nr. 321/05 vom 21.10.2005, eingebracht von den Abgeordneten Leitner und Mair, betreffend die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. . . . . Seite 17

Beschlussantrag Nr. 322/05 vom 28.10.2005, eingebracht von den Abgeordneten Leitner und Mair, betreffend die Passmaut - Heute die Pässe und morgen die Straßen? . . . . . Seite 22

Mozione n. 333/05 del 13.12.2005, presentata dai consiglieri Urzì, ex-consigliere Holzmann e consigliere Minniti, riguardante una farmacia all'ospedale di Bolzano. ....pag. 30

Mozione n. 336/05 del 16.12.2005, presentata dai consiglieri Kury, Dello Sbarba e Heiss, riguardante il piano paesaggistico del Comune di Prato allo Stelvio. ....pag. 36

Disegno di legge provinciale n. 102/06: "Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale." ....pag. 40

Beschlussantrag Nr. 333/05 vom 13.12.2005, eingebracht von den Abgeordneten Urzì, vom ehemaligen Abgeordneten Holzmann sowie vom Abgeordneten Minniti, betreffend: Krankenhaus Bozen braucht Apotheke. .... Seite 30

Beschlussantrag Nr. 336/05 vom 16.12.2005, eingebracht von den Abgeordneten Kury, Dello Sbarba und Heiss, betreffend den Landschaftsplan der Gemeinde Prad am Stilfserjoch. .... Seite 36

Landesgesetzentwurf Nr. 102/06: "Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes." .... Seite 40

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE:

**Dott. RICCARDO DELLO SBARBA**

VORSITZ DES PRÄSIDENTEN:

ORE 10.04 UHR

*(Appello nominale - Namensaufruf)*

**PRESIDENTE:** La seduta è aperta.

Prego dare lettura del processo verbale dell'ultima seduta.

**LADURNER (Sekretärin - SVP):** *(Legge il processo verbale – verliest das Sitzungsprotokoll)*

**PRESIDENTE:** Ci sono osservazioni al verbale? Nessuna. Il verbale è approvato.

Per la seduta odierna si sono giustificati il consigliere Baumgartner (pom.), gli assessori Berger (matt.) e Widmann e il Presidente della Giunta Durnwalder.

Punto 52) dell'ordine del giorno: *Disegno di legge provinciale n. 78/05: "Interventi in materia di indennità e previdenza ai consiglieri della Provincia autonoma di Bolzano."* (continuazione)

Punkt 52 der Tagesordnung: *Landesgesetzentwurf Nr. 78/05: "Bestimmungen über die Aufwandsentschädigung und die Vorsorge der Abgeordneten zum Südtiroler Landtag."* (Fortsetzung)

**Ordine del giorno n. 1 del 19.9.2006, presentato dai consiglieri Leitner e Mair, concernente indennità di carica - privilegi dei politici.** (continuazione)

**Beschlussantrag (Tagesordnung) Nr. 1 vom 19.9.2006, eingebracht von den Abgeordneten Leitner und Mair, betreffend Amtsentschädigung - Politikerprivilegien.** (Fortsetzung)

Ricordo che ieri è stato letto l'ordine del giorno n. 1. La parola al consigliere Leitner per l'illustrazione.

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Danke, Herr Präsident! Wir nehmen diese Gelegenheit erneut zum Anlass, auf die Thematik der Politikergehälter, der Amtsentschädigungen und auf die Politikerprivilegien hinzuweisen. Wir haben bereits gestern in der Generaldebatte zum Gesetzentwurf erklärt, dass wir selbstverständlich dafür sind, dass die Zuständigkeit für diese Bereiche so schnell wie möglich vom Regionalrat auf den Landtag übertragen wird. Diese Haltung ist für uns eine Selbstverständlich-

keit. Die Kritik, die ich gestern geäußert habe, war nicht an Sie persönlich gerichtet, Herr Präsident, sondern an das Präsidium. Ich habe in diesem Zusammenhang auch nie Ihren Namen erwähnt. Kollegin Kury hat den Einwand gemacht, dass der Präsident erst seit kurzem im Amt sei. Die Kritik ist aber grundsätzlich an das Präsidium gerichtet. Das Präsidium hat für die Klärung dieser Problematik nichts getan. Deshalb ist Punkt 3 des beschließenden Teiles ganz klar in diese Richtung ausgelegt, dass das Präsidium umgehend die Initiative ergreifen soll, *"damit die Zuständigkeit für die Bezahlung der Aufwandsentschädigung an die Landtagsabgeordneten und für die Leibrenten an den Landtag übertragen wird. Gleichzeitig mit der Kompetenzübertragung werden die Gehälter der Landtagsabgeordneten mit Beschluss des Landtages neu festgelegt, wobei die Abkoppelung von jenen der Parlamentarier aufrecht bleibt."* Ich möchte jetzt schon vorausschicken, dass ich über diesen Punkt eine getrennte Abstimmung beantragen werde. Es handelt sich um einen klaren Auftrag an das Präsidium, endlich etwas zu tun. Auf den Inhalt des Gesetzentwurfes möchte ich nicht weiter eingehen.

Wir möchten in dieser Sache einen Schritt weitergehen. Die Übertragung der Kompetenz in diesem Bereich vom Regionalrat auf den Landtag ist unserer Meinung nach selbstverständlich, aber es braucht auch Bewegung in Bezug auf die Festlegung der Gehälter selbst. Gerade in dieser Zeit, in der wir dauernd von Steuererhöhungen bzw. geforderten Steuersenkungen reden, ist diese Forderung ein absolutes Muss. Wir befinden uns in Südtirol in einer sonderbaren Situation. Ich weiß nicht, was sich europäische Nachbarländer denken, wenn sie lesen, dass Südtirol nicht imstande ist, sein Geld auszugeben. Wir wissen, dass der Grund dafür der Stabilitätspakt ist, und wir befinden uns deshalb in einer interessanten Situation. Erklären Sie unsere Situation einmal einem Urlauber, der sich derzeit in Südtirol aufhält! Während kein anderer Staat auf der Welt weiß, wo er das Geld auftreiben soll, ist das Land Südtirol in der glücklichen Lage, soviel Geld zu haben, dass man es gar nicht alles ausgeben kann! Selbstverständlich wäre die Lage ganz einfach: Die Landesregierung bräuchte nur die Steuern zu senken. Sie könnte sowohl die Autosteuer um 10 Prozent als auch die Irap um einen Prozentpunkt reduzieren. Dann wäre das Problem sofort gelöst. Die Landesregierung hat aber kein Interesse daran. Sie verdient sehr gut, und das ist auch bei uns Abgeordneten der Fall. Wenn ich jetzt wiederum diese Diskussion entfache, wird man mir nahe legen, dass ich ja auf einen Teil der Entschädigung verzichten könnte usw. Man muss die Verhältnismäßigkeit anschauen. Lesen Sie heute in der Tageszeitung "Dolomiten" einen Leserbrief eines gewissen Herrn Weiß aus dem Nonsberg. Er erzählt von einem Bürger und einem Bürgermeister, die beide zum Schalter gehen, um ihren Lohn abzuholen. Der eine erhält 1.000 Euro, während der andere über 3.000 Euro bekommt. Dann gehen sie ihrer sogenannten ehrenamtlichen Tätigkeit nach. Der eine isst ein belegtes Brot auf der Bank, der andere setzt sich natürlich an eine gut gedeckte Tafel usw. Die Leute sehen schon, was passiert. Die Relation stimmt nicht mehr. Wir haben immer die Meinung vertreten, dass ein Politiker anständig verdienen soll. Wir denken aber auch, dass die Privilegien, derer es noch einige gibt, abzuschaf-

fen sind und das Gehalt bzw. die Amtsentschädigung eines Politikers anzupassen ist. In welchem Ausmaß dies geschehen soll, darüber kann man noch diskutieren. Wir haben eine Reduzierung der Gehälter um 20 Prozent gefordert. Wenn wir heute 6.400 Euro netto verdienen, dann sage ich, es würden auch 5.000 Euro ausreichen. Den Kolleginnen und Kollegen der Südtiroler Volkspartei, die uns bei dieser Forderung möglicherweise nicht zustimmen werden, möchte ich die Worte ihres eigenen Parteiobmannes in Erinnerung rufen. Er hat neulich in einer Presseaussendung bzw. in einem Interview gesagt, dass 4.000 Euro Gehalt für einen Landtagsabgeordneten ausreichend wären. Geschätzte Kolleginnen und Kollegen der Volkspartei, eurer Obmann ist der Meinung, dass 4.000 Euro Lohn für einen Landtagsabgeordneten ausreichen würden! Vergesst das bitte nicht, wenn ihr eure Entscheidung in dieser oder jener Form trifft! Der Landtag hat nur die Möglichkeit, bei den Regierungsmitgliedern in dieser Sache anzusetzen. Ich möchte nicht den Eindruck erwecken, dass wir nur die Gehälter der Landesräte und des Präsidiums kürzen möchten. Alle Gehälter müssen grundsätzlich neu festgesetzt werden, weil damit auch die Amtsentschädigungen der Landesräte zusammenhängen! Der Landeshauptmann bekommt zusätzlich 90 Prozent, die Landesräte weitere 70 Prozent, die Landeshauptmannstellvertreter weitere 80 Prozent und der Präsident des Landtages weitere 50 Prozent. Wir schlagen eigentlich eine geringfügige Senkung vor, welche die Bevölkerung als Signal verstehen würde. Wenn wir der Bevölkerung, die teilweise wirklich nicht weiß, wie sie ihren Lebensunterhalt bestreiten soll, alles abverlangen, dann wäre es zumindest ein Zeichen des politischen Anstandes, bei sich mit dem Sparen zu beginnen. Wir können die Last nicht immer nur auf die einfachen Bürger, welche ihre Zechen zu bezahlen haben, abwälzen.

Vor einiger Zeit wurden die Gehälter unserer Politiker mit jenen der Politiker anderer Länder verglichen. Dabei ist herausgekommen, dass unser Landeshauptmann, der sicherlich sehr viel arbeitet und dem niemand in Abrede stellt, dass er sich nicht einsetzen würde, mehr verdient als der österreichische Bundeskanzler. Das muss man vor der Öffentlichkeit rechtfertigen! Wir sind ein Land mit nicht einmal 500.000 Einwohnern. Dies entspricht in etwa einem Stadtteil irgendeiner europäischen Großstadt. Deshalb muss man diesen Sachverhalt in Relation stellen. Durch solche Maßnahmen wären wir vielleicht imstande, das Vertrauen der Bürger wiederzugewinnen. Die Menschen draußen würden damit begreifen, dass wir nicht nur im Landtag sind, um gut zu verdienen, und ihn als Selbstbedienungsladen nützen, sondern um einen Dienst für die Bevölkerung zu leisten. Die Vergleiche mit Gehältern anderer Abgeordneten in den umliegenden Ländern zeigen uns, dass wir weit vorne liegen. Es möge mir bitte niemand sagen, dass wir um so viel besser und um so viel wichtiger sind als die Abgeordneten anderer Regionen Europas. Hier stimmt das Maß nicht mehr. Wir haben bisher nur die Abkoppelung vom Regionalrat erreicht. Südtirols Politiker alleine würden sie wahrscheinlich nicht erreicht haben. Nur mit der Hilfe der Trentiner Kollegen ist uns das gelungen, wie bisher auch alle anderen Einschnitte in

diesem Bereich ohne Rückendeckung der Trentiner Kollegen nicht möglich gewesen wären. Wenn gestern vom Fraktionssprecher der Südtiroler Volkspartei Walter Baumgartner gesagt wurde, dass wir das zuerst mit den Trentiner Abgeordneten absprechen müssten usw., dann ist das eine fadenscheinige Ausrede, denn bei den Bürgermeister-Gehältern gibt es auch unterschiedliche Regelungen. Das hat mit den Trentiner Kollegen überhaupt nichts zu tun! Mit dieser Taktik möchte man nur Zeit gewinnen und erreichen, dass keine Änderungen gemacht werden.

Wenn wir diesen Beschlussantrag genehmigen würden, hätten wir der Bevölkerung ein Signal gegeben, dass es uns - abgesehen von der Kompetenzübertragung - mit der Neuregelung der Gehälter ernst ist. Deshalb ersuche ich noch einmal, eine getrennte Abstimmung zwischen Punkt 3 des beschließenden Teils und dem Rest des Beschlussantrages durchzuführen! Ich denke, dass diese Aufforderung an das Präsidium wichtig ist, um den nötigen Druck auszuüben bzw. dessen Wichtigkeit zu unterstreichen.

**KURY (Grüne Fraktion – Gruppo Verde – Grupa Vërda):** Herr Präsident! Wir werden bei den getrennten Abstimmungen jeweils zustimmen. Wie bereits angekündigt, sind auch wir felsenfest davon überzeugt, dass die Gehälter der Landtagsabgeordneten zu kürzen sind. Dies war schon seit jener Reform der Fall, als dem Landtag die Zuständigkeit für die Ausbezahlung der Abgeordnetengehälter und die Entschädigungen der Landtagsabgeordneten übertragen wurde. Insofern unser Ja zu Punkt 3, in dem das Präsidium aufgefordert wird, umgehend Initiativen zu setzen, um die genannten Forderungen umzusetzen. Ich möchte erklären, weshalb ich davon überzeugt bin, dass der Landtag dafür zuständig ist und warum es aus meiner Sicht angemessen wäre, zumindest ein Gespräch mit den Trentiner Kollegen zu suchen. Natürlich kann es dabei auch kein Ergebnis geben. Aber es wäre in politischer Hinsicht opportun, dass die Landtagsabgeordneten vom Trentino und die Landtagsabgeordneten von Südtirol, die sich dann im gemeinsamen Gremium Regionalrat treffen, dieselben Entschädigungen beziehen. Selbstverständlich haben sowohl Kollege Pöder als auch Kollege Leitner Recht, wenn Sie sagen, dass wir unsere Forderung nicht davon abhängig machen sollten, ob das danach auch wirklich so durchzuführen ist. Aber einen Versuch - denke ich - wäre es sehr wohl wert. Unsere volle Zustimmung zu Punkt 3, über den Kollege Leitner die getrennte Abstimmung beantragt hat.

Wir sind auch damit einverstanden, dass die Abkoppelung der Gehälter der Landtagsabgeordneten von jenen der Parlamentarier aufrecht erhalten bleibt. Wir sind uns dessen sehr wohl bewusst, dass, wenn wir die Gehälter neu regeln, womöglich Druck entsteht, diese aus unserer Sicht sehr positive Regelung wieder rückgängig zu machen. Zum ersten Teil, der die Kürzung der Zulagen für die Landesregierungsmitglieder und jene des Landtagspräsidiums betrifft, geben wir auch unsere uneingeschränkte Zustimmung! Ich möchte daran erinnern, dass wir diese Vorschläge bereits in einen Gesetzesartikel eingefügt hatten. Ich beziehe mich dabei auf die Reduzierung

der Bezüge des Landeshauptmannes, jener der Landeshauptmannstellvertreter, der Landesräte und der Mitglieder des Landtagspräsidiums. Ich denke, es wäre absolut notwendig - hier mein Appell an die Mehrheitspartei -, ein Zeichen zu setzen, dass wir es mit dem Sparen ernst nehmen. In der Bevölkerung herrscht großer Unmut, wenn wir alle Tage die Botschaft verkünden, dass wir alle abspecken und den Gürtel enger schnallen müssen, wir aber, die ja zur bestbezahlten Berufskategorie gehören, parallel dazu auf all unseren Privilegien beharren. Es würde wahrscheinlich niemandem etwas ausmachen, wenn wir diese Kürzungen vornehmen würden. Deshalb mein Appell an die Mehrheitspartei, sich auch in diese Richtung zu bewegen!

Ich möchte Absatz 2 des ersten beschließenden Teils, in welchem man über die Abschaffung all jener Fonds spricht, deren Ausgaben nicht belegt werden, positiv hervorheben. Diese Regelung sollte man auch beim Landtagspräsidium einführen. Wir wissen, dass die allgemeine Regelung folgendermaßen lautet: Derjenige, der Beiträge erhält, muss diese belegen. So wird es vom kleinen Briefmarkenverein bis hin zu den großen Vereinen gehandhabt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Politiker in diesem Zusammenhang eine Ausnahme bilden und unbelegte Spesen sozusagen trotzdem abrechnen können. Insofern stimmen wir auch diesem Punkt zu. Ich möchte lediglich vorschlagen, Pius Leitner, diesen Vorschlag auch hinsichtlich der Präsidiumsmitglieder einzufügen. Auch dort gibt es meines Wissens die Möglichkeit, dass nicht belegte Spesen rückvergütet werden. Dies erscheint mir nicht korrekt, weil es wieder einmal eine unterschiedliche Behandlung zu den Beiträgen, die beispielsweise Vereine und Verbände erhalten, darstellt. Was für die einen gut ist, sollte für uns billig sein. Also, unser Ja zum Beschlussantrag!

**PRESIDENTE:** Ha chiesto di intervenire il consigliere Seppi, ne ha facoltà.

**SEPPI (Unitalia - Movimento Iniziativa Sociale):** L'ordine del giorno rispecchia delle prese di posizione già viste in altre occasioni sia in Consiglio provinciale che in Consiglio regionale.

In linea di massima sono perfettamente d'accordo con il principio che ha portato i colleghi alla presentazione di questo documento. In altre occasioni io stesso fui firmatario di un documento di questa natura. Annuncio quindi il mio voto favorevole. Devo dire però che nella deliberazione prevista dai colleghi si è applicato un concetto matematico, cioè un abbassamento percentuale via via a scalare e non si sono tenute presenti alcune considerazioni nelle quali bisognerebbe veramente entrare nel merito. Se penso che se applicassimo quanto qui richiesto, il Presidente della giunta avrebbe un emolumento mensile superiore al 75% rispetto a quello di un consigliere e un assessore arriverebbe al 70%, sarebbe come dire che lo stipendio del collega Cigolla sarebbe il 5% inferiore a quello del presidente Durnwalder. Anche se prendesse il 25% in meno, la proporzione non ci sta. Penso che il presidente della Giunta provinciale che ha le responsabilità che ha, dovrebbe forse guadagnare di meno di qualche suo collega



austriaco, però che debba esserci una differenza del 20-25% fra un assessore e il presidente della Giunta, ritengo sia giusto. Anzi, presenterei una proposta di questo tipo, lasciando invariato l'emolumento del presidente della Giunta e scalando gli altri. Questo non perché voglia essere bello davanti a lui, anzi, più brutto appaio meglio è per me. E' una questione di obiettività, per cui chi lavora deve essere premiato. Chi ha la responsabilità di una spesa di 7 mila miliardi di vecchie lire per la gestione della Provincia, deve essere remunerato di conseguenza o comunque non può prendere solo il 20% in più di quanto percepiscono degli assessori che se anche non ci fossero - non mi riferisco a tutti - non ce ne accorgeremmo neanche!

La stessa cosa si dice quando andiamo a ragionare sugli emolumenti del presidente e vicepresidente del Consiglio. Mi sarei aspettato, ma me lo aspetto, che sia lo stesso collega Dello Sbarba, che da questo punto di vista è integerrimo, a dire di essere disponibile a prendere di meno ricoprendo la carica di presidente. Certamente non passerà in aula, perché il prossimo presidente non sarà più Dello Sbarba ma sarà un collega della SVP, quindi prendere il 10% in più poi sarebbe difficile. In quest'ottica lo posso riconoscere, a differenza di chi lo ha in qualche modo preceduto.

Ma quando il collega Leitner mi fa il ragionamento dei consiglieri provinciali, debbo dire che secondo me il presidente del Consiglio, pur bravissimo, non lavora più di un consigliere. Fa un altro lavoro. Smette di fare politica e fa politica dell'istituzione, non più la politica dei Verdi, rossi, gialli o neri sulla base del partito di appartenenza, ma lavora tanto quanto un consigliere provinciale. Non è quindi giustificata una maggiorazione di questa natura, neanche il 40% che il consigliere Leitner propone. Parlare del 15-20% in più è già tanto, perché è una funzione talmente elevata, se vogliamo, che il fatto stesso di poterla svolgere può bilanciare una così cospicua maggiorazione di emolumenti. E' una carica politica di visibilità che dovrebbe soddisfare già nella sua pienezza nell'incarico.

Il concetto applicato dai colleghi lo condivido fino in fondo. La proposta, così com'è andrei a modificarla nelle questioni forse più intime degli incarichi, è chiaro che l'appoggerò, ma sottolineo che andrebbero prese delle considerazioni meno matematiche e più considerazioni di fatti importanti che devono essere presi in considerazione. Il segretario questore ha una maggiorazione del 12,5%. Viene qua, legge il verbale, se volete con il 5% in più ve lo faccio io! Facciamo un'asta. Siamo arrivati a dei livelli che queste maggiorazioni in più - quando si tratta della carica di questore, sono cariche un po' così - sono modo per dare qualcosa in più a qualcuno. Ritengo che non si possa procedere in questo modo.

**SIGISMONDI (AN):** Nel principio siamo perfettamente d'accordo anche noi. Personalmente non so se il presidente della Giunta, il presidente del Consiglio, i consiglieri guadagnino troppo, troppo poco o enormemente tanto. Credo piuttosto che il discorso vada riportato nel ragionamento del contenimento della spesa pubblica. È evidente che all'interno del costo della politica il risparmio va fatto intervenendo prima

di tutto all'interno delle indennità spettanti ai consiglieri e ai rappresentanti della Giunta.

Siamo perfettamente d'accordo anche con il punto 3), che sia l'ufficio di presidenza ad impegnarsi che la competenza per l'erogazione delle indennità di carica ai consiglieri nonché dei vitalizi venga trasferito al Consiglio provinciale. Siamo perfettamente d'accordo, anche se crediamo che l'articolazione poi, quindi lo sganciamento dal rapporto con parlamentari ecc., debba poi essere istruita diversamente, sempre chiaramente all'interno del Consiglio provinciale.

Tra parentesi devo dirvi che la legge regionale consente per esempio l'aumento dei gettoni anche all'interno dei consigli comunali, quindi fra le varie rappresentanze. Se può servire, il gruppo consiliare comunale di Alleanza Nazionale a Merano ha deciso pochi giorni fa che l'aumento del gettone di presenza appena ricevuto sarà devoluto in beneficenza. Ci sono dei segnali quindi, dal nostro partito sicuramente. Sul principio siamo d'accordo. È evidente che l'articolazione poi deve essere discussa certamente con l'ufficio di presidenza, ma specialmente all'interno di questi banchi.

**BAUMGARTNER (SVP):** Sehr geehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich wäre es besser, wenn ich mich bei Debatten über derartige Themen nicht mehr zu Wort melden würde. Alle sechs Monate werden pünktlich dieselben Argumente gebracht und die gleichen Diskussionen entfacht. Es kommt nichts Neues. Ich bin mir sicher, dass ich während meiner Wortmeldung Zwischenrufe erhalten oder danach in persönlicher Angelegenheit angegriffen werde, was meines Erachtens ohne Grund geschieht. Ich bin der Meinung, dass wir dieses Thema in einer anderen Art und Weise angehen müssen. Ich bin enttäuscht vom Kollegen Pius Leitner. Er sollte sich eigentlich schämen, alle sechs Monate das gleiche Thema anzusprechen, wobei er genau weiß, wie diese Diskussion hier enden wird! Ich möchte dem Kollegen Pöder sagen, dass er einen Gesetzentwurf eingebracht hat, der eigentlich korrekt ist. Er schlägt vor, über das Thema zu sprechen und einen Schritt zu machen, um die Problematik der Entlohnung der Abgeordneten aufgrund der erfolgten Reform des Autonomiestatutes von der Region zum Land zu bringen. Diese Diskussion sollten wir führen. Das geht für mich in Ordnung. Aber dass Sie, Herr Leitner, in diese Diskussion wiederum einen derartigen Beschlussantrag einbringen, ist konzeptlos. Sie schlagen einfach vor, diesem soundsoviel Prozent und jenem soundsoviel Prozent weniger an Entschädigung auszubezahlen. Sie wollen darüber entscheiden, wer sich wie viel Gehalt verdient usw., ohne es in ein Gesamtkonzept einzubauen. Ich könnte auch sagen, dass es im Augenblick sowieso nur um die Entlohnung der Landesregierungsmitglieder geht und wir deren Gehälter folglich ruhig kürzen können. Das ist total unfair! Wir müssen diese Diskussion anders führen. Sie müssen ein Konzept vorlegen! Ich bin der Meinung, dass wir ein solches Thema, nachdem es derart emotionsbeladen ist, auf einer anderen Ebene führen müssen, um korrekt miteinander umzugehen. Das tun Sie

aber nicht! Sie bringen alle sechs Monate Beschlussanträge in diesem Zusammenhang ein. Sie wollen in der Öffentlichkeit für sich Stimmung machen, was ich bis zu einem bestimmten Punkt auch noch verstehen kann. Ich verstehe es aber in jenem Moment nicht mehr, wenn diese Diskussion in einer solch unfairen Art und Weise geführt wird. Sie wollen hier zwischen "gut" und "böse" entscheiden. Sie sind damit der "Gute" und die anderen, die dagegen stimmen, sind die "Bösen". Sie bringen damit die eigenen Kollegen der Opposition in Schwierigkeiten, weil Sie damit der Gute unter der Opposition sind, während die anderen Abgeordneten von der Opposition weniger gut sind. Wir von der Mehrheitspartei, die Entscheidungen treffen müssen, wissen, dass sicher einige unter Ihnen hoffen bzw. davon überzeugt sind, dass die Südtiroler Volkspartei diesen Vorschlag sowieso ablehnen wird und folglich alles beim Alten bleibt. Damit ist Ihr Ziel erreicht. Sie haben eine gute Figur gemacht, während die anderen schlecht dastehen. Die anderen würden somit nur auf das Geld schauen usw. Diese Art und Weise, die Diskussion zu führen, gefällt mir nicht und ist meiner Meinung nach höchst unfair. Sie sind eigentlich derjenige, der am wenigsten Grund hätte, in dieser Sache das Wort zu ergreifen. Sie sind derjenige, der von den Privilegien her am meisten begünstigt ist. Sie sind der einzige, der - vielleicht ist unter Ihnen noch jemand, der bereits eine Pension bezieht - eine Pension bezieht. Sie sagen zwar immer, dass Sie sie nicht kassieren. Ich denke, dass es den meisten lieber wäre, eine Absicherung in Form einer Pension zu bekommen. Wie viele gibt es unter uns, die riskieren, nicht mehr gewählt zu werden? Die Betroffenen müssen dann schauen, wie sie in jener Zeit, in der sie keine Pension erhalten, über die Runden kommen. Diese Problematik haben Sie, Herr Leitner, nicht. Ich muss Ihnen das bei dieser Gelegenheit sagen. Ich hätte es sonst nicht vorgebracht, aber heute muss ich darauf eingehen, weil Sie immer wieder den gleichen "Käse" bringen. Außerdem muss sich Ihre Partei kein Parteilokal leisten, da dies vom Landtag zur Verfügung gestellt wird. Insofern sollten Sie mit dieser Problematik aufhören! Ich diskutiere gerne mit Ihnen, aber dies sollte auf einer anderen Ebene geschehen. Es wäre höchst an der Zeit, mit diesem Populismus aufzuhören! Wir können uns gerne im Kollegium der Fraktionssprecher zusammensetzen und darüber diskutieren, wie wir die Problematik regeln könnten. Aber Sie können nicht hergehen, sich als den "Guten" und die anderen alle als die "Bösen" darstellen. Sie verweisen auf die Südtiroler Volkspartei, welche nichts ändern wolle, weil sie sich am Futtertrog befindet. Sie hingegen sind der "Gute", da Sie für Reduzierungen bei den Politikergehältern sind. Das ist eine unfaire Auseinandersetzung. Aus diesem Grund ersuche ich Sie, Kollege Pius Leitner, die Diskussion auf einer anderen Ebene zu führen! Gehen wir fair miteinander um und unterlassen es, dauernd Wasser auf die eigenen Mühlen zu kehren und die anderen schlecht zu machen! Herr Präsident, es ist wichtig, dies ein für allemal zu klären. Man muss in der Öffentlichkeit auch einmal sagen, dass man am Ende des Monats schauen muss, wie viel von diesen Gehältern nach Abzug der Parteiabgaben, von Preisen für Maturabälle und anderen Veranstaltungen u.a.m., übrig bleibt. Wenn man der Sache auf den Grund geht, schaut die Situation am Ende etwas

anders aus. Sie wissen, dass ein Politiker in Südtirol - unabhängig davon, ob er der politischen Mehrheit oder der politischen Minderheit angehört - die ihm zustehenden 8.000 bzw. 16.000 Kilometer bereits im März/April gefahren ist. Jeder von uns weiß, dass wir zwischen 40.000 und 60.000 Kilometer pro Jahr zurücklegen. Dies ist meiner Ansicht nach auch richtig, weil Politiker hinausgehen und mit der Bevölkerung reden sollen. Jede Führungskraft eines Unternehmens hat das Anrecht Kilometergeld zu bekommen, um seine Tätigkeit auszuüben. Ich erwähne dies nur deshalb, um zum Überlegen anzuregen. Wir sollten die Diskussion auf einer anderen Ebene führen und korrekt miteinander umgehen, wir sollten den Populismus, der alle sechs Monate zum Tragen kommt, unterlassen. Damit würde man das Verhältnis zwischen Mehrheits- und Minderheitsparteien verbessern. Insofern ersuche ich Sie, Kollege Leitner aufzuhören, auf diese Art und Weise Politik zu betreiben! Ich weiß, dass Sie jetzt im Anschluss an meine Wortmeldung höchstwahrscheinlich in persönlicher Angelegenheit das Wort ergreifen werden. Mir war es aber wichtig, diese Situation klarzustellen!

**PRESIDENTE:** Ha chiesto di intervenire il collega Leitner per fatto personale, ne ha facoltà.

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Ich weiß nicht, ob Kollege Baumgartner heute etwas geschluckt hat, was ihm zu Kopf gestiegen ist bzw. ihm die Sinne benebelt hat. Hier einen derartigen "Schmarrn" daherzureden und solche Angriffe zu starten, zeichnet ihn selber aus! Dazu muss ich nichts mehr sagen. Ich schäme mich nicht, Kollege Baumgartner, diesen Antrag hier zum x-ten Mal gestellt zu haben. Ich erinnere daran, dass wir zehn Jahre lang gebraucht haben, um die Sitzungsgelder abzuschaffen. Auch in diesem Zusammenhang sind die gleichen Vorwürfe gemacht worden. Unter dem Druck der Bevölkerung hat die SVP dann irgendwann einmal nachgegeben. Dasselbe wird auch in dieser Sache passieren. Man möge mir bitte nicht unterstellen, dass das ein unanständiger Vorschlag sei! Wir haben - Kollege Seppi ist jetzt leider nicht da - die prozentuellen Verminderungen sehr gering angesetzt. Es wäre ein Zeichen. Wenn man das nicht begreifen will, kann ich nur mehr sagen, dass ihr es euch mit den Wählern ausmachen sollt. Ich habe kein Problem, vor die Menschen zu treten und ihnen zu erklären, was wir tun. Kollege Baumgartner, ich habe auch kein einziges Problem damit, zu sagen, dass ich eine Pension beziehe. Diese Tatsache hat niemand aufgedeckt. Ich habe diesen Umstand selbst einmal angesprochen, weil ich diese Regelung, in die ich zufällig hineingerutscht bin, als unsinnig und ungerecht empfinde. Viele Kolleginnen und Kollegen deiner Partei hätten in Rom bereits früher die Möglichkeit gehabt, dieses Gesetz zu ändern, so dass es wenige Nutznießer gegeben hätte. Dass du mir das jetzt persönlich vorwirfst, Kollege Baumgartner, ist "unterste Schublade"! Ich habe aber kein schlechtes Gewissen, weil ich es der Bevölkerung aus freien Stücken gesagt habe. Sagen Sie mir noch jemanden, der seine Pension der Bevölkerung zur Verfügung stellt! Ich möchte damit nicht groß tun, aber Sie haben

das Thema angesprochen. Deshalb möchte ich jetzt auch darauf reagieren. Einen Vorwurf muss ich jedoch mit aller Entschiedenheit zurückweisen, nämlich, dass wir mit diesem Antrag Populismus betreiben würden. Ich werft uns das vor, weil ihr in Verzug seid, eine Regelung umzusetzen, und schiebt dann die Schuld auf jene, die darauf drängen, endlich etwas zu unternehmen. Das ist schon ein starkes Stück! Was das Parteibüro anbelangt, Kollege Baumgartner, möchte ich dich einmal in unser Parteibüro in Terlan einladen. Wenn jemand, der nachweislich soundsoviele Steuergelder aus der Regionalratsfraktion für die Erstellung eines Wahlkonzeptes ausgegeben hat, hergeht und den anderen vorwirft, möglicherweise Steuergelder zu missbrauchen, Kollege Baumgartner, begeben wir uns auf eine andere Ebene. Wir sind ohne weiteres bereit, die Folgen dieses Antrages zu tragen. Man sieht hier, wie nervös und unsicher die Südtiroler Volkspartei ist. Sie hat ein schlechtes Gewissen, da sie in dieser Angelegenheit nichts getan hat. Wir stehen zu diesem Antrag. Ein Zurückziehen kommt für uns überhaupt nicht in Frage. Wenn ihr nicht bereit seid, in irgendeiner Form eine Änderung herbeizuführen, dann werden wir den Antrag selbstverständlich in sechs Monaten erneut stellen. Wir werden ihn so lange einbringen, bis euch die Bevölkerung auf die Fersen steigt und ihr ihn gerne umsetzt!

**PRESIDENTE:** Passiamo alla votazione separata.  
Non ci sono modifiche al testo, consigliere Leitner?

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Zum Fortgang der Arbeiten! Mit der Anregung von Frau Kollegin Kury sind wir natürlich einverstanden. Man kann die vorgeschlagene Änderung sehr wohl anbringen.

**PRESIDENTE:** Il primo punto 2 viene così modificato: "*2. abolizione dei fondi per il presidente della Provincia e per i componenti della Giunta provinciale e dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio provinciale per spese che non devono essere documentate.*"

Pongo in votazione l'ordine del giorno n. 1, escluso il punto 3 della parte impegnativa: respinto con 11 voti favorevoli e 14 voti contrari.

Metto in votazione il punto 3 della parte impegnativa: respinto con 11 voti favorevoli e 14 voti contrari.

Passiamo alla votazione sul passaggio dalla discussione generale a quella articolata: respinto con 11 voti favorevoli e 13 voti contrari.

Punto 43) dell'ordine del giorno: **"Mozione n. 308/05 del 10.8.2005, presentata dai consiglieri Urzì e Minniti, riguardante la festa dei nonni."**

Punkt 43 der Tagesordnung: **"Beschlussantrag Nr. 308/05 vom 10.8.2005, eingebracht von den Abgeordneten Urzì und Minniti, betreffend den Großeltern-tag."**

*La festa dei nonni*

*Il Parlamento ha approvato l'istituzione della festa del nonno che cadrà da qui in avanti il 2 ottobre, giornata destinata già nel calendario cattolico alla celebrazione degli angeli custodi.*

*L'accostamento non è casuale. Le nonne e i nonni sono soprattutto per i nipoti delle figure di straordinario riferimento morale ed educativo. Un omaggio al loro ruolo era atteso e opportuno.*

*L'importante è che la celebrazione assuma un valore di carattere etico e non commerciale.*

*La legge prevede tra l'altro che regioni, province e comuni si impegnino per dare vita a iniziative di valorizzazione del ruolo dei nonni.*

*Ciò premesso,*

*si impegna*

*la Giunta provinciale*

*a sostenere nell'ambito delle proprie competenze, in sede locale, un calendario di iniziative e manifestazioni di omaggio alla figura e al ruolo dei nonni.*

-----

*Großeltern-tag*

*Das Parlament hat die Einführung des Großeltern-tages genehmigt, der ab jetzt auf den 2. Oktober fallen wird, an dem die katholische Kirche das Schutzengelfest feiert.*

*Dieses Datum ist nicht aus der Luft gegriffen. Die Großmütter und Großväter sind vor allem für die Enkel wichtige moralische und erzieherische Bezugspersonen. Eine Würdigung ihrer Rolle war absehbar und ist sinnvoll.*

*Wichtig dabei ist, dass dieser Tag ein ethisches und nicht kommerzielles Gewicht erhält.*

*Das Gesetz sieht unter anderem vor, dass Regionen, Provinzen und Gemeinden sich bemühen sollen, Initiativen zur Aufwertung der Rolle der Großeltern ins Leben zu rufen.*

*Dies vorausgeschickt, wird die Landesregierung*

*verpflichtet,*

*im Rahmen ihrer Zuständigkeiten, auf lokaler Ebene, Initiativen und Veranstaltungen zur Würdigung der Figur und der Rolle der Großeltern zu unterstützen.*

La parola al consigliere Urzì per l'illustrazione.

**URZÌ (AN):** Questa mozione, sottoscritta idealmente anche dal collega Sigismondi che quando fu presentata non era ancora in Consiglio, prende le sue mosse da una situazione che lo scorso anno avevamo avuto modo di denunciare, ossia una scarsa reazione da parte della Giunta provinciale rispetto ad un avvenimento importante, accolto con entusiasmo ad ogni livello in tutta Italia, come quello dell'istituzione della celebrazione, la festa del nonno, istituita con provvedimento di legge recentemente, che ha avuto una data di celebrazione lo scorso anno. In tutta Italia si sono contate centinaia, migliaia di manifestazioni, e noi abbiamo rilevato come, nonostante una dichiarazione di disponibilità di massima, la provincia di Bolzano non avesse elaborato un proprio calendario di iniziative. Avevamo sollevato la questione, fra l'altro ci sentiamo in una certa misura parte in causa, essendo l'istituzione della festività dedicata ai nonni il risultato dell'approvazione di una iniziativa di Alleanza Nazionale in Parlamento. Quindi ci sentiamo un po' tutori di questa festa, che però oggi dovrebbe essere la festa di tutti. È bene che la Provincia, come istituzione chiamata ad assumere scelte di responsabilità nell'interesse di tutti, si prenda carico anche di questo argomento, di questo tema, e così come fa in tanti altri campi, promuova la massima profusione, il massimo coinvolgimento dell'opinione pubblica attorno a questa giornata che ha un valore significativo di merito estremamente forte, che non possiamo non sottolineare.

Le figure dei nonni sono riferimenti morali ed educativi imprescindibili e hanno la necessità di essere coltivate attraverso adeguate iniziative, proprio per le ricorrenze che alle nonne e ai nonni sono dedicate. Auspichiamo quindi che in questa circostanza la Giunta provinciale che ha avuto un anno di tempo per elaborare un proprio programma, possa annunciarci iniziative strabilianti, o per lo meno soddisfacenti, così come era nelle volontà e nelle indicazioni fornite dall'assessore Theiner lo scorso anno. È pur vero, spero di essere smentito che non ho avuto occasione di riscontrare dalla lettura degli inviti che normalmente giungono a tutti i consiglieri nonché dalla lettura dei giornali particolare fermento per quanto riguarda l'organizzazione di momenti che possano rendere concreto il valore e il significato di questa che vuole diventare una ricorrenza.

Mi appello alla chiarezza assoluta che da parte della Giunta è opportuna in questa circostanza, sperando che l'impegno assunto lo scorso anno possa trovare conferma attraverso un soddisfacente programma di iniziative.

**PRESIDENTE:** Ich begrüße in der Zwischenzeit ganz herzlich eine Gruppe von Deutschlehrern aus Dänemark - insbesondere Herrn Professor Sörensen -, welche heute die Arbeiten des Landtages verfolgen. Danke für die Aufmerksamkeit!

Ha chiesto di intervenire il consigliere Sigismondi, ne ha facoltà.

**SIGISMONDI (AN):** Questa mozione intitolata alla festa dei nonni era già stata presentata in Consiglio comunale a Bolzano. Credo che in Consiglio comunale abbiamo fatto due dibattiti di grossa potenza, uno era su Ochalan e quanto ne seguì poi, e l'altro fu sulla festa dei nonni. Inizialmente si prese "sotto gamba" questo tema, tranne poi cominciare a discuterne e vedere nel proseguito del dibattito che peso avevano queste figure.

Il collega Urzì ha fatto benissimo a presentare la mozione anche in quest'aula, perché l'anno scorso vi fu un dibattito all'interno delle istituzioni, per cui perfino la giunta comunale di Bolzano si chiese perché la Provincia non reagisce come deve davanti ad una cosa che è stata istituzionalizzata? Il Comune di Bolzano si dette da fare con i quartieri Novacella e Don Bosco, e vi garantisco che in quelle sale, quei teatri presi in affitto dalle circoscrizioni - vi fu anche una sorta di movimento spontaneo da parte della cittadinanza che si aggregò attraverso le varie forme dell'associazionismo - si mise in piedi abbastanza velocemente questa sorta di "omaggio" per i nonni. La città di Bolzano rispose in modo straordinario. Ora al di là del fatto che credo non vi sia assolutamente nessuna distinzione linguistica fra nonni e nonne, quello è il ruolo qualsiasi lingua parlano, è importante che si ponga questo tipo di opportunità anche la Giunta provinciale. Anch'io sentii dire l'anno scorso che la Giunta provinciale si sarebbe fatta carico della festa o qualsiasi tipo di attività per rendere omaggio a queste figure, però fino adesso non abbiamo sentito niente. Un conto è la tradizione, un conto è l'istituzionalizzazione. Questa del consacrare una data per la festa dei nonni ha avuto un ampio dibattito anche all'interno del Parlamento. Ci fu l'emanazione di un decreto del Governo per istituzionalizzarla, quindi se un Governo, qualsiasi esso sia, si muove sotto questo indirizzo, è evidente che la questione deve essere più che importante. Istituzionalizzare questa festa serve anche in un certo senso per riuscire a portare avanti nel tempo quello che probabilmente negli ultimi anni si è un po' confuso.

Questa mozione funge da stimolo. L'articolazione delle varie feste, come distribuirle sul territorio, che cosa fare all'interno di queste feste, sarà materia dell'assessorato, però è importantissimo prendere spunto da quelle "piccole cose" che tanto piccole poi. Spero che quest'aula accetti la mozione, anche perché votare contro significherebbe votare contro i nonni o contro Alleanza Nazionale! Un pochino di coerenza su questo farebbe bene.

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE:

**ROSA THALER ZELGER**

VORSITZ DER VIZEPRÄSIDENTIN:

**PRÄSIDENTIN:** Abgeordnete Klotz, Sie haben das Wort, bitte.



**KLOTZ (UFS):** Nur eine Verständnisfrage, Kollege Urzì! Kollege Denicolò und ich haben uns schon darüber gewundert, welches "Schutzengelfest" du meinst. Wir kennen ein anderes.

**URZÌ (AN):** Ha fatto la modifica.

**KLOTZ (UFS):** Danke!

**THEINER (Landesrat für Gesundheit und Sozialwesen – SVP):** Sehr geehrte Frau Präsidentin, geschätzte Kolleginnen und Kollegen! Wir hatten im Landtag schon mehrmals die Gelegenheit, über den "Tag der Großeltern" zu diskutieren. Bereits damals haben wir die Meinung vertreten - bei aller Anerkennung der Verdienste, die gerade Großeltern in der heutigen Zeit leisten -, dass es nicht erforderlich ist, einen eigenen Tag dafür ins Leben zu rufen. Wir wissen, dass das italienische Parlament im Jahre 2005 einen solchen Tag vorgesehen und für den 2. Oktober festgelegt hat. Wir wissen jedoch auch, dass die Richtlinien für die Umsetzung dieses Tages in Italien noch nicht erlassen worden sind. Wir haben in Anbetracht dieses Beschlussantrages nochmals nachgefragt, ob dies bis zum 2. Oktober dieses Jahres der Fall sein wird. Laut Informationen aus Rom wird dies nicht geschehen. Ich bin allerdings der Meinung, dass wir das jetzt nicht auf Formalismen abwälzen sollten. Als Landesregierung wollen wir die Bedeutung und Rolle der Großeltern in vielfältiger Weise unterstreichen. Wir möchten dies natürlich besonders am 2. Oktober machen, was italienweit in verschiedener Hinsicht bereits getan wird. Unserer Ansicht nach ist es aber nicht erforderlich, einen eigenen "Tag der Großeltern" auf Landesebene auszurufen. Das ist unsere Position.

**URZÌ (AN):** Non ho rintracciato nessun segnale positivo dall'intervento dell'assessore. Ci sarebbe bisogno di maggiore concretezza nel dare senso ai propri sentimenti, alle proprie volontà laddove esistono. Mi pare che si possa dire che i nonni si sentano un po' orfani di una attenzione di cui avrebbero diritto da parte delle istituzioni pubbliche in primis. Bene ha fatto il collega Sigismondi prima a ricordare come lo scorso anno, ma credo si tratti di prevedere il futuro e anche quest'anno alcune iniziative si ripeteranno, per esempio nella circoscrizione Europa, molto è stato fatto nel comune di Bolzano nell'ambito dei diversi quartieri, da parte delle istituzioni in primis. Scorgo ancora una sostanziale lontananza e diffidenza da parte della Provincia che dice e non dice, e soprattutto non fa.

I nonni farebbero bene a questo punto a sentirsi un po' orfani di attenzione da parte della Provincia autonoma di Bolzano, perché dopo le assicurazioni che avevamo avuto lo scorso anno, questo ci sorprende un po' e ci lascia delusi. Auspico che la mozione che impegna la Giunta provinciale a elaborare un programma e un progetto di sostegno a questo tipo di iniziative possa essere egualmente accolta dal Consiglio con

spirito di buon senso e soprattutto attenzione rispetto a questa data che dovrebbe essere avvertita da tutti noi come una data importante.

**PRÄSIDENTIN:** Wir stimmen über Beschlussantrag Nr. 308/05 ab: mit 3 Ja-Stimmen, 3 Stimmenthaltungen und dem Rest Nein-Stimmen abgelehnt.

Punkt 60 der Tagesordnung: **"Beschlussantrag Nr. 321/05 vom 21.10.2005, eingebracht von den Abgeordneten Leitner und Mair, betreffend die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit."**

Punto 60) dell'ordine del giorno: **"Mozione n. 321/05 del 21.10.2005, presentata dai consiglieri Leitner e Mair, riguardante l'agenzia per la salute e la sicurezza alimentare."**

*Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit*

*Der Verunsicherung der Konsumenten im Zuge von BSE-Krise, Hormonskandal, MKS-Seuche und letzthin Vogelgrippe kann nur durch ein konsequentes Vorantreiben einer Qualitäts- und Sicherheitsstrategie im Ernährungsbereich begegnet werden. Eine eigene Agentur für Ernährungssicherheit bzw. eine Ansiedlung bei der Landesumweltagentur erscheint demnach sinnvoll. Die für die Sicherheit der Konsumenten wichtigen Bereiche - landwirtschaftliche Betriebsmittel (z.B. Futtermittel), Veterinär- und Lebensmittelkontrolle, Tiergesundheit usw. - sollen vereint werden. Nur durch die Konzentration aller Kräfte kann ein größtmögliches Maß an Sicherheit für die Konsumenten bei weiter steigenden Kontrollanforderungen im Ernährungsbereich erzielt werden. Eine Verschiebung von Kompetenzen würde nur zu einer weiteren Verunsicherung beitragen. Die Bündelung und organisatorische Vernetzung der Arbeits- und Kontrollaufgaben im Ernährungsbereich in einer Agentur für Ernährungssicherheit könnte den Konsumentenwünschen nach steigenden Sicherheits-, Kennzeichnungs- und Kontrollstandards am besten entgegen kommen.*

*Eine Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit soll eine Kontrolle ermöglichen, die von Feld und Stall weg die Interessen des Konsumenten verfolgt. Dadurch wird der größtmögliche Verbraucherschutz garantiert. Für die Errichtung einer Ernährungsagentur in Österreich hat David Byrne, EU-Kommissar für Verbraucherschutz großes Lob gespendet und sie als Vorbild für die EU bezeichnet.*

*Die Landesregierung hat mit der Einsetzung einer BSE-Kommission bereits einen wichtigen Schritt gesetzt, um in dieser Frage auf mögliche Fälle vorbereitet zu sein. Diesem Schritt sollte ein weiterer folgen, um die Zuständigkeiten bei der Ernährungsproduktion und Qualitätssicherung besser zu koordinieren.*

*Bereits vor drei Jahren gab es in Südtirol eine Diskussion um die Freilandhaltung von Hühnern und den Verkauf von Freilandeiern.*

*Dies vorausgeschickt und festgestellt, dass wegen der weltweiten Diskussion rund um die Vogelgrippe auch in Südtirol Handlungsbedarf besteht,*

*fordert*

**DER SÜDTIROLER LANDTAG**

*die Landesregierung auf,  
einen Gesetzentwurf zur Errichtung einer Agentur für Ernährungssicherheit bzw. zur Ansiedlung einer entsprechenden Koordinierungsstelle bei der Landesagentur für Umweltschutz vorzulegen.*

-----

*Agencia per la salute e la sicurezza alimentare*

*Ai consumatori disorientati dalla crisi della BSE, dallo scandalo degli ormoni nella carne, dall'epidemia di afta epizootica e ora dall'influenza aviaria si può rispondere portando avanti in modo coerente una strategia di qualità e sicurezza in campo alimentare. A tal fine appare appropriato creare un'agenzia indipendente per la sicurezza alimentare oppure un'agenzia insediata presso l'agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente. I settori importanti per la sicurezza dei consumatori - i prodotti usati in agricoltura (per es. i mangimi), i controlli veterinari e quelli sui generi alimentari, la salute degli animali ecc. - vanno accorpati. Solo unendo tutte le forze si può arrivare a garantire la maggiore sicurezza possibile per i consumatori nell'ambito di sempre crescenti richieste di controllo nel settore alimentare. Spostare le competenze non farebbe che disorientare maggiormente. L'accorpamento e il collegamento organizzativo in un'agenzia per la salute e la sicurezza alimentare delle varie funzioni e dei controlli in campo alimentare sarebbe il miglior modo per soddisfare le richieste dei consumatori di più elevati standard qualitativi per quanto riguarda la sicurezza, l'etichettatura e i controlli.*

*Un'agenzia per la salute e la sicurezza alimentare deve permettere un controllo che segua gli interessi del consumatore "partendo dal campo e dalla stalla". In questo modo si garantisce la maggiore tutela possibile del consumatore. David Byrne, commissario europeo responsabile della tutela dei consumatori, ha elogiato l'Austria per aver creato un'agenzia alimentare, definendola un modello per l'UE.*

*Con l'istituzione della commissione di controllo sulla BSE la Giunta provinciale ha già compiuto un passo importante per essere pronta ad affrontare possibili casi in questo ambito. A questo passo deve seguirne un altro per coordinare meglio le varie competenze nella produzione di generi alimentari e nella promozione della qualità.*

*Già tre anni fa, in Alto Adige si era discusso di allevamento all'aperto di galline ovaiole e di vendita di uova di allevamento all'aperto.*

*Ciò premesso e constatato che in tutto il mondo si sta discutendo del problema dell'influenza aviaria e anche in Alto Adige si deve fare qualcosa*

**IL CONSIGLIO DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**

*invita*

*la Giunta provinciale*

*a presentare un disegno di legge per l'istituzione di un'agenzia per la sicurezza alimentare oppure per l'insediamento di un relativo servizio*

*di coordinamento presso l'agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente.*

Abgeordneter Leitner, Sie haben das Wort zur Erläuterung.

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Danke, Frau Präsident! Dieser Beschlussantrag bietet uns die Gelegenheit nachzufragen, was in den vergangenen Monaten im Zusammenhang mit der Ernährungssicherheit passiert ist. Wir führen zur Zeit die Diskussion um das sogenannte Gammelfleisch. Dieser Skandal in Deutschland hat Wellen geschlagen, die auf Südtirol übergeschwappt sind. Landesrat Berger hat in der Öffentlichkeit dazu Stellung genommen. Angesichts solcher Ereignisse ist die Bevölkerung natürlich verunsichert. Wenn wir bedenken, wie viele Veranstaltungen in Südtirol beispielsweise im Rahmen von Weiterbildungs- und Bildungsorganisationen und -institutionen stattfinden, wissen wir, welches Augenmerk die Bevölkerung diesem Thema grundsätzlich widmet. "Ernährung" und "Ernährungssicherheit" sind sicherlich Themen, die den Großteil der Menschen berühren. Unserer Meinung nach ist es notwendig, dass man die Voraussetzungen auf gesetzlicher Ebene schafft, um in diesem Bereich die größtmögliche Sicherheit zu garantieren. Wir wissen sehr wohl, dass es sehr schwierig ist, in allen Bereichen eine hundertprozentige Kontrolle ausüben zu können bzw. eine hundertprozentige Sicherheit zu garantieren. Aber gerade wegen der allseits bekannten Komplexität dieses Problems ist es notwendig, das zu tun, was wir tun können. Das gilt sowohl für die landwirtschaftlichen Betriebsmittel, Futtermittel usw. als auch für andere Produkte, die dem Konsumenten angeboten werden. "Lebensmittelkontrolle" und "Tiergesundheit" sind Stichworte, die damit zusammenhängen. Wir möchten auf die Wichtigkeit hinweisen. In diesem Zusammenhang erwartet sich die Bevölkerung von der Politik Maßnahmen, um eine bestmögliche Sicherheit zu garantieren. Wie gesagt, eine hundertprozentige Sicherheit wird es sicher nie geben. Unlängst fand eine Diskussion statt, welche von Ärzten ausgelöst wurde. Es hieß, man sollte mit Krankheiten anders umgehen und nicht ständig Horrorvisionen aufbauen. Das ist schon klar, aber das, was wir an Sicherheit tun oder bieten können, sollte man in Angriff nehmen. Es müsste möglich sein, bei der Landesagentur für Umweltschutz eine eigene Koordinierungsstelle für Ernährungssicherheit einzurichten, welche die Bürger informiert, Kontrollen durchführt, aber auch Informationen weitergibt, damit die Bürger nicht verunsichert werden. Im Zusammenhang mit solchen Ereignissen wie mit dem unlängst in den Konsum geratenen Gammelfleisch in Deutschland werden natürlich Ängste ausgelöst. Kein Mensch kann nachvollziehen, wo die Ware herkommt, ob sie sicher ist, ob die Etikettierungen stimmen, ob das verfallene Fleisch nicht umetikettiert und wieder in den Konsum gesetzt wurde bzw. schließlich, mit allen möglichen Folgen, verzehrt wurde. Dass diese Begebenheiten die Menschen beunruhigen, brauche ich wohl kaum zu erwähnen. Wir hatten in den letzten Jahren die Probleme um BSE, um die Vogelgrippe und unlängst - wie gesagt - um den sogenann-

ten Gammelfleisch-Skandal. Wer die Bilder im Fernsehen gesehen hat, kann sich gut ausmalen, dass das eine Horrorvision für die Menschen ist. Sie befürchten natürlich, solches Fleisch verzehrt zu haben oder es irgendwann einmal zu verzehren. Es handelt sich um eine Angelegenheit, die international von Belang ist, weshalb eine Agentur bzw. eine Koordinierungsstelle erforderlich wäre. Das Land sollte Maßnahmen setzen, deren Umsetzung möglich ist. Wir denken, dass mit diesem Vorschlag ein Schritt in die richtige Richtung gesetzt werden könnte, weshalb ich die Kolleginnen und Kollegen um Zustimmung zum vorliegenden Beschlussantrag ersuche. Sollte die Einrichtung einer solchen Stelle nicht möglich sein, möchte ich von der Landesregierung erfahren, auf welche Art und Weise sie sicherstellen will, dass die Bürger gesunde Nahrungsmittel einkaufen können.

**LAIMER (Landesrat für Raumordnung, Natur und Landschaft, Umwelt, Wasser und Energie – SVP):** Frau Präsidentin! Es ist nicht so, dass in Südtirol keine Tätigkeit, keine Zuständigkeiten oder keine Ämter, die in diesem Bereich aktiv sind, vorhanden wären. Ich denke an das Amt für Lebensmittelanalyse, das Amt für Hygiene, die Ämter im Ressort für Landwirtschaft, aber auch an die Fachgruppen, welche Notpläne für die Problematiken Vogelgrippe und BSE aktiviert haben und einsatzbereit sind. Schon seit Jahren laufen Tätigkeiten in diesem Zusammenhang. In Bezug auf Lebensmittelproduktion, Beratung von Produzenten, Vermarktern und Verbrauchern sowie im Bereich der Kontrollen sind Strukturen geschaffen worden, die ihre Tätigkeit gut aufeinander abstimmen. Sie haben gezeigt, dass sie gut funktionieren und für die Aufrechterhaltung von gesunden Lebensmitteln arbeiten. Dies hat sich auch in den letzten Jahren erfolgreich widerspiegelt. Die Förderung von kleinen bäuerlichen Strukturen und die Einführung der Erzeugung von gentechnikfreien Produkten, die im Rahmen dessen eine Positivliste für die gesunde Fütterung darstellt, welche dann auch eingehalten wird, haben gezeigt, dass wir von allen bisherigen Lebensmittelskandalen der letzten Jahrzehnte verschont geblieben sind. Außerdem darf man Beratung und Kontrolle nicht zusammenführen. Diese beiden Dinge müssen getrennt, aber sehr wohl aufeinander abgestimmt werden. Die Trennung dieser beiden Bereiche ist gesetzlich festgelegt. Nur wenn Beratung und Kontrolle getrennt sind, kann man eine entsprechende geradlinige und glaubwürdige Information, Beratung und Kontrolle für den Bürger durchführen. Der Aufbau von Selbstkontrollen während der Produktion und der Vermarktung, sprich HCCP, sowie die Kontrolle von Markenzeichen durch externe Fachgremien oder Laboratorien sind weitere Punkte, welche Sicherheit für den Konsumenten schaffen. Denken wir nur an die Agrios-Richtlinien oder die Speck-Markenzeichen. Die amtlichen Kontrollen sind der letzte Punkt in der Reihe der Lebensmittelsicherheit. Die Lebensmittelagentur in Österreich ist mit Sicherheit eine gute Struktur. Allerdings müssen solche Institutionen immer im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Organisationseinheiten im Hintergrund gesehen werden. Letztere sind in Österreich nun mal anders als im Staat Italien, weshalb man

die beiden Agenturen nicht so ohne weiteres vergleichen kann. Sobald der Staat solche Agenturen vorschreibt, werden wir bewerten, ob wir diesen Weg einschlagen sollen. In Südtirol ist die Qualität der institutionellen Organisationen zur Lebensmittelsicherheit auf einem guten Stand. Weitere präventive und vorausschauende Maßnahmen sind in Erarbeitung und werden in Zusammenarbeit mit den Verbänden, Beratungsorganisationen, gesetzgebenden Institutionen und Kontrollorganen getroffen. Nach dem aktuellen Stand sehe ich keine Notwendigkeit, eine weitere Agentur - noch dazu innerhalb der Umweltagentur - zu schaffen. Dies wäre auch rechtlich etwas problematisch, weil die Agentur sehr stark beratend tätig ist. Insofern glaube ich, dass die bestehenden Strukturen und Ämter, die in diesem Sektor arbeiten, ausreichend sind. Die Vergangenheit hat es bereits gezeigt: Wir werden diese Tätigkeiten weiterentwickeln. Eine neue Agentur in diesem Bereich zu gründen, halte ich nicht für notwendig. Wenn Sie glauben, hier eine Verbesserung herbeiführen zu können, dann empfehle ich Ihnen, einen diesbezüglich Gesetzentwurf im Landtag einzubringen.

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Danke, Herr Landesrat! Es geht nicht darum, eine neue Struktur zu schaffen, sondern - dies steht im Beschlussantrag auch drinnen - um die Ansiedlung einer entsprechenden Koordinierungsstelle. Die verschiedenen Ämter, die Sie hier aufgezählt haben, sollten unserer Meinung nach besser koordiniert werden. Es stellt sich die Frage, ob diese Koordinierung derzeit optimal funktioniert. Das Zusammenspiel sollte vorangetrieben werden. Wir sind selbstverständlich froh darüber, wenn verschiedene Ämter in diesem Bereich tätig sind. Wir wissen aber auch, dass immer wieder neue Herausforderungen auf uns zukommen werden. Ich habe ein paar Beispiele aufgezählt. Jedes Jahr taucht eine neue Problematik auf. Wichtig ist, die verschiedenen Dienste zusammenzuführen. Deshalb bräuchten wir unserer Meinung nach eine Koordinierungsstelle bei der Umweltagentur, die diese einzelnen Ämter vernetzen kann. Ansonsten macht der eine dies und der andere jenes. Wenn wir bedenken, dass mittlerweile gerade im Lebensmittelsektor die großen Firmen eigene Agenturen haben, diese aber nicht bzw. schwer kontrollierbar sind, wäre es umso wichtiger, dass auf der unteren Ebene für entsprechende Kontrollen Sorge getragen wird. In bestimmten Bereichen im Lebensmittelsektor diktieren einige wenige große Firmen die Welt. Hier ist es für den Bürger sehr schwierig nachzuvollziehen, ob ein Lebensmittel effektiv gesund ist oder nicht. Ich möchte diese ganze "Gen-Food-Hysterie" nicht nähren, jedoch auf die Sorgen der Menschen, die in diesem Zusammenhang auftreten, hinweisen. Diese sollten wir ernst nehmen. Ich habe keine Zweifel darüber, dass die verschiedenen Stellen des Landes ihre Arbeit nicht gut machen. Nach unserem Dafürhalten bräuchte es aber - wie gesagt - eine Koordinierungsstelle. Die dafür notwendigen Maßnahmen könnte die Landesregierung, welcher eine Menge Beamte und Ämter zur Verfügung stehen, sicherlich in kürzester Zeit ausarbeiten.

**PRÄSIDENTIN:** Wir kommen zur Abstimmung: mit 6 Ja-Stimmen, 1 Stimmenthaltung und dem Rest Nein-Stimmen ist Beschlussantrag Nr. 321/05 abgelehnt.

Punkt 61 der Tagesordnung: "**Beschlussantrag Nr. 322/05 vom 28.10.2005, eingebracht von den Abgeordneten Leitner und Mair, betreffend die Passmaut - Heute die Pässe und morgen die Straßen?**"

Punto 61) dell'ordine del giorno: "**Mozione n. 322/05 del 28.10.2005, presentata dai consiglieri Leitner e Mair, riguardante pedaggi per il transito sui passi di montagna - oggi per i passi, domani anche per le strade?**"

*Passmaut - Heute die Pässe und morgen die Straßen?*

*Die zunehmende Verkehrsbelastung, insbesondere der wachsende Verkehr über unsere Pässe, stellt zweifelsohne ein großes Problem dar. Die Absicht der Landesregierung, die Pässe zu bemaunten, hat unterschiedliche Reaktionen ausgelöst. Während in den ladinischen Tälern eine bedingte Zustimmung zu vermerken ist, kommt aus der Gemeinde Stills eine mehrheitliche Ablehnung gegen eine Maut für das Stills Joch.*

*Die Argumente der Landesregierung zielen vor allem darauf ab, mit der Einführung einer Maut die Verkehrssicherheit zu gewährleisten, das betroffene Gebiet vor Überlastung zu schützen, Verkehrsstaus zu vermindern und eine bessere Luftreinhaltung sowie einen besseren Umwelt- und Landschaftsschutz zu garantieren. Allerdings ist zu befürchten, dass der wahre Grund auch darin liegen könnte, Geld in die öffentlichen Kassen zu spülen. Zumindest wäre dies für die Verwalter eine angenehme Begleiterscheinung. Dass aber die Autofahrer bereits über Maßen zur Kasse gebeten werden, wird niemand ernsthaft bestreiten. Die Südtiroler zahlen für die mit dem Gebrauch des eigenen Autos zusammenhängenden Abgaben allein in den Steuertopf des Landes jährlich rund 400 Millionen Euro. Letzthin wurde davon berichtet, dass ein Bürger für den fahrbaren Untersatz pro Jahr im Schnitt 4.000 bis 5.000 Euro ausgibt - bei den stagnierenden Löhnen und steigenden Lebenshaltungskosten nicht gerade wenig. Da wird für den Normalverbraucher jede zusätzliche Ausgabe zur Belastung und somit sind zusätzliche Mautgebühren sozial unverträglich. Zudem ist zu befürchten, dass Menschen mit niedrigem Einkommen immer öfter verzichten müssen und dass dadurch sozialer Konfliktstoff vorprogrammiert ist.*

*Da Südtirol ein Tourismusland ist und die Menschen aus den Herkunftsländern seit Jahren unter der herrschenden Wirtschaftsflaute leiden, ist jede zusätzliche Belastung problematisch. Eine Maut über Pässe, welche die Tiroler Landesteile verbinden, widerspricht der politischen Absicht, die Landesteile näher zusammenzuführen. Daher soll auf Mauten für Pässe, welche Tiroler Landesteile verbinden, grundsätzlich verzichtet werden. Im Falle des Staller Sattels kommt dazu,*

*dass Bauern aus Antholz Weideflächen in Osttirol (Defreggental) bewirtschaften, wofür sie nicht mit einer Maut bestraft werden dürfen. Vorausgeschickt, dass das Land Südtirol laut Art. 2 des Landesgesetzes Nr. 5 vom 22. Juli 2005 eine Mautgebühr für die Zufahrt und den Verkehr von Kraftfahrzeugen auf Freilandstraßen einführen kann, die in seine Zuständigkeit fallen und auf denen, auch nur zu bestimmten Zeiten im Jahr, dichtes Verkehrsaufkommen durch Kraftfahrzeuge herrscht,*

verpflichtet  
DER SÜDTIROLER LANDTAG

die Landesregierung  
zu folgenden Schritten:

1. keine Maut für Pässe vorzusehen, welche Tiroler Landesteile verbinden (z.B. Staller Sattel, Timmelsjoch);
2. jedwede Passmaut nur mit Zustimmung der betroffenen Gemeinden einzuführen und zu gewährleisten, dass die entsprechenden Einkünfte auch diesen zugute kommen sowie ausschließlich für die Ziele des gegenständlichen Gesetzes Verwendung finden;
3. keine Mautgebühren für das Befahren von Landesstraßen für Personenkraftfahrzeuge einzuführen.

-----  
*Pedaggi per il transito sui passi di montagna -  
oggi per i passi, domani anche per le strade?*

*Il sempre più forte impatto del traffico e soprattutto l'aumento del traffico veicolare sui nostri passi rappresentano indubbiamente un grande problema. L'annunciata intenzione della Giunta provinciale di voler introdurre un pedaggio per il transito sui passi ha scatenato reazioni contrastanti. Se le valli ladine hanno espresso un parziale consenso, la maggior parte degli abitanti del Comune di Stelvio sono decisamente contrari all'idea di un pedaggio.*

*La Giunta provinciale motiva la decisione di introdurre un pedaggio con la volontà di garantire una maggiore sicurezza stradale, di evitare un eccessivo traffico in quelle zone e di ridurre ingorghi e incolonnamenti, per una migliore qualità dell'aria e una più efficace tutela dell'ambiente e del paesaggio. Tuttavia c'è da temere che il vero motivo possa essere anche quello di far entrare denaro nelle casse pubbliche. Se non altro per gli amministratori sarebbe un piacevole effetto collaterale. Tuttavia, nessuno potrà seriamente negare che gli automobilisti non siano già tartassati oltre misura. Per tutti gli oneri legati all'uso della macchina i sudtirolesi versano annualmente ca. 400 milioni di euro nelle casse della Provincia. Di recente è stato comunicato che per un proprio mezzo di locomozione un cittadino spende in media dai 4000 ai 5000 euro all'anno, il che non è proprio poco, in un periodo di salari stagnanti e crescente caro vita. In questa situazione ogni spesa aggiuntiva diventa un onere per il consumatore medio e quindi i pedaggi sono socialmente insostenibili. C'è il rischio che le persone con basso reddito saranno sempre più spesso costrette a rinunciare, cosa che finirebbe per gettare benzina sul fuoco del conflitto sociale.*



*Dato che il Sudtirolo è una regione turistica e che i turisti provengono da paesi in cui da anni perdura una situazione di stagnazione economica, ogni onere che si aggiunge rende la situazione ancor più critica. Un pedaggio per il transito sui passi che collegano le varie parti del Tirolo va contro l'intenzione politica di stringere i rapporti. Per questo motivo bisogna per principio rinunciare a introdurre pedaggi per il transito sui passi che collegano le varie parti del Tirolo. Nel caso di Passo Stalle si aggiunge il fatto che vi sono contadini di Anterselva che coltivano pascoli nel Tirolo orientale (Defreggental) e per questo non possono essere puniti con il pagamento di un pedaggio.*

*Premesso che ai sensi dell'art. 2 della legge provinciale n. 5 del 22 luglio 2005 la Provincia può istituire una tariffa d'uso per l'ingresso e la circolazione di veicoli a motore su strade extraurbane di propria competenza, interessate, anche in singoli periodi dell'anno, da consistenti flussi di veicoli a motore,*

*il Consiglio della Provincia autonoma di Bolzano  
impegna*

*la Giunta provinciale*

- 1. a non introdurre pedaggi per il transito sui passi che collegano le varie parti del Tirolo (per es. Passo Stalle, Passo Rombo);*
- 2. a introdurre eventuali pedaggi solo previo consenso dei comuni interessati, garantendo che i relativi proventi andranno anche a loro beneficio e verranno esclusivamente utilizzati per gli scopi indicati nella legge in questione;*
- 3. a non introdurre tariffe d'uso (pedaggi) per la circolazione di automobili sulle strade provinciali.*

Abgeordneter Leitner, Sie haben das Wort für die Erläuterung.

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Danke, Frau Präsident! Diese Thematik hat bereits im vergangenen Jahr, aber auch heuer für sehr viel Diskussionsstoff gesorgt und die unterschiedlichsten Meinungen hervorgebracht. Die Bevölkerung hat den Eindruck - das erfahren nicht nur wir, sondern wahrscheinlich alle Kolleginnen und Kollegen -, dass das Land beim Erfinden neuer Einnahmen sehr viel Phantasie aufbringt. Sehr viel weniger Phantasie bringt das Land aber dann auf, wenn es darum geht, bestimmte Lösungen vorzuschlagen. Jeder wird zugeben bzw. damit einverstanden sein, wenn wir sagen, dass es Maßnahmen braucht, um die Natur und unsere Landschaft besser zu schützen. Zu glauben, dass man mit dem Einheben einer Maut von beispielsweise 5 Euro - davon war die Rede - den Verkehr auf den Dolomitenpässen reduzieren kann, ist ebenso blauäugig wie die Meinung zu vertreten, mit der Erhöhung des Benzinpreises das Autofahren einschränken zu können. Man trifft wieder einmal die sozial Schwachen, die es sich nicht leisten können. Den anderen Menschen ist es wahrscheinlich piepegal. Es gibt eine Umfrage, die im Dolomiten-Gebiet durchgeführt wurde. Bei der Befragung von Touristen, beispielsweise Motorradfahrern, ist herausgekommen, dass ein Großteil von ihnen nichts gegen eine Bemautung der Pässe einzuwenden hätte. Kein einziger würde deshalb weniger fahren. Auch die Naturschutz-

verbände, der Alpenverein, der CAI und andere haben zu diesem Thema Stellung bezogen und gemeint, dass man durch die Einhebung einer Passmaut sicherlich nicht erreichen wird, dass weniger gefahren wird. Sie haben die zeitweilige gänzliche Schließung der Pässe vorgeschlagen. In diesem Bereich tut sich somit sehr viel und die Meinungen gehen weit auseinander.

In der Zwischenzeit - nach Einreichung dieses Beschlussantrages - hat die Landesregierung eine Maßnahme mit dem Bundesland Tirol getroffen, mittels der das Land Südtirol an der Maut über das Timmelsjoch mitkassiert. Wir haben die Meinung vertreten und tun dies nach wie vor, dass gerade bei inner-tirolischen Pässen die Einhebung einer Maut kontraproduktiv wirkt. Wir reden in Sonntagsreden immer davon, wie wichtig es ist, die beiden Tiroler Landesteile zusammenzuführen. Damit das geschieht, verlangen wir auch noch eine Maut! Danke! Dieses Signal verstehe, wer es verstehen kann, wir verstehen es jedenfalls nicht. Es handelt sich sicherlich um das falsche Signal. Das gilt für das Timmelsjoch genauso wie für den Staller Sattel, bei dem sich die Gemeinden gegen die Einhebung einer Maut ausgesprochen haben. Es gibt in diesem Zusammenhang dann noch die Problematik, dass beispielsweise hiesige Bauern Almen im anderen Gebiet besitzen. Natürlich kann man für solche Situationen Ausnahmeregelungen schaffen. Wenn wir aber grundsätzlich von allen etwas verlangen, dürfen wir uns nicht wundern, dass sich die Bürger fragen: Was dürfen wir noch unentgeltlich tun? Dürfen wir noch unentgeltlich die Luft einatmen? Oder müssen wir dafür auch schon bezahlen? Es geht ja schon so weit, dass man bereits über eine Maut auf den Fahrradwegen diskutiert. Über diesen Weg wird man die angestrebten Ziele sicherlich nicht erreichen! Deshalb schlagen wir vor, dass keine Maut für Pässe, welche Tiroler Landesteile verbinden, eingehoben wird. Das bedeutet, dass auf dem Timmelsjoch keine Maut mehr eingehoben werden darf. Außerdem sollte jedwede Passmaut nur mit Zustimmung der betroffenen Gemeinden eingeführt werden. Dabei muss gewährleistet sein, dass die entsprechenden Einkünfte auch diesen Gemeinden zugute kommen sowie ausschließlich für die Ziele des gegenständlichen Gesetzes Verwendung finden. Hier sollte also keine Einnahmequelle erschlossen werden, mit der man praktisch machen kann, was man will. Außerdem sollten keine Mautgebühren für das Befahren von Landstraßen für Personenkraftfahrzeuge eingeführt werden. Die Diskussion ist ja nie abgeschlossen worden. Man hat jetzt zwar gesagt, dass auf der Mebo keine Maut eingehoben wird, aber was passiert - diese konkrete Frage richte ich an den Landesrat, da man heute in Rom diesbezüglich verhandelt - mit dem Fahrverbot für Euro-1- und Euro-0-Fahrzeugen auf der Autobahn? Die konkrete Frage lautet: Wenn Euro-1- und Euro-0-Fahrzeuge auf der Autobahn nicht fahren dürfen, dürfen sie dann auf der Staatsstraße auch nicht fahren? Was würde das Verbot bewirken, wenn wir zwar die Autobahn von diesen "Stinker-Fahrzeugen" freihalten, diese aber ungehindert auf der Staatsstraße, die ja vom Land verwaltet wird, verkehren dürfen? Diese konkreten Fragen haben bereits mehrere Bürger an mich gerichtet, weil in der Öffentlichkeit nicht klar dargestellt worden ist, ob dies möglich ist oder nicht. Wäre das möglich, müsste

man feststellen, dass das Fahrverbot auf der Autobahn wirklich für die Katz ist. Dieser Beschlussantrag geht in die klare Richtung, dass man keine neuen Einnahmequellen erschließt, sondern - wenschon - Maßnahmen im Sinne des Umweltschutzes trifft.

**KLOTZ (UFS):** Pius Leitner hat das Beispiel vom Timmelsjoch genannt. Auf dem Timmelsjoch wurde heuer - soweit ich weiß - bereits eine Maut von zweieinhalb oder dreieinhalb Euro eingehoben, die dann in die Kasse des Landes Südtirol eingingen. Deshalb möchte ich in erster Linie folgende Fragen stellen: Welche Erfahrungen hat man damit bzw. wie wird dieser Umstand von der Bevölkerung aufgenommen? Wie wird dieser Vorgang im Detail geregelt? Welche Ausnahmeregelungen hat es gegeben? Ich denke dabei an die Erfahrungen, die man in diesem Zusammenhang gesammelt hat. Ich weiß nicht, wie es mit den Pässen in Ladinien steht, aber vom Timmelsjoch weiß ich beispielsweise, dass es diese Regelung bereits gibt. Deshalb er-  
suche ich um Antworten auf meine gestellten Fragen!

**KURY (Grüne Fraktion – Gruppo Verde – Grupa Vërda):** Zwei Worte, um zu erklären, dass wir diesem Antrag nicht zustimmen können. Wir können zwar einiges in der Argumentation des Kollegen Leitner nachvollziehen, kommen allerdings zu einer unterschiedlichen Schlussfolgerung. Wir finden auf Tagesordnungspunkt 140 die Resolution des Heimatpflegeverbandes, des Dachverbandes, der CIPRA usw. Im Grunde genommen sagen auch wir, dass diese Mauteinführung eigentlich keine Verkehrsverminderung, sondern ausschließlich Einnahmen mit sich bringt. Soweit bin ich mit der Argumentation von Pius Leitner völlig einverstanden. Die Umweltverbände stellen dann aber eine andere Forderung, nämlich die Forderung nach der zeitweiligen Schließung der Dolomitenpässe in den Sommermonaten. Dies deshalb, damit die Touristen auf den öffentlichen Verkehr umsteigen, während die Einheimischen bzw. die einheimische Wirtschaft von diesem Verbot ausgenommen wären. Dies wäre ein konsequenter Vorschlag, wenn es tatsächlich um das Ziel ginge, den Verkehr über die Alpenpässe zu verringern. In dem Moment ist das, was die Umweltverbände vorgeschlagen haben, der einzige konsequente Vorschlag, der dieses Ziel erreicht, während die Einführung der Maut wahrscheinlich die gegenteilige Auswirkung hat. Die Umweltverbände haben aufgrund von Studien im Zusammenhang mit dem Großglockner usw. die Befürchtung geäußert, dass die Einführung der Maut sogar eine Steigerung des Verkehrs mit sich bringen könnte, weil es damit "in" wird, diese Tour zu machen. Im Übrigen werden die vorgesehenen 5 Euro wirklich niemanden davon abhalten, einen Sonntagsausflug zu machen. Insofern gibt es eine ganze Reihe von Argumenten, die Kollege Leitner und wir gemeinsam haben. Allerdings sagen wir nicht: "Weg mit der Maut, tun wir nichts, um den Tourismus zu stören", sondern: "Weg mit der Maut, aber anstelle der Mauteinhebung ist eine Maßnahme zu treffen, die tatsächlich das Ziel der Verkehrsverringern erreicht und nicht nur die Kassen füllt. Insofern haben wir trotz

gleicher Argumentation eine unterschiedliche Zielrichtung, weshalb wir diesen Antrag nicht unterstützen können.

**PASQUALI (Forza Italia):** Voterò a favore di questa mozione, perché a mio parere il pedaggio è uno strumento medioevale in virtù del quale si inventavano tributi a favore del principe o del feudatario. L'introduzione di questo concetto nel 2006 è veramente antistorico e costituisce un attentato al principio della libertà in senso generale, non solo per la circolazione dei veicoli. Introdurre un'ulteriore tassa, uno strumento burocratico nei confronti di chi circola sulle strade, è un provvedimento feudale.

Appoggio le argomentazioni del consigliere Leitner per quello che riguarda la diminuzione dei veicoli. Non ci sarà nessuna diminuzione di circolazione, quindi se il provvedimento dovesse andare nella direzione di portare alla diminuzione della circolazione, appare inutile.

Andrebbro anche chiarite le direzioni per le quali verranno investiti questi soldi che la Provincia accumulerebbe in virtù di questo provvedimento. Sono quindi favorevole alla mozione dei Freiheitlichen.

**MUSSNER (Landesrat für ladinische Kultur und ladinische Schule sowie Bauten – SVP):** Frau Präsidentin, geschätzte Kolleginnen und Kollegen! Es stimmt, dass über die Einhebung der Maut auf den Dolomitenpässen sehr viel gesprochen worden ist. Ich möchte klipp und klar sagen, dass es uns dabei nicht um neue Einnahmen geht. Herr Leitner, Sie haben gesagt, wir hätten sehr viel Phantasie, wenn es darum geht, Einnahmen zu erwirtschaften, aber wenig Phantasie, wenn es darum geht, sinnvolle Maßnahmen zu tätigen. Vielleicht wird das immer mit mir in Zusammenhang gebracht, aber wir haben schon gezeigt, dass wir uns auch in Bezug auf die Einnahmen auf andere Seiten bewegen können. In diesem Bereich bestand wirklich nicht die Absicht, Einnahmen für unsere Kassen zu erzielen. Wir zielten einzig und allein darauf ab, unsere einmalige Natur zu schützen bzw. das bestehende Gleichgewicht der Natur auch für die Zukunft zu erhalten. Selbstverständlich geht es dabei auch darum, den Verkehr zu reduzieren. Wir sind der Meinung, dass die Einhebung einer Maut hierbei nützlich ist. Wir haben diesbezügliche Studien vorliegen. Ich persönlich bin auch der Meinung, dass der Verkehr um wenigstens 20 Prozent reduziert werden muss. Selbstverständlich kann es nicht bei dieser einzigen Maßnahme bleiben, sondern es müssen Alternativen zum Individualverkehr geschaffen werden. Bereits heuer im Sommer haben wir auf den Dolomitenpässen eine Maut eingehoben, und die betroffenen Bürger sagen alle, dass es bereits heuer weniger Verkehr gegeben hat. Eine Maut von 5 Euro ist ganz bestimmt keine Belastung, die für die Schwachen gedacht ist, wie Sie gemeint haben. Wir haben sehr wohl überlegt und vorgesehen, dass die Bauern und jene Leute, die auf den Pässen wohnen, nichts bezahlen müssen. Die Probleme, welche mit Nordtirol entstehen könnten, haben wir bereits vorher besprochen. Es ist doch kein

Element der Trennung, wenn man von einer Maut redet, die vorher schon eingehoben wurde! Auf dem Timmelsjoch haben wir diese Erfahrung gemacht. Die Gemeinde Moos in Passeier war sehr wohl damit einverstanden, eine solche Maut einzuführen. Auf der anderen Seite pflegten wir auch Kontakte mit einer Privatgesellschaft. Eigentlich hat es diesbezüglich überhaupt keine Probleme gegeben.

Frau Klotz, es stimmt, dass wir seit dem 25. Juni dieses Jahres 2,16 Euro pro Fahrt kassieren. Es funktioniert tadellos. Man konnte jedoch nicht verzeichnen, dass deswegen weniger Autos auf den Pässen gefahren sind. Auf dem Timmelsjoch gab es die größte Akzeptanz, weswegen wir auch dort mit der Einhebung dieser Maut begonnen haben. Nicht der Fall ist dies bei den Pässen im Dolomitenbereich und auf dem Stilfser Joch. Dort führen wir Gespräche mit den Nachbarprovinzen Belluno, Trient und Sondrio. Ich möchte daran erinnern, dass die Gemeinden Moos in Passeier, Wolkenstein und Corvara unserem Vorhaben bereits zugestimmt haben. Mit der Gemeinde Stilfs sind wir noch nicht soweit. Der Großteil der Gemeinden ist also mit unseren Maßnahmen einverstanden.

Ich glaube nicht, Kollege Pasquali, dass man hier von einer mittelalterlichen Maßnahme sprechen kann. Wir müssen feststellen, dass diese sogenannten mittelalterlichen Maßnahmen in Venedig, Florenz, Siena, Montepulciano usw. immer noch weiter geführt werden. Sie wissen genau, dass ein Bus, der in die Stadt fährt, zur Kasse gebeten wird. Dies haben uns in Italien schon viele vorgemacht. Mit der Einhebung einer Maut von 5 Euro wollten wir lediglich ein Zeichen setzen. Dadurch wollen wir bewirken, dass viele auf die Alternative Bus umsteigen. Den kleineren Bussen würde die Fahrt erleichtert. Deswegen sprechen wir hier von einem neuen Mobilitätskonzept, das mit Alternativmaßnahmen durchgeführt wird.

Frau Klotz, Sie haben sowohl das Problem der Timmelsjochstraße, worauf ich bereits geantwortet habe, als auch den Staller Sattel angesprochen. In Bezug auf den Staller Sattel haben wir unser Vorhaben fallen gelassen. Dies nicht etwa deshalb, weil die Gemeinde interveniert hat, sondern weil dort niemand bereit ist zu kassieren. Deswegen wird auf dem Staller Sattel keine Maut eingeführt. Als nächstes werden wir für das Stilfser Joch, das Grödner Joch und das Sella Joch eine Entscheidung treffen.

Ich möchte wiederholen, dass dort, wo wir bereits eine Maut einheben, alle damit zufrieden sind. Es wird uns versichert, wie wichtig es für die Gemeinde ist, weil die Gelder nicht - wie Sie gesagt haben - im Landeshaushalt verbleiben, sondern weitergegeben werden. Dies ist gesetzlich festgeschrieben. Die Gelder, die heuer auf dem Timmelsjoch mit der Maut kassiert wurden, werden zur Gänze für die Mobilitätsverbesserung, Instandhaltung bzw. Sicherheitsvorkehrungen auf dieser Straße zum Timmelsjoch verwendet werden. Meiner Ansicht nach ist dies sehr positiv zu bewerten.

Es gibt natürlich Ausnahmeregelungen. Die Bauern bzw. Grundbesitzer brauchen selbstverständlich keine Maut zu bezahlen. Ausnahmen gelten natürlich auch für jene Menschen, die dort wohnen. Es sind eine Reihe von Ausnahmeregelungen

vorgesehen. Auch Pendler müssen keine Maut bezahlen. Ich könnte Ihnen eventuell eine Liste der Ausnahmeregelungen zukommen lassen.

Ich ersuche deshalb, gegen die drei Punkte des beschließenden Teils des Beschlussantrages zu stimmen. Es ist nicht möglich, auf dieses Projekt zu verzichten. Die Gemeinden haben - wie gesagt - bereits zugestimmt. Wir stehen laufend in Kontakt mit den Gemeinden. Mehrere Gemeinden - wie gesagt - haben sich schon positiv dazu geäußert. Mautgebühren für Personenfahrzeuge auf Landstraßen einzuführen, ist nicht möglich. Wennschon müsste diese Regelung alle Straßen betreffen. Aber in diesem Fall sind ausschließlich die Staatsstraßen betroffen. Deswegen bin ich der Meinung, dass wir diesem Beschlussantrag nicht zustimmen können.

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Frau Präsident, danke, Herr Landesrat! Die Diskussion hat gezeigt, dass dieses Thema sehr kontrovers diskutiert wird, es aber ein Thema für die Bevölkerung ist. Sehr interessant sind die ersten Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der Einführung der Maut auf dem Timmelsjoch gemacht wurden. Wenn ich richtig verstanden habe, sind heuer nicht etwa weniger Fahrzeuge über das Timmelsjoch gefahren, als dies im letzten Jahr der Fall war. Infolgedessen handelt es sich in erster Linie um eine Einnahmequelle und keine Verkehrsbeschränkung. Wir haben gehört, dass der Landeshauptmann im Morgentelephon ...

**MAIR (Die Freiheitlichen):** Nicht der Landeshauptmann, jemand vom Jagdverband!

**LEITNER (Die Freiheitlichen):** Es herrscht also die Meinung, dass Südtirol nicht so sehr eine Naturlandschaft, sondern eine Kulturlandschaft sei. Es ging um die Murmeltiere. Ich bin nicht dagegen, dass die Murmeltiere abgeschossen werden, das ist aber eine andere Frage. Das Verständnis der Menschen ist schon sehr unterschiedlich und in gewisser Hinsicht auch sehr ausgeprägt. Niemand wird etwas dagegen haben, dass Maßnahmen gesetzt werden, um die Natur zu schützen. Diese Sensibilität ist in der Bevölkerung grundsätzlich vorhanden. Ich habe manchmal den Eindruck, dass man nicht genau liest, was in unseren Forderungen enthalten ist. Ich weiß, dass wir mit den Kolleginnen und Kollegen der Grünen nicht immer einer Meinung sind, wenn es um Mobilität und dergleichen Dinge geht. Aber wir betonen, dass jedwede Passmaut nur mit der Zustimmung der betroffenen Gemeinden eingeführt werden darf. Wir sagen also nicht grundsätzlich Nein dazu. Aber solche Vorhaben müssen abgewogen und mit den Gemeinden besprochen werden. Vor allem muss garantiert werden, dass die Gelder auch den Gemeinden zur Verfügung stehen. Der Landesrat hat uns soeben mitgeteilt, dass die Gelder aus der Timmelsjoch-Maut der Gemeinde Moss in Passeier zugute kommen. Das ist - so gesehen - sicherlich in Ordnung, wenn sie dann auch für Maßnahmen verwendet werden, die der Instandhaltung der Straßen, Lärmschutzmaßnahmen, Sicherheitsarbeiten usw. dienen. Dies zum einen. Im Gesetz

steht allerdings etwas anderes, und deswegen ist hier Spielraum offen. Wir wissen nicht, was auf uns zukommt. Laut Landesgesetz Nr. 5 vom 22. Juli 2005 kann das Land eine Mautgebühr für die Zufahrt und den Verkehr von Kraftfahrzeugen auf Freilandstraßen einführen, die in seine Zuständigkeit fallen - das heißt also grundsätzlich auf allen -, wenn auch nur zu bestimmten Zeiten im Jahr dichtes Verkehrsaufkommen durch Kraftfahrzeuge herrscht usw. Das bedeutet theoretisch, dass man jetzt bei den Pässen mit der Einhebung der Maut beginnt. Deswegen haben wir in unserem Beschlussantrag auch den Titel "Passmaut - Heute die Pässe und morgen die Straßen?" gegeben. Ob es dann Pläne gibt, dies in irgendeiner Weise weiterzuführen, wissen wir nicht. Die Sorge, die wir haben, ist jene, dass die Landesregierung diese Maßnahmen dazu nützt, Gelder unter dem Deckmantel des Umweltschutzes einzutreiben. Diesen Eindruck haben viele Menschen. Dies zu entkräften, ist Aufgabe der Landesregierung. Das werden wir mit den Folgemaßnahmen sicherlich sehen. Wir möchten aber verhindern, dass hier eine neue Wegelagerei eingeführt wird, sozusagen ein neues Raubrittertum im Sinne mittelalterlicher Zustände, wie es Kollege Pasquali bereits gesagt hat!

**PRÄSIDENTIN:** Wir stimmen über Beschlussantrag Nr. 322/05 ab: mit 3 Ja-Stimmen, 3 Stimmenthaltungen und dem Rest Nein-Stimmen abgelehnt.

Die Abgeordnete Mair hat soeben beantragt, den Punkt 62 der Tagesordnung, Beschlussantrag Nr. 323/05, zu vertagen.

Abgeordnete Klotz, Sie haben das Wort zum Fortgang der Arbeiten.

**KLOTZ (UFS):** Frau Präsidentin, ich möchte der Neugier halber fragen, wer sich von den Landesräten entschuldigt hat! Es ist ein großes Rätselraten, welche Tagesordnungspunkte behandelt werden können. Welche Landesräte haben sich für heute entschuldigt? Danke.

**PRÄSIDENTIN:** Entschuldigt sind Landeshauptmann Durnwalder, Landesrat Berger und Landesrat Widmann. Es ist umgekehrt aber auch so, dass sich die Einbringer weigern, Beschlussanträge zu behandeln, obwohl die Landesräte anwesend wären. Das erleichtert das Arbeiten im Landtag nicht unbedingt.

Punkt 72 der Tagesordnung: **"Beschlussantrag Nr. 333/05 vom 13.12.2005, eingebracht von den Abgeordneten Urzì, vom ehemaligen Abgeordneten Holzmann sowie vom Abgeordneten Minniti, betreffend: Krankenhaus Bozen braucht Apotheke."**

Punto 72) dell'ordine del giorno: **"Mozione n. 333/05 del 13.12.2005, presentata dai consiglieri Urzì, ex-consigliere Holzmann e consigliere Minniti, riguardante una farmacia all'ospedale di Bolzano."**

*Krankenhaus Bozen braucht Apotheke*

*Die Errichtung einer Apotheke oder zumindest einer Medikamentenverteilungsstelle im Bozner Krankenhaus ist angesichts des regen Publikumsverkehrs im Krankenhaus der Landeshauptstadt absolut notwendig.*

*Am Krankenhaus Bozen erfolgen Tag für Tag zahlreiche ärztliche Leistungen und fachärztliche Visiten in den Ambulatorien, bei denen den Patienten auch Arzneimittel verschrieben werden.*

*Es ist verwunderlich, dass alle, vor allem die älteren Personen, gezwungen sind, zusätzlich zur Visite im Krankenhaus weitere Unannehmlichkeiten auf sich zu nehmen, um sich in der Apotheke in ihrem Heimatort die nötigen Medikamente zu besorgen.*

*Sowohl eine Apotheke als auch eine Medikamentenverteilungsstelle wäre äußerst nützlich, da sie für alle Kunden bei durchgehender Öffnungszeit an jedem Tag des Jahres einen wichtigen Bezugspunkt darstellen würde.*

*Der Bozner Gemeinderat hat kürzlich einen Beschlussantrag zwecks Errichtung einer derartigen Struktur genehmigt und damit die Voraussetzungen für eine entsprechende Folgemaßnahme des Landes geschaffen.*

*All dies vorausgeschickt,*

*verpflichtet*

**DER SÜDTIROLER LANDTAG**

*die Landesregierung,*

*eine Voruntersuchung zwecks Errichtung einer Apotheke oder einer Medikamentenverteilungsstelle im Bozner Krankenhaus in die Wege zu leiten.*

-----

*Una farmacia all'ospedale di Bolzano*

*La collocazione di una farmacia o, al limite, un dispensario farmaceutico all'interno dell'ospedale di Bolzano, considerati gli alti volumi di frequenza di pubblico nella struttura sanitaria del capoluogo, torna di assoluta attualità.*

*All'ospedale di Bolzano sono praticate quotidianamente numerosissime prestazioni sanitarie e visite ambulatoriali che si risolvono anche con la prescrizione di farmaci ai pazienti in cura.*

*È singolare che tutto il pubblico, specie quello anziano, sia costretto a sopportare ulteriori disagi (oltre a quello legato alla visita ospedaliera) per procurarsi nella farmacia presso il luogo di residenza i medicinali necessari.*

*Una vera farmacia come un dispensario farmaceutico si rivelerebbe di grande utilità potendo costituire un punto di riferimento permanente (con turno continuato) per tutta l'utenza, in ogni giornata dell'anno.*

*Il Consiglio comunale di Bolzano ha approvato recentemente una mozione favorevole all'istituzione di una struttura di questo tipo creando le premesse per un adeguato e coerente intervento conseguente della Provincia.*

*Tutto ciò premesso,*

**IL CONSIGLIO DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**

*impegna*

*la Giunta provinciale*



*a garantire l'istituzione di una farmacia o di un dispensario farmaceutico all'interno dell'ospedale di Bolzano.*

Abgeordneter Urzì, Sie haben das Wort für die Erläuterung.

**URZÌ (AN):** Qui si tratta di saper rendere compatibili degli interessi commerciali con gli interessi pubblici. A mio avviso prevale sempre il primo, l'interesse pubblico, di rappresentanza che l'ente pubblico ha la necessità di garantire dei bisogni della collettività e dei cittadini. Ci troviamo di fronte al problema che è dato dall'assenza, al contrario di quanto accade in molte aree ospedaliere anche al di fuori dei confini della nostra provincia, di una farmacia, di un luogo in cui i pazienti dell'ospedale, affrontata talvolta anche in condizioni difficili una visita medica specialistica o generale, possano poi ottenere, secondo prescrizione rilasciata, il medicinale che a loro serve o l'ausilio terapeutico che a loro è stato prescritto. Consideriamo che molti sono pazienti che hanno difficoltà di ordine motorio, molti anziani, che il traffico presso l'ospedale di Bolzano è notevolissimo, che centinaia di visite si susseguono ogni giorno, che in molti casi vengano prescritti anche farmaci, come è normale che sia. Il paziente che si trova in una particolare difficoltà di ordine motorio, già condizionato dai collegamenti sul bus piuttosto che su un altro mezzo, deve affrontare talvolta una difficoltosa trasferta, raggiungere l'ospedale di Bolzano, non per tutti cosa agevole, anche se ben collegato.

Poi però c'è la necessità magari in determinati orari non di apertura commerciale, tornando a casa, di affrontare una nuova tappa che è quella di raggiungere la farmacia per poter poi ottenere il medicinale di cui ha bisogno oppure l'ausilio che è stato prescritto. Questo è l'interesse generale dei cittadini. Soddisfarlo significa garantire la risoluzione di un problema che si è palesato, condiviso da tutti coloro che abbiano la volontà di porsi di fronte alla questione senza nessun tipo di pregiudizio. Ovviamente l'ospedale non può trasformarsi in una struttura commerciale al servizio di questo o quello, né l'ente pubblico può permettersi di privare aree che sono destinate ad un servizio di carattere sanitario per cederle a terzi. Si può prevedere però, e questo è nelle prerogative dei diversi soggetti pubblici interessati - il Comune, la Provincia - la possibilità di individuare nelle aree vicine all'ospedale quell'area adeguata ben servita, prossima agli ambulatori, alle strutture mediche per poter realizzare questo tipo di struttura che può essere considerata di servizio per la soluzione di un problema che è palese e particolarmente avvertito.

Le ultime novità sembravano aver risolto anche il problema in linea di principio legato al bacino di utenza delle farmacie attualmente distribuite sul territorio di Bolzano, liberando sostanzialmente quell'area prossima all'ospedale di Bolzano proprio per l'eventuale trasferimento o insediamento di una nuova farmacia. Credo che questo passo già svolto - su questo l'assessore Theiner ci potrà dare una conferma - apra la strada ad una soluzione eventuale del problema. C'è però la politica che deve

saper raccogliere gli stimoli e dare le risposte convenienti, risposte che ci aspettiamo da parte dell'assessore Theiner in termini rassicuranti, perché sia prevista la possibilità di istituzione di una farmacia. Correggerei il testo della parte impegnativa della mozione dove c'è scritto "all'interno dell'ospedale di Bolzano", all'insegna di ciò che ho detto, con "in prossimità dell'ospedale di Bolzano". Anzi, signor presidente, La invito subito a prendere atto di questa modifica, per evitare un conflitto di ruoli, di funzioni fra due istituzioni e due servizi diversi che hanno la necessità di rimanere distinti anche nella loro localizzazione.

Mi aspetto che Bolzano possa fare in un certo qual modo da apripista in questa sperimentazione che si vorrebbe potesse tradursi anche in una prassi definitiva e che possa fare un po' da scuola anche per altre realtà sul territorio provinciale.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE:

**Dott. RICCARDO DELLO SBARBA**

VORSITZ DES PRÄSIDENTEN:

**PRESIDENTE:** La parola all'assessore Theiner per la replica.

**THEINER (Landesrat für Gesundheit und Sozialwesen – SVP):** Sehr geehrter Herr Präsident, geschätzte Kolleginnen und Kollegen! Im Zusammenhang mit diesem Beschlussantrag möchte ich Folgendes festhalten. Sie wissen, dass der Apothekenverteilungsplan in der Zuständigkeit der Landesregierung liegt. Diesbezüglich wird die Apothekenkammer vorher befragt und das Plankomitee gibt dann ein entsprechendes Gutachten ab. Im Rahmen der Überarbeitung des Apothekenverteilungsplanes hat die Gemeinde Bozen eine Abänderung in Bezug auf einige Einzugsgebiete von Apotheken der Stadt Bozen vorgeschlagen. Unter anderen sollte eine Apotheke auch in die Nähe des Krankenhauses von Bozen verlegt werden. Dieser Vorschlag wurde von der Südtiroler Landesregierung genehmigt. Bereits am 5. Dezember 2005 hat die Landesregierung den Apothekenverteilungsplan genehmigt und den Wunsch der Stadtgemeinde Bozen berücksichtigt. Somit kann die Apotheke des 24sten Sitzes der Gemeinde Bozen ihren Sitz in die Nähe des Krankenhauses verlegen. Ihr Beschlussantrag ist gewissermaßen überholt.

Der Vollständigkeit halber möchte ich noch auf die Frage eingehen, ob diese Apotheke nicht in das Areal des Krankenhauses verlegt werden kann. Diesbezüglich hat die Anwaltschaft des Landes in einem Gutachten festgehalten, dass dies nicht möglich ist, da die Diktion "in unmittelbarer Nähe" lautet. Somit ist bereits alles beschlossen.

**URZÌ (AN):** Ringrazio l'assessore Theiner che sostanzialmente conferma la validità dell'opzione indicata attraverso la mozione, che ricorda quanto abbiamo già avuto occasione di indicare, ossia l'attuazione e l'approvazione da parte della Giunta provinciale del piano di distribuzione, ancora nel dicembre 2005. Il fatto che siamo nel settembre 2006 evidentemente un significato lo avrà anche e sarebbe stato bene tentare di giustificare questo rinvio nel tempo di una scelta importante. Se la Provincia ha fatto la sua parte nel riconoscere, approvandolo, il piano di distribuzione del Comune di Bolzano, crediamo possa fare la sua parte anche nel sollecitare ulteriormente, accelerando le procedure, eventualmente con gli strumenti che le sono riconosciuti, per l'istituzione di questa farmacia non all'interno ma nelle immediate vicinanze dell'ospedale di Bolzano. Ne avevamo piena consapevolezza di questo parere dell'Avvocatura della Provincia; per questo avevo richiesto che la mozione fosse corretta in questo passaggio, quindi "nelle immediate vicinanze dell'ospedale di Bolzano".

Su questo rimane quindi un punto interrogativo nel senso che abbiamo la piena comprensione di come molto si sia fatto, fino ad un certo punto, ma che poi la cosa sia stata un po' lasciata, non dico nel dimenticatoio, ma impedendo che potesse tradursi in una effettiva iniziativa, cioè l'istituzione della farmacia. Auspico che però anche questo dibattito in Consiglio provinciale possa far tornare al centro delle volontà e delle attenzioni il problema che non è marginale ma avvertito da migliaia di cittadini di questa nostra provincia.

Ritengo che la mozione mantenga la sua piena attualità e ritengo possa essere messa al voto, a testimoniare una volontà di accelerazione di interesse rispetto al caso e non il suo abbandono a meglio indistinte sorti.

**PRESIDENTE:** Il consigliere Urzì ha fatto la seguente correzione: "Nella parte impegnativa le parole "all'interno" vengono sostituite con le parole "in prossimità"."

"Im beschließenden Teil werden die Worte "im Bozner Krankenhaus" durch die Worte "in der Nähe des Bozner Krankenhauses" ersetzt."

Pongo in votazione la mozione n. 333/05 così emendata: respinta con 11 voti favorevoli e 11 voti contrari.

Chiedo la consigliera Kury, se è possibile trattare la mozione n. 336/05?

**KURY (Grüne Fraktion – Gruppo Verde – Grupa Vërda):** Man kann diesen Beschlussantrag sehr wohl behandeln. Ich bin dabei, einen Abänderungsantrag betreffend den beschließenden Teil des Beschlussantrages zu formulieren. Ich werde ihn sofort vorlegen.

**PRESIDENTE:** Interrompo la seduta.

ORE 12.30 UHR

-----

ORE 12.37 UHR

**PRESIDENTE:** La seduta riprende.

Punto 75) dell'ordine del giorno: **"Mozione n. 336/05 del 16.12.2005, presentata dai consiglieri Kury, Dello Sbarba e Heiss, riguardante il piano paesaggistico del Comune di Prato allo Stelvio."**

Punkt 75 der Tagesordnung: **"Beschlussantrag Nr. 336/05 vom 16.12.2005, eingebracht von den Abgeordneten Kury, Dello Sbarba und Heiss, betreffend den Landschaftsplan der Gemeinde Prad am Stilfserjoch."**

*Piano paesaggistico del Comune di Prato allo Stelvio*

*La I commissione per la tutela del paesaggio ha approvato in data 16 marzo 2005 la bozza di piano paesaggistico del Comune di Prato, nella quale sono poste sotto tutela le aree comunali di interesse ecologico nell'ambito della ripermetrazione del Parco nazionale dello Stelvio.*

*Già nell'aprile del 2002 il consiglio del Parco aveva deciso che l'area "Prader Sand" e i boschi riparali dovevano essere classificati come biotopi provinciali. Secondo il parere IBA (Important Bird Area) di Leo Unterholzner tra le zone escluse dal Parco ci sono aree importanti da un punto di vista naturalistico e per la protezione delle specie, tra cui prati umidi, boschi riparali e l'area ripariale "Prader Sand". Nel 2004 nelle linee guida del Comune di Prato è stato specificato l'espresso desiderio dei cittadini e delle cittadine di veder poste sotto tutela l'area "Prader Sand" e l'area cosiddetta della "cultura".*

*In questi giorni anche l'Associazione biologi dell'Alto Adige si è appellata alla Giunta provinciale affinché ponga sotto tutela l'area "Prader Sand" per garantire la conservazione di un'area naturalistica unica nel suo genere in Alto Adige. L'assessore Laimer rispondendo all'interrogazione n. 25/ottobre/05 dei Verdi aveva dichiarato che la Giunta provinciale si sarebbe impegnata ai fini della tutela degli habitat naturali di pregio e rari.*

*Tutto ciò premesso,*

*il Consiglio della Provincia autonoma di Bolzano  
sollecita*

*la Giunta provinciale*

*a varare definitivamente il piano paesaggistico del Comune di Prato allo Stelvio nella versione approvata dalla I commissione per la tutela del paesaggio.*

-----

*Landschaftsplan der Gemeinde Prad am Stilfserjoch*

*Die I. Landschaftsschutzkommission genehmigte am 16.3.2005 den Entwurf des Prader Landschaftsplanes, der im Zuge der Neuabgrenzung des Nationalparks Stilfserjoch die ökologisch wertvollen Lebensräume der Gemeinde unter Schutz stellt.*

*Bereits im April 2002 hat der Nationalparkrat beschlossen, dass die Prader Sand und die Auwälder als Landesbiotop ausgewiesen werden sollen. Laut IBA-Gutachten (important bird area) von Leo Unterholzner sind von der Park-Ausklammerung auch mehrere naturkundlich und für den Artenschutz wichtige Gebiete betroffen, darunter Feuchtwiesen, Auwaldflächen und der Flusslebensraum Prader Sand. Im Jahr 2004 wurde im Leitbild der Gemeinde Prad der ausdrückliche Wunsch der BürgerInnen und Bürger festgehalten, dass die Prader Sand und das Gebiet der sog. "Kultur" unter Schutz zu stellen sind.*

*In diesen Tagen hat auch der Verein der Südtiroler Biologen die Wichtigkeit einer Unterschutzstellung der Prader Sand zur Erhaltung eines für Südtirol einmaligen Naturschutzgebietes in einem Aufruf an die Landesregierung hervorgehoben. Landesrat Laimer hat in seiner Antwort auf eine diesbezügliche Anfrage Nr. 25/Okttober/05 der Grünen beteuert, dass die "Landesregierung den Schutz der wertvollen und seltenen Naturlebensräume verteidigen wird".*

*All dies vorausgesetzt,*

*fordert*

*der Südtiroler Landtag*

*die Landesregierung auf,*

*den Landschaftsplan der Gemeinde Prad in seiner von der I. Landschaftsschutzkommission genehmigten Form endgültig zu verabschieden.*

Do lettura dell'emendamento, presentato dalla consigliera Kury: "La parte impegnativa viene così sostituita: 'a revisionare il piano paesaggistico del Comune di Prato allo Stelvio recentemente approvato dalla Giunta provinciale e a varare il piano nella versione approvata dalla I. commissione per la tutela del paesaggio'."

"Der beschließende Teil wird wie folgt ersetzt: 'den kürzlich von der Landesregierung verabschiedeten Landschaftsplan der Gemeinde Prad zu revidieren und den Landschaftsplan in seiner von der I. Landschaftsschutzkommission genehmigten Form endgültig zu verabschieden'."

La parola alla consigliera Kury per l'illustrazione.

**KURY (Grüne Fraktion – Gruppo Verde – Grupa Vërda):** Danke schön! Wir hatten in diesem Landtag schon des Öfteren Gelegenheit, über die Prader Sand zu sprechen. Jetzt haben wir wieder Gelegenheit dazu. Ich muss allerdings feststellen, dass dies um zwei Monate zu spät geschieht. Man könnte das wieder gutmachen, wenn die Landesregierung die Beschlüsse, welche wir nicht nachvollziehen können, widerrufen würde. Worum geht es? Es geht darum, dass wir im Landtag vor einigen Jahren in Form eines genehmigten Antrages vereinbart haben, dass ökologisch wertvolle Flächen, die aus dem Nationalpark ausgegliedert werden, unter Landesschutz gestellt wer-

den müssen. Dies wurde hier gemeinsam vereinbart und anschließend auch beschlossen. Jetzt ist man daran, zu schauen, welche Flächen tatsächlich unter Schutz gestellt werden. Aus unserer Sicht besteht kein Zweifel, dass die gesamte Prader Sand im Ausmaß von 50 Hektar als besonders ökologisch wertvoll gilt. Ich möchte zwei Zeilen aus einer gemeinsam gefassten Resolution aller Umweltschutzverbände Südtirols zitieren: *"Die Prader Sand stellt das größte noch bestehende Flussdelta Südtirols dar. Anders als viele Mündungsbereiche von Alpenbächen in den Haupttälern Südtirols weist die Prader Sand immer noch hohe naturkundliche Wertigkeit auf."* Dann werden einige Details genannt: *"Nach wissenschaftlichen Detailstudien der vergangenen Jahre beherbergt die Prader Sand 120 Vogelarten (Brutvögel, Durchzügler). Das sind ein Drittel der in Südtirol jemals beobachteten Vogelarten."* Darunter befinden sich auch einige, die auf der "Roten Liste" sind. Es werden auch eine ganze Reihe von wirbellosten Tieren aufgelistet sowie Insektenarten, die sich ebenso auf der "Roten Liste" befinden. Man verweist darin auf die wichtige Flora, zum Beispiel auf die Deutsche Tamariske. Aus Zeitgründen kann ich nicht alles verlesen. Es ist beeindruckend, dass Südtirol noch derart wertvolle Gebiete aufweist. Als es darum ging, den Landschaftsplan von Prad zu überarbeiten, hat die I. Landschaftsschutzkommission beschlossen, das gesamte zusammenhängende Biotop der Prader Sand im Ausmaß von 50 Hektar unter Schutz zu stellen. Man war sich sehr wohl bewusst, dass es hier um eine Einmaligkeit in Südtirol geht. Parallel dazu wissen wir, dass Wirtschaftskreise in Prad bereits seit Jahren dahingehend arbeiten, auf der Prader Sand einen Golfplatz zu errichten. Sie glauben, dass der Prader Tourismus mit diesem Angebot, das man weltweit überall bietet, florieren würde. Wir sind nicht dieser Meinung. Wir sagen, dass sanfter Tourismus nur dann entstehen kann, wenn das Besondere, das man weltweit nicht überall zur Verfügung hat, erhalten wird. Aufgrund dieses Drucks der Wirtschaftskreise hat die Landesregierung vor kurzem beschlossen - es wurde vorige Woche veröffentlicht -, den Vorschlag der I. Landschaftsschutzkommission so abzuändern, dass von den vorgeschlagenen 50 Hektar nur mehr 30 Hektar unter Schutz gestellt werden. Damit wird das zusammenhängende Biotop massiv gestört, vor allem dann, wenn man bedenkt, welche anderen Tätigkeiten auf den nicht geschützten Flächen stattfinden sollen. Erst kürzlich sind einige von den dort geplanten Baumaßnahmen klar geworden. Es soll beispielsweise ein Fischotterteich errichtet werden. Dies bringt mit sich, dass die gesamte Prader Sand nicht mehr lebensfähig ist und dass dieses ökologisch wertvolle Biotop zugrunde gehen wird.

Wir hatten diesen Beschlussantrag schon vor längerer Zeit vorbereitet und wollten noch im Vorfeld des Landesregierungsbeschlusses auf dessen Notwendigkeit hinweisen. Wir möchten den Umweltlandesrat noch einmal ersuchen, konsequent zu sein und jenen Beschluss, den wir hier einstimmig gefasst haben, sprich, dass die ökologisch wertvollen Flächen unter Landesschutz gestellt werden, auch de facto umzusetzen. Leider Gottes war dies in der Vergangenheit nicht der Fall.

Ein Letztes noch! Das Staatsgesetz über den Nationalpark sieht vor, dass die ausgeklammerten Gebiete unter spezifischen Landesschutz gestellt werden. Unsere Vertreter in Rom haben deshalb eine Anfrage ans Parlament gestellt, ob hier nicht ein Staatsgesetz missachtet wird, wenn wir diese Flächen aus dem Nationalpark ausklammern. In Rom wird allerdings die fälschliche Meinung verbreitet, dass es sich hier ausschließlich um besiedeltes Gebiet oder um Gebiete, in dem landwirtschaftliche oder wirtschaftliche Tätigkeit erfolgt, handle. Dem ist nicht so! Es gibt sehr wohl wertvolle Gebiete. Ich erinnere daran, dass dasselbe auch für die Schgumser Möser in Laas zutrifft. Es wird von allen bekräftigt, dass diese Möser unter Schutz gestellt werden müssen. Die Landesregierung hat die vorgeschlagene, unter Schutz zu stellende Fläche verkleinert und somit die Lebensfähigkeit dieses ökologisch wertvollen Raumes gefährdet.

Deshalb ersuche ich die Landesregierung, diesen Beschluss noch einmal zu überdenken und wirklich auf Nachhaltigkeit zu setzen! Nachhaltigkeit heißt, dass das, was wir jetzt noch von den wenigen wertvollen Flächen haben, auch für die Zukunft bewahrt wird.

**LAIMER (Landesrat für Raumordnung, Natur und Landschaft, Umwelt, Wasser und Energie – SVP):** Herr Präsident, Kolleginnen und Kollegen! Mit der Neuabgrenzung des Nationalparkes sind - wie Sie gesagt haben - einige Flächen ausgeklammert worden. Die Behörde wurde jedoch verpflichtet, über die Gemeindeflandschaftspläne entsprechende Schutzzonen vorzusehen. Dies ist erfolgt. Die entsprechende Prozedur angefangen vom Beschluss des Gemeinderates, dem Verfahren in der Landschaftsschutzbehörde bis hin zur Genehmigung in der Landesregierung ist abgewickelt worden. Die Prader Sand ist in ihrer Gesamtheit unter Landschaftsschutz gestellt worden. Es wurden jedoch verschiedene Schutzintensitäten vorgesehen. Der Kernbereich ist als Biotop mit der höchsten Schutzform ausgewiesen. Er gilt als besonders wertvoll und ist weit über die Grenzen hinaus bekannt. Er hat daher auch auf Vorschlag der Gemeinde Prad hin die höchste Schutzkategorie erhalten. Randbereiche, in denen es zum Teil künstlich aufgeforstete Wälder gibt, sind nicht als Biotop ausgewiesen worden, sondern befinden sich in einer sogenannten Bannzone. Darin sind entsprechende Bautätigkeiten verboten bzw. nicht möglich. Wir haben uns als Landesregierung im Wesentlichen an den Beschluss des Gemeinderates gehalten. Deswegen bin ich, Frau Kury, schon etwas verwundert über Ihre Kritik. Wenn wir uns nicht an die Beschlüsse des Gemeinderates halten, fragen Sie uns: Wo bleibt die Gemeindeautonomie? Halten wir uns an die Beschlüsse, bringen Sie erneut Kritik vor. Sie müssen sich auf politischer Ebene entscheiden, was Sie wollen, das eine oder das andere, beides zugleich geht nicht! Wir haben uns - wie gesagt - im Wesentlichen an die Vorgaben des Gemeinderates gehalten und die gesamte Prader Sand unter Schutz gestellt, wiewgleich das Gebiet in unterschiedliche Schutzkategorien eingeteilt ist.

**KURY (Grüne Fraktion – Gruppo Verde – Grupa Vërda):** Danke schön, Herr Landesrat! Es ist schon klar, dass der Gemeinderat in diesem Fall dem Druck der Lobbys unterliegt. Ich habe mich in vielen Diskussionen im Vinschgau davon überzeugen können, dass sich der Druck von einigen wenigen am Ende gegen den Willen von vielen durchsetzt. Ich kann nur meine Verwunderung zurückgeben, wenn ich sehe, dass Sie, Landesrat Laimer, nicht einmal die Vorschläge Ihrer eigenen Kommissionen, die ja von Fachleuten stammen, und den Rat Ihrer Abteilungsdirektoren respektieren. Es ist schon sehr verwunderlich, wenn Sie auf den Vorschlag der I. Landschaftsschutzkommission, die 50 Hektar der Prader Sand unter Schutz zu stellen, jetzt auf die Gemeindeautonomie verweisen. Der Beschluss wird von der Landesregierung gefasst. Ihr stehen im Vorfeld eine Reihe von technischen Gremien zur Seite, welche dann aufgrund von unabhängigen Überlegungen der Landesregierung nahe legen, was sie zu tun hat. Es ist zum x-ten Mal so, dass die Landesregierung gefasste Gutachten im Umweltbereich nicht respektiert. Ich wundere mich darüber, dass Sie Ihre Gremien nicht verteidigen. Im Übrigen wäre es einfach jammerschade, wenn wir dieses Stückchen eines wirklich wertvollen - Landesrat Laimer hat es ja auch bestätigt -, über die Landesgrenzen hinaus bekannten Biotopes bzw. Territoriums nicht auch für die Zukunft retten würden. Ich ersuche meine Kolleginnen und Kollegen um Unterstützung und ersuche gleichzeitig um geheime Abstimmung über den Beschlussantrag. Danke!

**PRESIDENTE:** La consigliera Kury e altri quattro consiglieri hanno chiesto la votazione segreta. Prego distribuire le schede.

*(Votazione a scrutinio segreto – geheime Abstimmung)*

Comunico l'esito della votazione: 26 schede consegnate, 11 voti favorevoli, 13 voti contrari e 2 astensioni. L'articolo è respinto. La mozione n. 336/05 è respinta.  
La seduta è sospesa.

ORE 12.56 UHR

-----

ORE 15.05 UHR

*(Appello nominale - Namensaufruf)*

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE:

**Dott. RICCARDO DELLO SBARBA**

VORSITZ DES PRÄSIDENTEN:



**PRESIDENTE:** La seduta riprende.

Come concordato in seno al collegio dei capigruppo proseguiamo nella trattazione dell'ordine del giorno.

Punto 153) dell'ordine del giorno: *Disegno di legge provinciale n. 102/06:* **"Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale."**

Punkt 153 der Tagesordnung: *Landesgesetzentwurf Nr. 102/06:* **"Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes."**

Do la parola all'assessore Theiner per la lettura della relazione accompagnatoria.

**THEINER (Landesrat für Gesundheit und Sozialwesen – SVP):** Sehr geehrter Herr Präsident, geschätzte Kolleginnen und Kollegen! Bevor ich den Bericht zum Gesetzentwurf verlese, möchte ich darauf aufmerksam machen, dass Ihnen nun eine Ergänzung zum Begleitbericht des Landesgesetzentwurfes Nr. 102/06 verteilt worden ist. Ich sehe aber von dessen Verlesung ab und beginne mit der Verlesung des Begleitberichtes, wie er ursprünglich vorgelegt wurde.

### **Bericht zum Gesetzesentwurf Nr. 102/06 "Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes"**

#### *Allgemeine Bemerkungen*

*Mit dem vorliegenden Gesetz wird der Sanitätsbetrieb des Landes, der im Folgenden als Sanitätsbetrieb bezeichnet wird, errichtet. Gleichzeitig wird die Auflösung der vier Sanitätsbetriebe von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck verfügt. Die Zielsetzung liegt in der wirtschaftlichen, aber nicht ausschließlich wirtschaftlichen Rationalisierung und Optimierung der Erbringung von Gesundheitsleistungen im Bereich des Landes. Es sollen die einheitliche Ausübung aller Funktionen in den Bereichen Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation sowie einheitliche Verfahren auf dem gesamten Landesgebiet gewährleistet werden.*

*Der im Folgenden unter der Bezeichnung GE zitierte Gesetzesentwurf novelliert das geltende Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7, in der geltenden Fassung, betreffend die "Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes", das im Folgenden als Gesetz zitiert wird. Fast alle Artikel des Gesetzesentwurfes bringen daher Änderungen oder Ergänzungen der geltenden Artikel des genannten Landesgesetzes. Außerdem werden einige völlig neue Artikel in das Gesetz eingefügt.*

#### *Artikel 1*

*Artikel 1 stellt eine Neufassung des Artikels 2 des Gesetzes unter dem Titel "Zuständigkeiten der Landesregierung" dar. Die wichtigsten Zuständigkeiten der Landesregierung in den Bereichen Planung, Ausrichtung, Kontrolle und Überwachung bleiben unverändert. Unter dem*

Buchstaben j) wird, in der Formulierung zu den Zuständigkeiten der Landesregierung, die Erarbeitung der Leitlinien zur Finanzierung der Gesundheitsbezirke in Entsprechung zu ihrem jeweiligen Produktionsaufkommen hinzugefügt.

Die Landesregierung legt überdies Verfahren und Modalitäten fest, um die Ergebnisse des Sanitätsbetriebes zu überprüfen, und zwar auf der Grundlage von geeigneten betrieblichen und finanziellen Kontrollkriterien, die den Bestimmungen des Landesgesundheitsplans entsprechen müssen.

#### Artikel 2

Artikel 2 stellt eine Neufassung des Artikels 5 des Gesetzes unter dem Titel "Sanitätsbetrieb: Autonomie, Zuständigkeiten und Aufgaben" dar. Mit dem neuen Artikel 5 Absatz 1 des Gesetzes wird der Sanitätsbetrieb als instrumentelle Körperschaft des Landes zur Erfüllung der vorgesehenen institutionellen Zwecke errichtet. Der Sanitätsbetrieb ist eine mit Verwaltungsautonomie ausgestattete Körperschaft öffentlichen Rechts. Artikel 27 des GE enthält Übergangsbestimmungen und nicht nur solche, aus denen hervorgeht, dass die Landesregierung innerhalb von 90 Tagen nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes die Leitlinien für die Durchführung der Maßnahmen beschließt, die für die Gründung des Sanitätsbetriebs, die Ernennung des Generaldirektors und die Auflösung der Sanitätsbetriebe von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck zum Datum der Gründung des Sanitätsbetriebs notwendig sind. Als Datum für die effektive Gründung des Sanitätsbetriebs und die gleichzeitige Auflösung der bestehenden Sanitätsbetriebe wurde der 1. Jänner 2007 festgelegt.

Der Artikel regelt überdies die Organisation des Sanitätsbetriebs und seinen Arbeitsablauf, deren Grundlage eine privatrechtliche Betriebsordnung ist, die unter Berücksichtigung der von der Landesregierung festgelegten Prinzipien und Kriterien beschlossen wird. Die Betriebsordnung muss von der Landesregierung genehmigt werden, bevor sie vom Generaldirektor erlassen werden kann.

Der Sanitätsbetrieb übernimmt die Zuständigkeiten, die für die Sanitätsbetriebe nach den gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen gelten. Dem Sanitätsbetrieb obliegen die direkte Erbringung von Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung und die Kostenerstattung für die indirekt in Anspruch genommenen Leistungen, wobei in der Regel die Kostenerstattung nach festgelegten Tarifen erfolgt.

Artikel 3: Änderung der bestehenden Abschnittsbezeichnung

Artikel 4: Änderung der bestehenden Artikelbezeichnung

#### Artikel 5

Neufassung des Artikels 9 des Gesetzes, betreffend die „Befugnisse des Generaldirektors“. Der Generaldirektor hat die Führungs- und die Vertretungsvollmacht für den Sanitätsbetrieb. Er wird in Zukunft vom Verwaltungsdirektor, vom Sanitätsdirektor und vom Pflegedirektor unterstützt werden. Es werden die Kompetenzen des Generaldirektors aufgelistet:

- a) Erstellung und Genehmigung der Betriebsordnung nach vorhergehender Abstimmung mit den Gewerkschaftsorganisationen.
- b) Festlegung der Betriebsziele und der Betriebsplanung, die im Rahmen der Landesgesundheitsplanung umzusetzen sind, mit

*Hinweis auf die entsprechenden Prioritäten und die für die Umsetzung notwendigen Ressourcen, sowie Beschluss von strategischen Verwaltungsmaßnahmen, die gemäß den einschlägigen Landesbestimmungen von der Landesregierung genehmigt werden müssen.*

- c) *Verhandlungen mit dem Land zur Festlegung des Betriebsbudgets.*
- d) *Verantwortlichkeit für die Erstellung der operativen Jahresplanung und des Budgets mit Untergliederung auch nach Bezirken.*
- e) *Verhandlung und Festlegung der Jahresziele mit dem Verwaltungsdirektor, dem Sanitätsdirektor und dem Pflegedirektor;*
- f) *Verhandlung und Festlegung der Jahresziele mit den Direktoren der Gesundheitsbezirke;*
- g) *Verhandlung und Zuweisung der Ressourcen an die Gesundheitsbezirke gemäß den Richtlinien des Landes;*
- h) *Verordnungen und Maßnahmen zur Regelung und Ausrichtung;*
- i) *Festlegung der Dienste, Aktivitäten und Verfahren, die für den Betrieb von Belang oder gemäß der Landesplanung von bezirksübergreifender Bedeutung sind.*
- j) *Führung und Koordination der Verwaltungsdienste, der technischen und fachlichen Dienste, die für das gesamte Landesgebiet von Bedeutung sind, sowie der nicht an die Gesundheitsbezirke delegierten betrieblichen Dienste;*
- k) *Gewährleistung der Einheitlichkeit der Verfahren im Rahmen des Sanitätsbetriebs;*
- l) *Entscheidungen über die Beteiligung an Kapitalgesellschaften, die mit öffentlichen und privaten Mitteln finanziert werden.*
- m) *Unterzeichnung von Zusatzkollektivverträgen auf betrieblicher Ebene;*
- n) *Ausübung von Funktionen im Bereich der Prüfung und Kontrolle der tatsächlich erzielten Ergebnisse im Verhältnis zu den geplanten Betriebszielen;*
- o) *Ernennung der Mitglieder des Sanitätsrats;*
- p) *Genehmigung des Abschlusses von Verträgen über Arbeiten, Lieferungen und Dienstleistungen, die für den Gesundheitsbezirk von Belang sind und eine Laufdauer von mehr als 3 Jahren haben.*
- q) *Ernennung der Prüfstelle;*
- r) *Ernennung, Wiederbestätigung im Amt und Abberufung des Verwaltungsdirektors, des Sanitätsdirektors und des Pflegedirektors nach Anhörung der Landesregierung.*
- s) *Vorschlag an die Landesregierung zur Ernennung, Wiederbestätigung im Amt und Abberufung der Direktoren des Gesundheitsbezirks;*
- t) *Ernennungen, Abberufungen und ähnliche Maßnahmen, die ihm gemäß den geltenden Bestimmungen obliegen.*

*Anders als in der Vergangenheit ist der Generaldirektor nun verpflichtet, nicht nur Maßnahmen, die von den Gutachten des Verwaltungsdirektors und des Sanitätsdirektors, sondern auch solche, die vom Gutachten des Pflegedirektors abweichen, zu begründen.*

*Im Sinne der einschlägigen Rechtsvorschriften ist der Generaldirektor für die in Ausübung seiner Funktionen gesetzten Handlungen verant-*

wortlich und haftet persönlich. Bei Vakanz des Amtes oder bei gerechtfertigter Abwesenheit oder Verhinderung des Generaldirektors werden die entsprechenden Aufgaben aufgrund einer Vollmacht des Generaldirektors vom Verwaltungs- oder vom Sanitätsdirektor oder, in Ermangelung einer Vollmacht, vom ältesten Direktor wahrgenommen. Wenn sich die Abwesenheit des Generaldirektors ununterbrochen über 180 Tage hinzieht, ist das Verfahren für dessen Ersetzung einzuleiten.

Unbeschadet der Bestimmungen in Artikel 11 Absatz 9, gemäß denen die Beauftragungen als Verwaltungsdirektor und Sanitätsdirektor dann für verfallen erklärt werden, wenn ein erhebliches Defizit, die Nichteinhaltung von gesetzlichen Bestimmungen oder des Grundsatzes der Unparteilichkeit und Zweckmäßigkeit der Verwaltungstätigkeit festgestellt werden, sollen diese Bestimmungen nun auch auf den Pflegedirektor und auf den Direktor eines Gesundheitsbezirks angewendet werden. Bis Ende März jedes Jahres soll der Generaldirektor die vom Verwaltungsdirektor, vom Sanitätsdirektor, vom Pflegedirektor und von den Direktoren der Gesundheitsbezirke erzielten Ergebnisse überprüfen. Fällt die Bewertung negativ aus, so kann er die Ernennung zum Verwaltungsdirektor, zum Sanitätsdirektor oder zum Pflegedirektor nach Anhören der Landesregierung rückgängig machen, oder der Landesregierung die Abberufung des Direktors des Gesundheitsbezirks vorschlagen.

#### Artikel 6

Neufassung des Artikels 10 Absatz 2 des Gesetzes. Im Vergleich zur gegenwärtig noch in Kraft befindlichen Gesetzesformulierung ändert sich nur der Bezug auf die Generaldirektoren, vom Plural zum Singular, da es in Zukunft nur einen Generaldirektor geben wird.

Neufassung außerdem des des Artikels 10 Absatz 3 des Gesetzes. Im Unterschied zum geltenden Text der Bestimmung erklärt die Landesregierung nicht nur in den Fällen die Beauftragung als Generaldirektor für verfallen und löst dessen Arbeitsvertrag nach Anhören des Betroffenen auf, in denen die Kontrollorgane ein erhebliches Defizit, die Nichteinhaltung von gesetzlichen Bestimmungen, eine Verletzung der Grundsätze der Unparteilichkeit und Zweckmäßigkeit der Verwaltungstätigkeit festgestellt haben, sondern auch bei mangelnder Erfüllung der Ziele gemäß Artikel 10 Absatz 2.

#### Artikel 7

Neufassung des Artikels 11 Absatz 1 des Gesetzes. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext besteht ein klarer Hinweis darauf, dass der Verwaltungsdirektor und der Sanitätsdirektor am Entscheidungsprozess der Generaldirektion mit Vorschlägen und Gutachten für die Bereiche Planung, Koordination, Monitoring sowie Prüfung der Abläufe und Verfahren beitragen, die in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich fallen.

Neufassung außerdem des des Artikels 11 Absatz 4 des Gesetzes. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext wird der Bezug auf den Direktor eines Sanitätsbetriebs mit der Bezeichnung Direktor des Sanitätsbetriebs ersetzt und Folgendes verfügt: „Falls der Generaldirektor des Sanitätsbetriebes aus einer Einrichtung stammt, die nicht im Gesundheitswesen tätig ist, so ist der Verwaltungsdirektor unter Perso-

nen auszuwählen, die in einer Körperschaft oder Einrichtung des Gesundheitsbereichs tätig waren."

Mit dieser Neufassung von Artikel 11 Absatz 6 des Gesetzes wird Folgendes festgelegt: „Der Sanitätsdirektor leitet die Gesundheitsdienste in organisatorischer und hygienisch-medizinischer Hinsicht und legt dem Generaldirektor über Maßnahmen, die in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, ein obligatorisches Gutachten vor, und zwar unbeschadet der Zuständigkeiten des Pflegedirektors gemäß Art. 12/bis.". Die berufliche Figur des bereits im geltenden Gesetz bestehenden Pflegedirektors, der aber bisher dem Sanitätsdirektor unterstellt war, wird nun auf die gleiche Ebene gehoben, die für den Verwaltungsdirektor und den Sanitätsdirektor gilt. Der Pflegedirektor übernimmt die Verantwortung für alle Angelegenheiten, die das Personal in den Bereichen Krankenpflege, Sanitätstechnik, Rehabilitation und Prävention sowie das dem Behandlungsbereich zugeteilte Hilfs- und Technikpersonal betreffen.

#### Artikel 8

Neufassung des Artikels 12 des Gesetzes. Entsprechend den Vorgaben für die Aufteilung der Stellen für den Generaldirektor, Verwaltungsdirektor, Sanitätsdirektor und Pflegedirektor sowie der Stellen für die Direktoren der Gesundheitsbezirke auf die den drei Sprachgruppen angehörenden Bürger, fallen alle Stellen in eine einzige Kategorie und werden auf der Grundlage der Proporzbestimmungen auf Landesebene zugeteilt.

#### Artikel 9

Neufassung des Artikels 12/bis des Gesetzes, betreffend die Pflegedirektion. Der Pflegedirektor, der gegenwärtig dem Sanitätsdirektor unterstellt ist, wird nun mit diesem auf dieselbe Ebene gestellt. Der Pflegedirektor wird, nach Anhören der Landesregierung, vom Generaldirektor ernannt, wobei nur Personen in Frage kommen, die über einen Universitätsabschluss für den betreffenden Fachbereich und die für Akademikerstellen geltende Bescheinigung über die Kenntnis des Italienischen und Deutschen verfügen, und eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung nachweisen können. Der Pflegedirektor unterliegt den Bestimmungen gemäß Artikel 11 Absätze 1, 8, 9, 10, 11 und 13 des Gesetzes, betreffend die Teilnahme an der Leitung des Sanitätsbetriebs, die Regelung seines Arbeitsverhältnisses analog zu den für den Verwaltungsdirektor und den Sanitätsdirektor geltenden Bestimmungen, den Verfall der Beauftragung im Falle des Entstehens eines erheblichen Defizits, der Nichteinhaltung von gesetzlichen Bestimmungen sowie der Verletzung des Grundsatzes der Unparteilichkeit und Zweckmäßigkeit der Verwaltungstätigkeit. Weiters werden der Ablauf der Beauftragung drei Monate nach Ernennung eines neuen Generaldirektors, außer im Falle der Wiederbestätigung im Amt, die Ernennung eines Stellvertreters und die für die Stellvertreterfunktion zustehende Vergütung geregelt.

Für einen Zeitraum von fünf Jahren ab dem Datum des Inkrafttretens des neuen Gesetzes werden der Pflegedirektor oder die Pflegedirektorin nach Anhören der Landesregierung vom Generaldirektor ernannt. Die in Frage kommenden Kandidaten müssen dabei die Voraussetzungen gemäß Artikel 12/bis Absatz 6 erfüllen. Dies bedeutet,

*dass sowohl Personen zugelassen sind, die den geltenden gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen, als auch diejenigen, die einen vom Land oder von einem öffentlichen oder privaten, in Italien oder im Ausland anerkannten Institut durchgeführten Kurs aus Organisationstechnik und Management im Gesundheitsbereich besucht und die Abschlussprüfung erfolgreich bestanden haben. Für die Zulassung zum Auswahlverfahren ist der Besitz der Bescheinigung über die Kenntnis der italienischen und deutschen Sprache, die für den Abschluss der Sekundarschule zweiten Grades vorgesehen ist, erforderlich.*

*Der Pflegedirektor führt und koordiniert das Krankenpflegepersonal, das sanitätstechnische Personal, das Personal in den Bereichen Rehabilitation und Prävention sowie das Hilfspersonal und das technische Personal, das in den entsprechenden Bereichen eingesetzt wird, wobei er sich der Zusammenarbeit mit den Leitern und Koordinatoren im Pflegedienst bedient und den Bereichen Qualitätssicherung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Teamarbeit besonderes Augenmerk widmet.*

*In jedem Gesundheitsbezirk ist überdies mindestens je ein Pflegedienstleiter für jede Krankenhauseinrichtung, sowie für den territorialen Zuständigkeitsbereich und für das Personal in den Bereichen Sanitätstechnik, Rehabilitation und Prävention vorgesehen.*

*Der Generaldirektor erteilt im Einvernehmen mit dem Direktor des Gesundheitsbezirks den Auftrag zur Koordination einem Pflegedienstleiter des jeweiligen Gesundheitsbezirks. In Gesundheitsbezirken mit mehr als 150.000 Einwohnern kann die genannte Beauftragung als Vollzeitbeschäftigung erteilt werden. Gegenüber den obgenannten koordinierenden Pflegedienstleitern übt der Pflegedirektor, dem diese funktional unterstellt sind, Ausrichtungs-, Koordinations- und Supportfunktionen aus, wobei er die Zusammenarbeit und Integration mit dem oder den Krankenhäusern im zugehörigen territorialen Bereich fördert. Es handelt sich dabei um eine funktionale Unterordnung der Pflegedienstleiter und im Allgemeinen des gesamten Personals in den Bereichen Krankenpflege, Sanitätstechnik, Rehabilitation und Prävention sowie des Hilfspersonals und des technischen Personals, dem Pflegedirektor gegenüber, der seinerseits an der Führung des Sanitätsbetriebs teilhat.*

*Der Pflegedienstleiter übt im Rahmen des territorialen Bereichs und der Krankenhauseinrichtung die Funktionen Organisation und Führung des Pflegepersonals sowie des Personals in den Bereichen Sanitätstechnik, Rehabilitation, Prävention und technische Hilfsdienste im Pflegedienst aus. Dem Pflegedienstleiter obliegen außerdem die Funktionen Organisation und betriebliche Führung im Rahmen der zugehörigen Arbeitsprozesse.*

*Die Beauftragung als Pflegedienstleiter wird auf der Grundlage eines öffentlichen Auswahlverfahrens erteilt, zu dem sowohl diejenigen Personen, welche die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen als auch jene zugelassen sind, die einen vom Land, von einem öffentlichen oder einem privaten Institut durchgeführten, in Italien oder im Ausland anerkannten Kurs aus Organisationstechnik oder Management besucht und die Abschlussprüfung erfolgreich bestanden haben. Für die*

*Zulassung zum Auswahlverfahren ist der Besitz der Bescheinigung über die Kenntnis der italienischen und deutschen Sprache, die für den Abschluss der Sekundarschule zweiten Grades vorgesehen ist, erforderlich.*

#### *Artikel 10*

*Betrifft die Einfügung in das Gesetz der neuen Artikel 12/ter, 12/quater und 12/quinqies betreffend die Gesundheitsbezirke, die Sprengel und den Direktor des Gesundheitsbezirks. Der Sanitätsbetrieb ist intern in die vier Gesundheitsbezirke von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck aufgeteilt. Die Landesregierung legt die territoriale Zuständigkeit der Gesundheitsbezirke fest. Bis zur Neufestlegung der zugehörigen territorialen Bereiche durch die Landesregierung, üben die Gesundheitsbezirke ihre Tätigkeit auf der Grundlage der territorialen Bereiche aus, die vor Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes für die Sanitätsbetriebe eingerichtet worden waren, die bei Gründung des neuen Sanitätsbetriebs aufgelöst werden.*

*Die Gesundheitsbezirke sind in Sprengel aufgeteilt, die den Einzugsgebieten gemäß den geltenden Bestimmungen entsprechen.*

*Die Gesundheitsbezirke nehmen all jene Funktionen wahr, die auf lokaler Ebene effizienter wahrgenommen werden können. Diese sind in der Betriebsordnung festgehalten.*

*Jeder Gesundheitsbezirk ist angehalten, die Landesplanung, die Betriebsordnung, die strategische Betriebsplanung und die Zuständigkeit des Generaldirektors einzuhalten und*

- a) verfügt über technisch-betriebliche und wirtschaftlich-finanzielle Autonomie;*
- b) unterliegt der Pflicht zur analytischen Rechnungslegung mit getrennter Buchführung im Rahmen der Betriebsbilanz;*
- c) leitet die Verfahren und Maßnahmen ein, die der Begründung von rechtlichen Beziehungen zu Dritten, die für den Bezirk von Belang sind, dienen;*
- d) sorgt für die direkte Wahrnehmung der entsprechenden Beziehungen durch Einsatz der Produktionsfaktoren und Ressourcen.*

*Der Direktor eines Gesundheitsbezirks bedient sich der zuständigen Einrichtungen des Sanitätsbetriebs und erfüllt gemäß der Landesplanung, der Betriebsordnung, der strategischen Betriebsplanung und unter Wahrung der Zuständigkeiten des Generaldirektors folgende Aufgaben:*

- a) Integration der Sanitätsdienste des Gesundheitsbezirks mit den sozio-sanitären Diensten;*
- b) Gesamtkoordination der Gesundheitsdienste mit den Verwaltungsdiensten sowie den technischen und fachlichen Diensten im Rahmen des Gesundheitsbezirks;*
- c) Erhebung, Ausrichtung und Bewertung der Nachfrage im Gesundheitsbereich und im sozio-sanitären Bereich sowie Überprüfung der Nachfragebefriedigung im Sinne der Erfüllung der auch auf Betriebsebene festgelegten Gesundheitsziele, einschließlich des garantierten Zugangs zu den Gesundheitsdiensten und zu den sozio-sanitären Diensten im Rahmen des Gesundheitsbezirks auf der Grundlage des Gesamtsystems und unter Einhaltung der auf Landes- und Betriebsebene festgelegten Wartezeiten.*

- d) *Verwaltung des jedem Gesundheitsbezirk zuerkannten Budgets und Verhandlungsführung mit den Verantwortlichen der Organisationseinheiten bei der Festlegung von Zielen, Aktivitäten und Ressourcen;*
  - e) *Vergleichende Kosten- und Ergebnisbewertung durch betriebliches Controlling;*
  - f) *Ernennung der Verantwortlichen für einfache Strukturen sowie der Amtsdirektoren für den Gesundheitsbezirk;*
  - g) *Herstellung des Einvernehmens mit dem Generaldirektor im Sinne von Artikel 48 Absätze 3, 7, 8, 9 und 10, Artikel 12/bis Absatz 4, sowie Artikel 14 Absätze 5 und 6 (des Gesetzes), sowie auch bei der Beauftragung als Direktor eines Departments oder einer Abteilung im Rahmen des Gesundheitsbezirks;*
  - h) *Aufnahme von angestelltem oder konventioniertem Personal sowie von Vertragspersonal für den Gesundheitsbezirk, im Rahmen der zugeteilten Ressourcen;*
  - i) *Führung des Bewertungssystems, dem die Leiter des Gesundheitsbezirks unterliegen;*
  - j) *Erstellung der permanenten Ranglisten, sowie solcher für unvorhergesehene Notwendigkeiten und Durchführung der Wettbewerbe und Auswahlverfahren auf Bezirksebene, wobei er sich der entsprechenden Einrichtungen auf Betriebsebene bedient;*
  - k) *Führung des Personals im Gesundheitsbezirk auf der Grundlage der betrieblichen Zielsetzungen;*
  - l) *Abschluss von gewerkschaftlichen Vereinbarungen in Bereichen, die für den Gesundheitsbezirk von Belang sind und die von den betrieblichen Kollektivvertragsverhandlungen übertragen wurden;*
  - m) *Verfahren im Zusammenhang mit Lieferungen und Dienstleistungen, die von Belang für den Bezirk sind, und von Verfahren, die von Belang für den Betrieb sind und dem Gesundheitsbezirk übertragen werden;*
  - n) *Aktivitäten gemäß Artikel 16 Absatz 3 Ziffer 9 des Landesgesetzes vom 2. Jänner 1981, Nr. 1, in geltender Fassung, sowie Arbeiten gemäß Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe i, die von der Landesregierung übertragen werden, sowie die Vermögens- und Sicherheitsverwaltung auf Bezirksebene;*
  - o) *Implementierung, Wartung und Support im Bereich der Informationssysteme auf Bezirksebene;*
  - p) *jedwede andere Funktion, die vom Generaldirektor delegiert wird.*
- Der Direktor eines Gesundheitsbezirks wird von der Landesregierung auf Vorschlag des Generaldirektors des Sanitätsbetriebs ernannt. Es kommen die Bestimmungen gemäß Artikel 8 Absatz 1 sowie Artikel 11 Absätze 8, 9 und 10 des Gesetzes betreffend die Regelung des Arbeitsverhältnisses, analog zu den für den Verwaltungsdirektor und den Sanitätsdirektor geltenden Bestimmungen zur Anwendung. Im Besonderen geht es um den Verfall der Beauftragung bei Entstehen eines erheblichen Defizits, bei Verletzung von gesetzlichen Bestimmungen und des Grundsatzes der Unparteilichkeit und der Zweckmäßigkeit der Verwaltungstätigkeit. Weiters werden der Ablauf der Beauftragung drei Monate nach Ernennung eines neuen Generaldirektors, außer im Falle der Wiederbestätigung im Amt geregelt.*



*Der Direktor eines Gesundheitsbezirks übt die ihm durch den neuen Artikel 12/ter des Gesetzes übertragenen und die Funktionen aus, die gegebenenfalls an ihn delegiert werden.*

*Der Direktor eines Gesundheitsbezirks muss die Voraussetzungen gemäß Artikel 8 Absätze 2, 3 und 4 des Gesetzes erfüllen. Dies bedeutet, dass er das 65. Lebensjahr nicht überschritten haben darf, über einen Universitätsabschluss und den Nachweis einer mindestens fünfjährigen Berufserfahrung in den Bereichen der technischen oder administrativen Leitung von Körperschaften, Betrieben oder öffentlichen und privaten Einrichtungen verfügen muss. Auf den Kandidaten dürfen keinesfalls die Einschränkungen zutreffen, die in Artikel 3 Absätze 9 und 11 des gesetzesvertretenden Dekrets vom 30. Dezember 1992, Nr. 502, in der geltenden Fassung, genannt sind. Der Kandidat muss überdies im Besitz des Nachweises über die Kenntnis des Italienischen und des Deutschen für Akademikerstellen sein. Außerdem ist er verpflichtet, innerhalb von 18 Monaten nach seiner Ernennung, den Besuchsnachweis für einen Kurs aus öffentlichem Gesundheitswesen sowie Organisation und Verwaltung im Gesundheitswesen vorzulegen. In einer Übergangsbestimmung wird festgelegt, dass außer dem Generaldirektor, dem Verwaltungsdirektor, dem Sanitätsdirektor und dem Pflegedirektor auch der Direktor eines Gesundheitsbezirks innerhalb von drei Jahren nach seiner Ernennung einen Besuchsnachweis für einen Kurs aus den obgenannten Fächern vorlegen muss. Es kommt Artikel 69 des Gesetzes zur Anwendung.*

*Der Direktor eines Gesundheitsbezirks ist den Koordinatoren der medizinischen Direktoren, der Pflegedienstleiter und der Führungskräfte im Verwaltungsbereich des Gesundheitsbezirks direkt vorgesetzt. Es handelt sich um eine hierarchische Unterordnung, die nicht mit der funktionalen Unterordnung des Personals zu verwechseln ist, das den Zuständigkeitsbereichen des Verwaltungsdirektors, des Sanitätsdirektors und des Pflegedirektors (wobei die genannten Funktionsträger zur Betriebsleitung gehören) zugeteilt ist.*

*Der Direktor eines Gesundheitsbezirks ist in der Ausübung seiner Funktionen direkt dem Generaldirektor verantwortlich. Im Falle der mangelnden Einhaltung der Landesplanung, der Betriebsordnung oder der strategischen Betriebsplanung durch den Direktor eines Gesundheitsbezirks, erklärt die Landesregierung auf Vorschlag des Generaldirektors und nach Anhören des Betroffenen dessen Beauftragung für verfallen und löst dessen Arbeitsvertrag auf. Diese Regelung ist von jener zu unterscheiden, die im neuen Artikel 9 Absatz 3 des Gesetzes enthalten ist und aus der hervorgeht, dass es dem Generaldirektor obliegt, bis Ende März jedes Jahres auch die vom Direktor eines Gesundheitsbezirks erzielten Ergebnisse zu überprüfen. Im Falle einer negativen Bewertung kann der Generaldirektor der Landesregierung die Abberufung des betroffenen Direktors eines Gesundheitsbezirks vorschlagen.*

*Artikel 11*

*Neufassung des Artikels 13, Absätze 1 und 5 des Gesetzes, betreffend das Rechnungsprüferkollegium. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext, in dem eine Anzahl von drei Mitgliedern vorgesehen war, kann das Rechnungsprüferkollegium nun aus bis zu fünf Mitglie-*

dern bestehen. Da es in Zukunft nur noch ein Rechnungsprüferkollegium auf Betriebsebene geben wird, werden die Proporzbestimmungen für das gesamte Landesgebiet und nicht mehr jene angewendet, die sich auf die Verteilung der Sprachgruppen innerhalb der Gesundheitsbezirke der aufgelösten Sanitätsbetriebe bezogen.

Das Kollegium überwacht die Einhaltung der Gesetze, überprüft die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und Buchhaltung und die Übereinstimmung der Bilanz für das jeweilige Geschäftsjahr mit der Rechnungsführung. Es prüft den Bilanzvoranschlag und erstellt einen diesbezüglichen Bericht, der gegebenenfalls mit zusätzlichen Bemerkungen zu versehen ist. Überdies berichtet das Kollegium mindestens einmal jährlich der Landesregierung, auch auf deren Verlangen, über die Ergebnisse der Prüfungen und meldet unverzüglich alle Tatsachen, aus denen sich der begründete Verdacht schwerwiegender Unregelmäßigkeiten ergeben kann. Das Kollegium übermittelt regelmäßig, aber mindestens halbjährlich, einen eigenen Bericht über den Fortgang der Aktivitäten des Sanitätsbetriebs an den Rat der Vorsitzenden der Bezirksgemeinschaften und in Zukunft auch an den Vertreter des Gemeindenverbandes, gemäß neuem Artikel 20 Absatz 3 des Gesetzes. In diesem wird bestimmt, dass der Vertreter des Gemeindenverbandes zu Aktivitäten von bezirksübergreifendem Interesse, die auch auf Vorschlägen des Rats der Bezirksgemeinschaften beruhen, Berichte verfasst.

#### Artikel 12

Neufassung des Artikels 14 des Gesetzes, betreffend die interne Organisation des Sanitätsbetriebs. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext ist ein Büro für Bürgerbeziehungen mit Außenstellen in allen Gesundheitsbezirken sowie ein Büro für Beziehungen mit dem Personal und den Gewerkschaften vorgesehen.

Der Gesundheitssektor gliedert sich, im Rahmen jedes Gesundheitsbezirks, in einen territorialen Bereich sowie ein oder mehrere Krankenhauseinrichtungen.

Um den Gesundheitsdienst möglichst effizient zu gestalten, errichtet der Sanitätsbetrieb Departments, welche das grundlegende Betriebsmodell des Sanitätsbetriebs bilden und deren Organisationsstruktur durch Richtlinien der Landesregierung geregelt wird.

Den territorialen Bereichen und den Krankenhauseinrichtungen steht jeweils ein ärztlicher Leiter vor. Die Zuständigkeiten der Pflegedirektion bleiben unverändert. Der ärztliche Direktor des territorialen Bereiches muss die Voraussetzungen für die Nominierung zum Direktor für das Fachgebiet "Organisation der Gesundheitsdienste für die Grundversorgung" erfüllen. Der ärztliche Direktor eines Krankenhauses muss die Voraussetzungen für die Ernennung als Direktor für das Fachgebiet "Ärztliche Krankenhausleitung" erfüllen.

Der Generaldirektor erteilt im Einvernehmen mit dem Direktor des Gesundheitsbezirks einem der ärztlichen Direktoren, die im Gesundheitsbezirk tätig sind, den Auftrag zur Koordination des jeweiligen Gesundheitsbezirks, wobei der Beauftragte seine Funktion als ärztlicher Direktor des territorialen Zuständigkeitsbereichs bzw. des Krankenhauses beibehält. In Gesundheitsbezirken mit mehr als 150.000 Einwohnern kann der genannte Auftrag als Vollzeitbeschäftigung erteilt

werden. Gegenüber den oben genannten koordinierenden ärztlichen Direktoren übt der Sanitätsdirektor, dem diese funktional unterstellt sind, Ausrichtungs-, Koordinations- und Supportfunktionen aus, indem er die Zusammenarbeit und Integration des jeweiligen territorialen Zuständigkeitsbereiches mit dem Krankenhaus oder den Krankenhäusern fördert.

Die Figur des koordinierenden ärztlichen Direktors auf Ebene des Gesundheitsbezirks ist notwendig, weil der Sanitätsdirektor die entsprechenden Agenden nicht allein wahrnehmen kann und daher der Unterstützung durch Mitarbeiter in den Außenstellen bedarf.

Der Verwaltungssektor wird durch das Landesgesetz vom 4. Jänner 2000, Nr. 1, geregelt. Die Bestimmungen des Landesgesetzes vom 4. Jänner 2000, Nr. 1, sind auf der Grundlage der Zielvorstellungen des neuen Gesetzes auszulegen.

Der Generaldirektor überträgt, im Einvernehmen mit dem Direktor des Gesundheitsbezirks, den Auftrag zur Koordination an einen Verwaltungsleiter des jeweiligen Gesundheitsbezirks. In Gesundheitsbezirken mit mehr als 150.000 Einwohnern kann der genannte Koordinationsauftrag als Vollzeitbeschäftigung erteilt werden.

Gegenüber den obgenannten koordinierenden Verwaltungsleitern übt der Verwaltungsdirektor, dem diese funktional unterstellt sind, Ausrichtungs-, Koordinations- und Supportfunktionen aus. Es handelt sich um eine sogenannte funktionale Unterordnung, auf die bereits weiter oben eingegangen wurde.

Der Landesgesundheitsplan legt die fachlichen Dienste der Betriebe, einschließlich jener von bezirksübergreifender Bedeutung, fest.

Das Direktorenkollegium des Gesundheitsbezirks nimmt gegenüber dem Generaldirektor beratende Funktionen wahr und verfügt über ein Vorschlagsrecht in den Bereichen Planung und Evaluierung der sozio-sanitären Aktivitäten.

#### Artikel 13

Neufassung des Artikels 16 des Gesetzes, betreffend die Kontrollen Anders als nach dem geltenden Text kommt die Aufgabe, Kontrollen durchzuführen, nicht nur dem Generaldirektor, sondern auch dem Direktor eines Gesundheitsbezirks zu, wobei diese Obliegenheit in die Überprüfung zur Wiederbestätigung der Beauftragung einfließt.

#### Artikel 14

Neufassung des Artikels 17 Absatz 1 des Gesetzes, betreffend die Krankenhauseinrichtungen. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext gilt nun die Bezugnahme auf die Krankenhäuser als Einrichtungen des Sanitätsbetriebs, und nicht der Sanitätsbetriebe, die mit dem neuen Gesetz aufgelöst werden. Die gegenwärtig bestehenden Krankenhäuser werden in Zukunft im Rahmen eines Netzes organisiert.

#### Artikel 15

Neufassung des Artikels 19 des Gesetzes, betreffend den Sanitätsrat. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext ändern sich die Zusammensetzung des Sanitätsrats und die Fachbereiche, für die der Sanitätsrat von Rechts wegen verpflichtet ist, dem Generaldirektor Gutachten vorzulegen. Damit ist das Dekret des Landeshauptmanns vom 20. März 2002, Nr. 7, außer Kraft gesetzt.

*Der Sanitätsrat setzt sich aus dem Sanitätsdirektor als Vorsitzendem und den folgenden gewählten Mitgliedern zusammen:*

- a) dreizehn Mitglieder des medizinischen Betriebspersonals, von denen sieben auf den Gesundheitsbezirk Bozen, zwei auf den Gesundheitsbezirk Meran, zwei auf den Gesundheitsbezirk Brixen und zwei auf den Gesundheitsbezirk Bruneck entfallen;*
- b) zwei Vertreter der Ärzte für Allgemeinmedizin;*
- c) ein Vertreter der Kinderärzte als freie Wahlärzte;*
- d) ein Vertreter der konventionierten Fachärzte;*
- e) ein Vertreter des tierärztlichen Personals;*
- f) zwei Vertreter des leitenden, nicht medizinischen Sanitätspersonals;*
- g) ein Apotheker;*
- h) vier Vertreter des Krankenpflegepersonals, davon einer als Vertreter der Pflegedirektion;*
- i) drei Vertreter des Personals aus den Bereichen Sanitätstechnik, Rehabilitation und Prävention.*

*An den Sitzungen des Sanitätsrats nimmt außerdem ein freiberuflicher Arzt als Zuhörer teil, der als Vertreter der privaten Sanitätseinrichtungen, mit denen vertragliche Vereinbarungen geschlossen wurden, fungiert.*

*Die Landesregierung legt nach Anhören der Gewerkschaftsorganisationen die Kriterien für die Wahlmodalitäten fest.*

*Der Sanitätsrat ist ein internes Organ des Sanitätsbetriebs, wird für jeweils drei Jahre bestellt, übt eine technisch-sanitäre Beratungstätigkeit aus und ist verpflichtet, dem Generaldirektor obligatorische Gutachten zu allen technisch-sanitären Aktivitäten vorzulegen, wobei organisatorische Fragen, die zugehörigen Investitionen, alle Aktivitäten in der sanitären Betreuung, die Regelungen für den Organisationsbereich und die Funktionsweise des Sanitätsbetriebs einzuschließen sind. Die Landesregierung kann weitere Fachbereiche festlegen, die dem Sanitätsrat zu unterbreiten sind. Die Stellungnahmen sind positiv, wenn sie nicht innerhalb von 15 Tagen nach der Anforderung abgegeben werden. Der Generaldirektor kann, nach vorangehender Abstimmung mit den Gewerkschaftsorganisationen, Stellungnahmen zu weiteren Themen anfordern.*

#### *Artikel 16*

*Neufassung des Artikels 20 des Gesetzes, betreffend den Rat der Vorsitzenden der Bezirksgemeinschaften. Im Unterschied zum geltenden Text ist nun vorgesehen, dass außer dem Rat der Vorsitzenden der Bezirksgemeinschaften, die in jedem Gesundheitsbezirk tätig sind, bei Angelegenheiten von bezirksübergreifender Bedeutung auch ein vom Gemeindenverband nominiertes Mitglied aktiv wird. Diesbezügliche Bewertungen und Vorschläge sind dem Generaldirektor des Sanitätsbetriebs vorzulegen.*

#### *Artikel 17*

*Neufassung eines Teiles des Artikels 22 des Gesetzes, betreffend die Ethikkomitees des Sanitätsbetriebs.*

*Die Gesundheitsbezirke, in deren Gesundheitseinrichtungen klinische Versuche durchgeführt werden, errichten ein Ethikkomitee, das seine*

*Tätigkeit im Rahmen der für diesen Bereich geltenden gesetzlichen Bestimmungen ausübt.*

*In dem Teil des Artikels, der die Zusammensetzung der Komitees betrifft und in dem die Teilnahme eines ärztlichen Leiters des Krankenhausbereichs als Vorsitzendem oder eines von diesem bevollmächtigten Vertreters vorgesehen war, ergeben sich Unterschiede, da der Krankenhausbereich nach der Reform nicht mehr vorgesehen sein wird. Dieser wird durch die einzelnen Krankeneinrichtungen ersetzt, sodass in Zukunft der Sanitätsdirektor oder sein Stellvertreter jeweils als Vorsitzender teilnehmen werden.*

*Aufgrund der Übergangsbestimmung müssen die bereits errichteten Ethikkomitees nicht nochmals errichtet werden.*

*Artikel 18*

*Neufassung der Bezeichnung des Artikels 27 des Gesetzes.*

*Neufassung des Artikels 27 Absatz 2 des Gesetzes, betreffend die Buchführung und die Vertragstätigkeit der Sanitätsbetriebe. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext ändert sich der Bezug auf Absatz 2, anstatt auf Absatz 1 des neuen Artikels 5 des Gesetzes.*

*Artikel 19*

*Neufassung des Artikels 28, Absatz 7 des Gesetzes, betreffend die Finanzierung des Sanitätsbetriebs. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext wird der Bezug auf die Finanzierung der Sanitätsbetriebe in Zukunft auf die Gesundheitsbezirke verweisen. Die Bestimmung zur Verrechnung der Krankmobilität auf Landesebene, für die es ab Gründung des neuen Sanitätsbetriebs keine Notwendigkeit mehr gibt, wird gestrichen.*

*Artikel 20*

*Neufassung des Artikels 42, Absatz 5 des Gesetzes, betreffend die Zusammensetzung des Landeskomitees für die Gesundheitsplanung. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext, in dem die Teilnahme der Generaldirektoren und des Vorsitzenden des Rats der Bezirksgemeinschaften oder in seiner Vertretung des Direktors der Abteilung für Sozialwesen vorgesehen war, werden in Zukunft der Generaldirektor, die Direktoren der Gesundheitsbezirke und der vom Gemeindenverband gemäß neuem Artikel 20 Absatz 3 des Gesetzes namhaft gemachte Vertreter oder an seiner Stelle der Direktor der Abteilung für Sozialwesen der Landesverwaltung Mitglieder des Komitees sein.*

*Artikel 21*

*Neufassung des Artikels 43, Absätze 3, 4 und 5 des Gesetzes, betreffend die Landeskommission für Qualitätsförderung. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext wird der Verweis auf die Sanitätsbetriebe geändert und lautet nun auf den Sanitätsbetrieb (Absatz 3). Die Zusammensetzung der Kommission wird entsprechend geändert: An die Stelle der Sanitätsdirektoren der Sanitätsbetriebe kommt nun der Sanitätsdirektor des Sanitätsbetriebs, an die Stelle eines Direktors eines Krankenhausbereichs oder seines Stellvertreters, die bisher von der Vereinigung der Primare vorgeschlagen wurden, kommt nun der ärztliche Direktor einer Krankeneinrichtung, oder sein Stellvertreter, die weiterhin von der Vereinigung der Primare vorgeschlagen werden (den Krankenhausbereich wird es ja nicht mehr geben). Neue Mitglieder werden hingegen – im Unterschied zum geltenden Gesetzestext –*

*der Pflegedirektor, der Referent für Qualitätsförderung des Sanitätsbetriebs sowie ein Referent für jeden Gesundheitsbezirk sein. Nicht mehr als Mitglieder vorgesehen sind hingegen folgende Berufsfiguren: der Experte für Qualitätsbewertung der Gesundheitsdienste und Dienstleistungen sowie die beiden Experten für Planung und Organisation der Gesundheitsdienste (Absatz 4).*

#### *Artikel 22*

*Neufassung der Bezeichnung des Artikels 46 des Gesetzes.*

*Neufassung des Artikels 46 Absatz 4 des Gesetzes, betreffend die Regelung der ärztlichen Leitung und der Gesundheitsberufe. Da in Zukunft die Ernennung des Sanitätsleiters mit Beauftragung als Verantwortlicher einer einfachen Einrichtung dem Direktor des Gesundheitsbezirks obliegt, während die Ernennung des Sanitätsleiters mit Beauftragung als Direktor einer komplexen Einrichtung vom Generaldirektor im Einvernehmen mit dem Direktor des Gesundheitsbezirks vorgenommen wird, ist der geltende Gesetzestext dahingehend zu ändern, dass es dem Direktor des Gesundheitsbezirks bzw. dem Generaldirektor obliegt, die entsprechenden Beauftragungen als Verantwortlicher oder als Direktor rückgängig zu machen, vorausgesetzt sie bestätigen die negative Bewertung der Prüfstelle.*

*Neufassung des Artikels 46 Absatz 5 des Gesetzes, betreffend die Regelung der ärztlichen Leitung und der Gesundheitsberufe. Der geltende Gesetzestext sieht die jährliche Prüfung der vom Sanitätsleiter als beauftragtem Direktor einer komplexen Einrichtung, erzielten Betriebsergebnisse vor. Nun werden die Betriebsergebnisse vom direkten Vorgesetzten und nicht von der Prüfstelle geprüft, die freilich bei negativer Bewertung weiterhin, im Sinne des Verweises auf Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes, aktiv werden kann.*

#### *Artikel 23*

*Neufassung des Artikels 47, des Gesetzes, betreffend die Funktionen der verantwortlichen Leiter einer Einrichtung. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext werden folgende berufliche Figuren hinzugefügt: der Pflegedirektor, die Direktoren der Gesundheitsbezirke, die koordinierenden Verwaltungsleiter, die koordinierenden ärztlichen Leiter, die koordinierenden Pflegedienstleiter, die ärztlichen Leiter für den territorialen Bereich sowie die Leiter für Sanitätstechnik, denen auf der Grundlage der Betriebsordnung die Erfüllung jener Ziele übertragen wird, die im Betriebsplan und im Landesgesundheitsplan festgelegt sind.*

*Mit der Führung der Einrichtungen und der Ämter werden die Leiter nach den in der Betriebsordnung laut Absatz 1 festgelegten Kriterien und Modalitäten betraut, wobei für die Sanitätsleitung die im Artikel 48 vorgesehenen Bestimmungen, und für die Leitung im Rahmen der Verwaltung, der technischen und fachgebundenen Dienste die im Landesgesetz vom 4. Januar 2000, Nr. 1, vorgesehenen Bestimmungen zu berücksichtigen sind, soweit dies mit dem gegenständlichen Gesetz vereinbar ist.*

#### *Artikel 24*

*Neufassung des Artikels 48 des Gesetzes, betreffend die fachlichen Aufträge und die Aufträge zur Leitung einer Einrichtung.*

*Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext werden die Aufträge gemäß Artikel 46 Absatz 3, das heißt fachliche und hoch spezialisierte Aufträge und solche in den Bereichen Consulting, Studien und Forschung, Inspektion, Prüfung und Kontrolle sowie Beauftragungen von Leitern mit mindestens fünf Dienstjahren als Verantwortliche von einfachen Einrichtungen nicht mehr vom Generaldirektor, sondern vom Direktor des Gesundheitsbezirks verliehen.*

*Die Beauftragung als Sanitätsleiter mit Beauftragung als Direktor einer komplexen Einrichtung hat unter Einhaltung der Bestimmungen zur Aufteilung der Stellen nach dem zahlenmäßigen Verhältnis der drei Sprachgruppen, gemäß dem Ergebnis der letzten allgemeinen Volkszählung und auf der Grundlage des territorialen Landesbereichs, also nicht mehr nach den Bereichen der aufzulösenden Sanitätsbetriebe zu erfolgen.*

*Die Beauftragung als Sanitätsleiter in der Funktion eines Direktors einer komplexen Einrichtung wird auch in Zukunft vom Generaldirektor verliehen, der allerdings nun das Einvernehmen mit dem Direktor des Gesundheitsbezirks herstellen wird müssen.*

*Die Kommission für die Auswahl der Kandidaten wird in Zukunft vom Direktor des Gesundheitsbezirks ernannt und wird aus dem Sanitätsdirektor oder seinem Stellvertreter und zwei Experten für den betreffenden Fachbereich bestehen, während bisher, auf der Grundlage des noch geltenden Gesetzestextes, die Ernennung durch den Generaldirektor erfolgte und aus dem Sanitätsdirektor und zwei Experten für den betreffenden Bereich zusammengesetzt war. Von den beiden Experten wurde einer vom der Landesregierung genannt, während der andere vom Sanitätsrat unter den Direktoren des Gesundheitsdienste, aber auch unter fachlich kompetenten Universitätsprofessoren, die gegebenenfalls aus anderen Mitgliedsländern der Europäischen Union stammen konnten, ausgewählt.*

*Die Zusammensetzung der Kommission muss der zahlenmäßigen Stärke der drei Sprachgruppen, nach den Ergebnissen der letzten amtlichen Volkszählung und den Vorgaben des territorialen Landesbereichs, also nicht mehr nach den Bereichen erfolgen, die den aufzulösenden Sanitätsbetrieben zugeordnet wurden. Eines der drei Kommissionsmitglieder kann auch der ladinischen Sprachgruppe angehören.*

*Neu ist die Bestimmung gemäß der, bei Ablauf der Beauftragungen als Sanitätsleiter in der Funktion als Direktor, der Generaldirektor, im Einvernehmen mit dem Direktor des Gesundheitsbezirks und bei Vorliegen eines positiven Gutachtens des Verwaltungsdirektors, die Erneuerung der Verträge für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren oder, gemäß dem in Absatz 3 geregelten Verfahren, neue Beauftragungen durchführen kann.*

*In den übrigen Bestimmungen der Absätze von 7 bis 10 des neuen Artikels 48 des Gesetzes ist der Bezug auf den Generaldirektor so zu verstehen, dass dieser im Einvernehmen mit dem Direktor des jeweiligen Gesundheitsbezirks handelt.*

*Artikel 25*

*Einfügung des Artikels 51/bis in das Gesetz, der Bestimmungen für den Personalbereich enthält.*

*Es erfolgt eine direkte Überleitung des bei den aufgelösten Sanitätsbetrieben in Dienste stehenden Personals in den neuen Sanitätsbetrieb.*

*Die Überleitung des Personals erfolgt gemäß Art. 2112 des Zivilgesetzbuches unter Beibehaltung der wirtschaftlichen und normativen Behandlung, welche in den geltenden Kollektivverträgen vorgesehen ist.*

*Die Überleitung bedingt keine Änderung des Dienstortes.*

#### *Artikel 26*

*Neufassung des Artikels 65 des Gesetzes. In dieser Übergangsbestimmung wird festgelegt, dass der Generaldirektor, der Verwaltungsdirektor, der Sanitätsdirektor, der Pflegedirektor und der Direktor eines Gesundheitsbezirks verpflichtet sind, innerhalb von drei Jahren nach Ihrer Ernennung den Nachweis für den Besuch eines Kurses aus Management für das öffentliche Gesundheitswesen, gemäß Artikel 8 Absatz 4 und Artikel 11 Absätze 2 und 5 beizubringen.*

*Für einen Zeitraum von fünf Jahren ab dem Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes wird der Pflegedirektor nach Anhören der Landesregierung vom Generaldirektor ernannt. Für die Ernennung kommen Personen in Frage, die den Voraussetzungen gemäß neuem Artikel 12/bis Absatz 6 entsprechen. Diese werden daher weder über einen fachspezifischen Universitätsabschluss, noch über die Bescheinigung der Kenntnis des Italienischen und des Deutschen, noch über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung verfügen müssen, sondern lediglich die Voraussetzungen nach den einschlägigen Bestimmungen erfüllen oder einen vom Land, von einem öffentlichen oder privaten Institut in Italien oder im Ausland anerkannten Kurs besucht und die Abschlussprüfung bestanden haben müssen. Für die Zulassung ist der Besitz der Bescheinigung über die Kenntnis der italienischen und deutschen Sprache, die für den Abschluss der Sekundarschule zweiten Grades vorgesehen ist, erforderlich.*

#### *Artikel 27*

*Betrifft die Einfügung von Artikel 65bis, 65ter, 65quater sowie 65quinquies in das Gesetz.*

*Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes von den bestehenden vier Sanitätsbetrieben bereits eingerichteten Departments werden nicht neuerlich errichtet.*

*Bis zur Neufestlegung der entsprechenden territorialen Bereiche, gemäß Art. 12/ter Absatz 2, erfolgt die Tätigkeit der Gesundheitsbezirke auf der Grundlage der territorialen Bereiche, die vor dem Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes für die Sanitätsbetriebe galten, die zum Zeitpunkt der Gründung des neuen Sanitätsbetriebs aufgelöst werden. Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits eingerichteten Ethikkomitees üben weiterhin ihre Funktionen aus.*

*Die Landesregierung beschließt innerhalb von 90 Tagen nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die Leitlinien für die Durchführung der Maßnahmen, die für die Gründung des Sanitätsbetriebs und die Ernennung des Generaldirektors notwendig sind. Zum Zwecke der erstmaligen Ernennung des Generaldirektors und der Direktoren der Gesundheitsbezirke kann die Landesregierung die in Artikel 8 Absatz 1 vorgesehene Frist bis auf 10 Tage verkürzen. Dem Generaldirektor des Sa-*



nitätsbetriebs obliegen die Durchführung der organisatorischen Maßnahmen, die für das Funktionieren des Betriebs unerlässlich sind.

Der Sanitätsbetrieb nimmt am 1. Januar 2007 seinen Betrieb auf. Die Sanitätsbetriebe von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck werden aufgelöst und die Funktionen ihrer General-, Verwaltungs- und Sanitätsdirektoren mit 31. Dezember 2006 aufgehoben.

Der Generaldirektor, der Sanitätsdirektor und der Verwaltungsdirektor der jeweiligen Sanitätsbetriebe, die Ihre Funktionen bis zu dem in Absatz 2 genannten Datum ausüben, sind für das Ergreifen der entsprechenden Maßnahmen, für die Erstellung der Bilanz für das letzte in ihre Zuständigkeit fallende Geschäftsjahr sowie für alle Verpflichtungen in der Kommunikation und Information verantwortlich, die sich aus steuerlichen Belangen und in den Bereichen der Sozialversicherung und Vorsorge ergeben.

Unbeschadet der Bestimmungen im Absatz 2 kann die Erfüllung aller Obliegenheiten, die sich aus dem Absatz 3 ergeben, höchstens sechs Monate nach der Auflösung der bestehenden Sanitätsbetriebe dauern.

Die Rechnungsprüferkollegien der aufgelösten Sanitätsbetriebe bleiben zur Erfüllung ihrer Aufgaben so lange im Amt, bis die Landesregierung die Bilanz für den letzten in deren Zuständigkeit fallenden Zeitraum und die zugehörigen Erklärungen für die Bereiche Steuer, Sozialversicherung, Vorsorge gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen genehmigt hat.

Das Anfangsvermögen des Sanitätsbetriebs besteht aus den Vermögen der aufgelösten Betriebe, nach dem Vermögensstand zum 31. Dezember 2006, wie von der Landesregierung festgestellt. Die Vermögensübertragung von den aufgelösten Betrieben zum Sanitätsbetrieb wird auf der Grundlage der Buchwerte erfolgen. Der entsprechende Beschluss der Landesregierung stellt gemäß Artikel 5 Absatz 3 des gesetzesvertretenden Dekretes vom 30. Dezember 1992, Nr. 502, in geltender Fassung, den Rechtstitel für die Überschreibung der Buchwerte, in die entsprechenden Bücher dar.

Gleichzeitig mit der Errichtung des Sanitätsbetriebs erfolgt die Einrichtung eines einzigen Schatzamtsdienstes und die Auflösung aller diesbezüglichen Beziehungen, die zu den Kassen der aufgelösten Betriebe bestehen.

Die finanziellen Ressourcen, die dem Sanitätsbetrieb zuzuweisen sind, werden von der Landesregierung für das Geschäftsjahr 2007 festgelegt.

Die Landesregierung kann zweckgebundene Verwaltungen für die Abwicklung bestimmter Vorgänge oder die Wahrnehmung von Funktionen einrichten, die den aufgelösten Betrieben zuzuordnen sind und nicht auf den Sanitätsbetrieb übertragen werden.

Der Generaldirektor des Sanitätsbetriebs ergreift alle notwendigen Maßnahmen zur Übernahme des Vermögensstandes, in Übereinstimmung mit der Maßnahme der Landesregierung laut Absatz 6, im Sinne der Übernahme aller Rechtstitel, die auf den Betrieb übertragen werden. Der Sanitätsbetrieb tritt die Rechtsnachfolge in Bezug auf alle aktiven und passiven, gegenwärtigen und zukünftigen oder in anderer

Weise mit den aufgelösten Betrieben in Zusammenhang stehenden rechtlichen Belange an.

Die Generaldirektoren der aufgelösten Sanitätsbetriebe können von der Landesregierung zu Direktoren eines Gesundheitsbezirks oder zu Kommissären für die Liquidierung der aufgelösten Betriebe ernannt werden.

Die Verwaltungs- und Sanitätsdirektoren der aufgelösten Betriebe können, je nach Kompetenzbereich, zu Verwaltungs- oder Sanitätskoordinatoren für die Gesundheitsbezirke der aufgelösten Betriebe ernannt werden.

In den Fällen laut den Absätzen 11 und 12 behalten die Direktoren die bestehende Besoldung bei; der Ablauffermin des bestehenden Vertrags bleibt unverändert. Bei Nichternennung erhalten sie einen Schadenersatz in der Höhe der Bezüge, die ihnen - abzüglich der gesetzlichen Zinsen - bis zum ursprünglich vorgesehenen Vertragsablauf zugestanden wären.

Die ärztlichen Direktoren die zum Zeitpunkt der Auflösung der Sanitätsbetriebe von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck die Funktion eines ärztlichen Direktors eines Krankenhauses ausgeübt haben und die Voraussetzungen gemäß Artikel 14 Absatz 5 nicht erfüllen, können für höchstens fünf Jahre bestätigt werden.

Jeglicher Bezug auf die aufgelösten Sanitätsbetriebe, der in den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes geltenden Rechtsvorschriften enthalten ist, gilt von nun an für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol. Der Generaldirektor kann die verwaltungsrechtlichen Funktionen oder Pflichten, die sich aus den genannten Bestimmungen ableiten, ganz oder teilweise dem Gesundheitsbezirk delegieren.

#### Artikel 28

Diese beziehen sich auf die Neufassung des Artikels 2, Absätze 1 und 5, sowie die Einfügung des neuen Absatzes 1/bis in den obgenannten Artikel des Landesgesetzes vom 28. Juni 1983, Nr. 19, in geltender Fassung, betreffend die Zuteilung der Stellen im Stellenplan des Sanitätsbetriebs, die nach Gruppen von Funktionsrängen, nach Ebenen oder Leitungsebenen, entsprechend dem für die Einstellung vorgeschriebenen Ausbildungsnachweis gegliedert sind. Im Unterschied zum geltenden Gesetzestext, der die Anwendung des Proporz nach der Verteilung der Sprachgruppen im territorialen Bereich des jeweiligen Sanitätsbetriebs vorsieht, werden in Zukunft die Proporzbestimmungen für das Gesamtgebiet des Landes gelten, da es nur noch einen Sanitätsbetrieb geben wird. Die Verteilung der Stellen erfolgt entsprechend der Stärke der Sprachgruppen im jeweiligen Gesundheitsbezirk, unter Berücksichtigung der Dienste mit landesweitem Einzugsgebiet.

Allen drei Sprachgruppen muss die Möglichkeit gewährleistet werden, die in dem Stellenplan des Sanitätsbetriebes in Bezug auf die einzelnen Gesundheitsbezirke vorgesehenen Stellen gemäß den Proporzbestimmungen des Landes zu besetzen. Der Ausgleich erfolgt mit Beschluss des Generaldirektors durch die Umverteilung der Planstellen innerhalb des Sanitätsbetriebes.

#### Artikel 29

*Einfügung des neuen Artikels 8/bis in das Landesgesetz vom 4. Jänner 2000, Nr. 1, betreffend die Liste der Führungskräfteanwärter des Sanitätsbetriebs. In die Liste werden diejenigen eingetragen, die den Eignungsnachweis für die Übernahme von Führungsaufträgen im Rahmen des Sanitätsbetriebs nach dessen Gründungsdatum erbracht haben. Die Liste der Führungskräfteanwärter besteht aus zwei Abschnitten:*

- a) Im Abschnitt A sind jene Personen eingetragen, die den Eignungsnachweis zur Ernennung als Abteilungsdirektor oder als Verwaltungsleiter eines Krankenhauses im Rahmen des Sanitätsbetriebs nach dem Datum der Betriebsgründung erbracht haben.*
- b) Im Abschnitt B sind jene Personen eingetragen, die den Eignungsnachweis zur Ernennung als Amtsdirektor im Rahmen des Sanitätsbetriebs nach dem Datum der Betriebsgründung erbracht haben.*

*Die Auswahl der Amtsdirektoren kann auch auf der Grundlage des Abschnitts A der Liste erfolgen.*

*Bei der Errichtung und erstmaligen Anwendung der Liste der Führungskräfteanwärter des Sanitätsbetriebs gemäß Art. 8/bis des Landesgesetzes vom 4. Jänner 2000, Nr. 1, werden all jene Personen von Rechts wegen in die Liste eingetragen, die zum Zeitpunkt der Auflösung der Sanitätsbetriebe von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck Inhaber eines Leitungsauftrags im Rahmen der genannten Betriebe waren, wobei die geschäftsführenden Leiter ausgenommen sind. In den Abschnitt A der Liste werden von Rechts wegen die Inhaber von Leitungsaufträgen wie Abteilungsdirektoren und Verwaltungsleiter von Krankenhäusern eingetragen. In den Abschnitt B der Liste werden von Rechts wegen die Inhaber von Leitungsaufträgen in der Funktion von Amtsdirektoren eingetragen.*

*Für die Beauftragung mit Leitungsaufträgen ist nicht das Auswahlverfahren gemäß den Artikeln 7 und 8 durchzuführen, noch die Ernennung gemäß Art. 7 Absatz 2 des Landesgesetzes vom 4. Jänner 2000, Nr. 1, vorzunehmen, falls die betreffenden Personen in den entsprechenden Abschnitt der Liste als bereits bei den Sanitätsbetrieben von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck zum Zeitpunkt der Auflösung derselben in Dienst befindliche Leiter eingetragen wurden. Es muss sich dabei um Personen handeln, denen noch kein Leitungsauftrag, der gleichwertig zu jenem ist, den sie zum Zeitpunkt der Auflösung innehatten, übertragen wurde, wobei eine vorangehende Überprüfung der Berufstauglichkeit und die Erfüllung der eventuell erforderlichen Berufsqualifikationen als Voraussetzungen bestehen. In allen anderen Fällen wird der Leitungsauftrag einem Anwärter übertragen, der in den entsprechenden Abschnitt der Liste eingetragen ist. Es kann auch ein Auswahl- oder Ernennungsverfahren gemäß den Artikeln 7 und 8 durchgeführt werden.*

#### Artikel 30

*In diesem Artikel werden einige Bestimmungen im Rang von Landesgesetzen aufgezählt, die als automatisch aufgehoben zu betrachtet sind und die explizit aufgehoben werden können, ohne dass die Gefahr des Entstehens einer Gesetzeslücke besteht.*

Artikel 31

Artikel über das Inkrafttreten des Gesetzes.

## **Relazione al disegno di legge n. 102/06 "Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale"**

*Considerazioni generali*

*Con la presente legge si istituisce l'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano, di seguito denominata azienda sanitaria, provvedendo contemporaneamente alla soppressione delle quattro Aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. Con ciò si persegue l'obiettivo, anche ma non solo dal punto di vista economico, di razionalizzare ed ottimizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in ambito provinciale, garantendo l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nonché procedure unitarie a livello provinciale.*

*Il disegno di legge, di seguito citato come ddl, va a novellare la recente legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, sul "Riordinamento del Servizio sanitario provinciale", di seguito citata come legge. La quasi totalità degli articoli del disegno di legge vanno pertanto o a modificare/integrare articoli contenenti disposizioni vigenti della citata legge provinciale o a inserire nuovi articoli nella legge medesima.*

*Articolo 1*

*Con l'articolo 1 si va a riscrivere l'articolo 2 della legge, intitolato "Competenze della Giunta provinciale". Le principali competenze della Giunta provinciale in materia di programmazione, indirizzo, controllo e vigilanza rimangono invariate. Nella lettera j) si aggiunge come competenza della Giunta provinciale la formulazione di linee guida per il finanziamento dei comprensori sanitari, tenuto anche conto della produzione dei medesimi.*

*La Giunta provinciale individua, altresì, le procedure e le modalità di verifica dei risultati complessivi dell'azienda sanitaria tramite l'impiego di idonei criteri di controllo gestionale e finanziario e la conformità degli stessi al Piano sanitario provinciale."*

*Articolo 2*

*Con l'articolo 2 si va a riscrivere l'articolo 5 della legge, intitolato "Aziende sanitarie provinciali: autonomia, competenze e compiti". Il nuovo comma 1, dell'articolo 5 della legge istituisce l'azienda sanitaria quale ente strumentale della Provincia autonoma di Bolzano per il conseguimento dei fini istituzionali. L'azienda sanitaria è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale. L'art. 27 del ddl sulle norme transitorie e non solo prevede che entro novanta giorni dall'entrata in vigore della nuova legge la Giunta provinciale adotta gli indirizzi per l'assunzione degli atti necessari alla costituzione dell'azienda sanitaria e alla nomina del Direttore generale, con soppressione delle Aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico dalla data di costituzione dell'azienda sanitaria. La data dell'effettiva costituzione dell'azienda sanitaria e contestuale soppressione delle aziende sanitarie preesistenti è fissata per il 1° gennaio 2007.*

*L'articolo disciplina inoltre l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda sanitaria rinviando all'atto aziendale di diritto privato da adottare nel rispetto dei principi e criteri stabiliti dalla Giunta provinciale. L'atto aziendale prima di poter essere adottato dovrà essere approvato dalla Giunta provinciale.*

*L'azienda sanitaria assume le attribuzioni previste per le aziende sanitarie dalla normativa vigente. Ad essa spettano l'erogazione in forma diretta delle prestazioni di assistenza sanitaria ed il rimborso delle spese sostenute per quelle usufruite in forma indiretta, applicando di norma il sistema delle tariffe predeterminate.*

*Articolo 3: modifica capo esistente*

*Articolo 4: modifica rubrica esistente*

*Articolo 5*

*Si va a riscrivere l'articolo 9 della legge, intitolato "Attribuzioni del Direttore generale". Al Direttore generale spettano i poteri di gestione e di rappresentanza dell'azienda sanitaria. Egli in futuro sarà coadiuvato, oltre che dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, anche dal Direttore tecnico-assistenziale. Vengono elencate le competenze del Direttore generale:*

- a) redazione e adozione dell'atto aziendale previo confronto con le organizzazioni sindacali;*
- b) definizione degli obiettivi e dei programmi aziendali da attuare nel quadro della programmazione sanitaria provinciale con indicazione delle relative priorità e individuazione delle risorse necessarie al loro conseguimento, nonché adozione degli atti di amministrazione di natura strategica, soggetti ad approvazione della Giunta provinciale, secondo quanto previsto dalla normativa provinciale in materia;*
- c) negoziazione del budget aziendale con la provincia;*
- d) responsabilità rispetto al programma operativo annuale e budget, articolato anche a livello comprensoriale;*
- e) negoziazione e definizione degli obiettivi annuali con il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Direttore tecnico-assistenziale;*
- f) negoziazione e definizione degli obiettivi annuali con i Direttori di comprensorio sanitario;*
- g) negoziazione e assegnazione delle risorse ai comprensori sanitari, nel rispetto delle direttive provinciali;*
- h) adozione di atti regolamentari e di indirizzo;*
- i) definizione dei servizi, delle attività nonché delle procedure aventi rilevanza aziendale o comunque sovracomprenditoriale, conformemente alla programmazione provinciale;*
- j) gestione e coordinamento dei servizi amministrativi, tecnici e professionali con valenza provinciale e dei servizi aziendali, in quanto non delegati ai comprensori sanitari;*
- k) garanzia dell'uniformità delle procedure dell'azienda sanitaria;*
- l) decisioni in merito alla partecipazione a società a capitale misto pubblico/privato;*
- m) sottoscrizione di contratti collettivi integrativi di lavoro a livello aziendale;*

- n) *esercizio delle funzioni di verifica e di controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi aziendali programmati;*
- o) *nomina del Consiglio dei sanitari;*
- p) *autorizzazione alla stipulazione di contratti attivi e relativi a lavori, forniture e servizi aventi valenza comprensoriale di durata superiore a 3 anni;*
- q) *nomina del nucleo di valutazione;*
- r) *nomina, rinnovo e revoca del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore tecnico-assistenziale, sentita la Giunta provinciale;*
- s) *proposta alla Giunta provinciale relativa alla nomina, al rinnovo ed alla revoca dei Direttori di comprensorio sanitario;*
- t) *nomine, revoche ed atti analoghi attribuitigli dalle disposizioni vigenti.*

*Rispetto al passato il Direttore generale deve motivare i provvedimenti assunti in diffinità non soltanto dal parere reso dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari, ma anche quelli assunti in diffinità dal parere reso dal Direttore tecnico-assistenziale.*

*Il Direttore generale è responsabile degli atti compiuti nell'esercizio delle sue funzioni e risponde in proprio ai sensi delle disposizioni vigenti in materia. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di legittima assenza o di impedimento del Direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore amministrativo o dal Direttore sanitario su delega del Direttore generale, o in mancanza di delega dal Direttore più anziano di età. Nel caso che l'assenza del Direttore generale si protragga ininterrottamente per oltre 180 giorni va dato avvio alle procedure per la sostituzione.*

*Fatto salvo quanto previsto dal comma 9, dell'articolo 11, per cui "il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario sono dichiarati decaduti dal proprio incarico nei casi di grave disavanzo o di violazioni di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione", norma che si vuole ora applicare anche al Direttore tecnico-assistenziale e al Direttore di comprensorio sanitario, entro il mese di marzo di ciascun anno, il Direttore generale procede alla verifica dei risultati conseguiti dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario, dal Direttore tecnico-assistenziale nonché dai Direttori di comprensorio sanitario. In caso di valutazione negativa può revocare la rispettiva nomina del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore tecnico-assistenziale, sentita la Giunta provinciale, rispettivamente proporre alla Giunta provinciale la revoca del Direttore di comprensorio sanitario.*

#### *Articolo 6*

*Riguarda la riformulazione del comma 2 dell'articolo 10, della legge. Rispetto al testo vigente cambia soltanto il riferimento al Direttore generale, che in futuro sarà unico, piuttosto che ai Direttori generali.*

*Riguarda inoltre la riformulazione del comma 3, dell'articolo 10, della legge. Rispetto al testo vigente la Giunta provinciale, oltre che nei casi di grave disavanzo o di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, accertati dagli organi di controllo, può anche nel caso di mancato raggiungimento degli*

obiettivi di cui al comma 2, dell'articolo 10 e sentito l'interessato, dichiarare la decadenza del Direttore generale dall'incarico e risolvere il contratto di lavoro.

#### Articolo 7

Riguarda la riformulazione del comma 1 dell'articolo 11, della legge. Rispetto al testo vigente viene meglio specificato come Direttore amministrativo e Direttore sanitario concorrono alla formazione delle decisioni della direzione generale, con la formulazione di proposte e di pareri, e precisamente "in ordine alla pianificazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica dei percorsi e dei processi relativi alle materie ricomprese nelle aree di rispettiva competenza".

Riguarda inoltre la riformulazione del comma 4, dell'articolo 11, della legge. Rispetto al testo vigente si sostituisce il riferimento al Direttore di un'azienda sanitaria con il Direttore dell'azienda sanitaria prevedendo che "qualora il Direttore generale dell'azienda sanitaria provenga da strutture a carattere non sanitario, il Direttore amministrativo va scelto fra persone provenienti da enti o strutture a carattere sanitario".

Riguarda inoltre la riformulazione del comma 6, dell'articolo 11, della legge: "Il Direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza, fatte salve le competenze del Direttore tecnico-assistenziale di cui all'art. 12-bis". La figura del Direttore tecnico-assistenziale, già esistente in base alla normativa vigente, in passato in posizione subordinata al Direttore sanitario, viene ora elevata a pari livello previsto per il Direttore amministrativo e Direttore sanitario. Il Direttore tecnico-assistenziale assume le responsabilità nella gestione di tutte le questioni che riguardano il personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione nonché il personale ausiliario e tecnico addetto all'assistenza.

#### Articolo 8

Riguarda la riformulazione dell'articolo 12 della legge. Ai fini della distribuzione dei posti di Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario e Direttore tecnico-assistenziale, nonché di quelli di Direttore di comprensorio sanitario a cittadini appartenenti a ciascuno dei tre gruppi linguistici, tutti i posti costituiscono un'unica categoria e vengono distribuiti applicando la proporzionale provinciale.

#### Articolo 9

Riguarda la riformulazione dell'articolo 12/bis della legge sulla dirigenza tecnico-assistenziale. Il Direttore tecnico-assistenziale, attualmente in posizione subordinata al Direttore sanitario, viene elevato allo stesso livello di quest'ultimo. Il Direttore tecnico-assistenziale è nominato dal Direttore generale, sentita la Giunta provinciale, tra soggetti che, oltre ad essere in possesso della laurea magistrale e dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca, previsto per il diploma di laurea abbia cumulato un'esperienza professionale di almeno cinque anni. Al Direttore tecnico-assistenziale si applicano i commi 1, 8, 9, 10, 11 e 13 dell'articolo 11, della legge, e cioè sulla partecipazione alla direzione dell'azienda sanitaria, sulla disciplina del rapporto di lavoro analogamente a quanto previsto per il Direttore amministrativo e Direttore sanitario, sulla decadenza dall'incarico per grave

*disavanzo o violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, sulla cessazione dell'incarico entro tre mesi dalla nomina del nuovo Direttore generale, salvo rinnovo, sulla nomina del proprio sostituto nonché sull'indennità spettante per lo svolgimento delle funzioni di sostituto.*

*Per un periodo di cinque anni dalla data di entrata in vigore della nuova legge il direttore tecnico-assistenziale o la direttrice tecnico assistenziale è nominato dal Direttore generale, sentita la Giunta provinciale, tra soggetti in possesso dei requisiti di cui al comma 6 dell'art. 12/bis, e cioè coloro che sono in possesso dei requisiti previsti dalla rispettiva normativa sia coloro che hanno frequentato un corso, organizzato dalla Provincia Autonoma di Bolzano o da un istituto pubblico o privato riconosciuto in Italia o all'estero, in tecniche organizzative e manageriali in ambito sanitario, con superamento di un esame finale. L'accesso alla selezione è subordinato al possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca, previsto per il diploma di istituto di istruzione secondaria di secondo grado.*

*Il Direttore tecnico-assistenziale, avvalendosi dei dirigenti tecnico assistenziali coordinatori, gestisce il personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione nonché il personale ausiliario e tecnico addetto all'assistenza nella relativa attività, con particolare attenzione allo sviluppo della qualità e della collaborazione interdisciplinare e del lavoro di équipe.*

*In ogni comprensorio sanitario sono inoltre previsti almeno un dirigente tecnico-assistenziale per l'area territoriale, un dirigente tecnico-assistenziale per ogni presidio ospedaliero nonché un dirigente tecnico-assistenziale per il personale tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione.*

*Il Direttore generale, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario, conferisce incarico di coordinamento ad uno dei dirigenti tecnico-assistenziali operanti nel singolo comprensorio sanitario. Nei comprensori sanitari con popolazione superiore a 150.000 abitanti tale incarico può essere affidato anche a tempo pieno. Nei confronti dei citati dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori da esso funzionalmente dipendenti il Direttore tecnico-assistenziale svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto, promuovendo la collaborazione e l'integrazione della rispettiva area territoriale con il o i presidi ospedalieri.*

*Trattasi di dipendenza funzionale dei dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori e in generale di tutto il personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione nonché del personale ausiliario e tecnico addetto all'assistenza dal Direttore tecnico-assistenziale che sta al vertice dell'azienda sanitaria.*

*Il dirigente tecnico-assistenziale, nell'ambito dell'area territoriale e del presidio ospedaliero, ha funzione di organizzazione e gestione del personale infermieristico, nonché del personale tecnico-sanitario, riabilitativo, della prevenzione e del personale ausiliario e tecnico addetto all'assistenza. Il dirigente tecnico-assistenziale esercita inoltre la funzione di organizzazione e gestione dei relativi processi di lavoro.*

*L'incarico di dirigente tecnico-assistenziale viene conferito in base a una pubblica selezione, alla quale sono ammessi sia coloro che sono in possesso dei requisiti previsti dalla rispettiva normativa sia coloro*



*che hanno frequentato un corso, organizzato dalla Provincia Autonoma di Bolzano o da un istituto pubblico o privato riconosciuto in Italia o all'estero, in tecniche organizzative e manageriali, con superamento di un esame finale. L'accesso alla selezione è subordinato al possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca, previsto per il diploma di istituto di istruzione secondaria di secondo grado.*

#### *Articolo 10*

*Riguarda l'inserimento nella legge di un nuovo articolo 12/ter, 12/quarter e 12/quinqües sui comprensori sanitari e distretti rispettivamente sul Direttore di comprensorio sanitario. L'azienda sanitaria è suddivisa al suo interno in quattro comprensori sanitari, con denominazione di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. La Giunta provinciale provvede alla definizione degli ambiti territoriali dei comprensori sanitari. Comunque fino alla ridefinizione dei rispettivi ambiti territoriali da parte della Giunta provinciale i comprensori sanitari operano negli ambiti territoriali stabiliti anteriormente all'entrata in vigore della presente legge per le aziende sanitarie soppresse al momento della costituzione della nuova azienda sanitaria.*

*I comprensori a sua volta si suddividono in distretti secondo i bacini di utenza determinati dalle disposizioni vigenti.*

*Ai comprensori sanitari sono attribuite le funzioni che possono essere meglio gestite a livello locale. Le stesse sono individuate nell'atto aziendale.*

*Ogni comprensorio sanitario, nel rispetto della programmazione provinciale, dell'atto aziendale, della programmazione strategica aziendale nonché delle competenze del Direttore generale:*

- a) è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria;*
- b) è soggetto a rendicontazione analitica, con contabilizzazione separata all'interno del bilancio dell'azienda sanitaria;*
- c) dà corso alle procedure e agli atti finalizzati all'instaurazione con terzi dei rapporti giuridici aventi valenza comprensoriale;*
- d) provvede alla gestione diretta dei relativi rapporti procedendo all'utilizzazione dei fattori produttivi e delle risorse.*

*Il singolo Direttore di comprensorio sanitario, avvalendosi delle strutture specifiche all'uopo preposte a livello aziendale, svolge le seguenti competenze, rispettando la programmazione provinciale, l'atto aziendale, la programmazione strategica aziendale e comunque le competenze del Direttore generale:*

- a) integrazione fra i servizi sanitari del comprensorio sanitario e i servizi socio-sanitari;*
- b) coordinamento complessivo dei servizi sanitari e dei servizi amministrativi, tecnici e professionali del comprensorio sanitario;*
- c) rilevazione, orientamento e valutazione della domanda sanitaria e socio-sanitaria, verifica del grado di soddisfacimento della stessa nel perseguimento degli obiettivi di salute definiti anche a livello aziendale, nonché garanzia dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari nel comprensorio sanitario attraverso un sistema integrato e del rispetto dei tempi di attesa definiti a livello provinciale e aziendale;*

- d) *gestione del budget assegnato al singolo comprensorio sanitario e negoziazione con i responsabili delle relative unità organizzative in termini di obiettivi, di attività e di risorse;*
- e) *valutazione comparativa dei costi e dei risultati attraverso il controllo di gestione;*
- f) *nomina dei responsabili di struttura semplice e dei direttori d'ufficio del comprensorio sanitario;*
- g) *espressione dell'intesa con il Direttore generale di cui ai commi 3, 7, 8, 9 e 10 dell'articolo 48, al comma 4, dell'articolo 12/bis, nonché ai commi 5 e 6, dell'articolo 14 (della legge), e per il conferimento dell'incarico di direttore di dipartimento e direttore di ripartizione del comprensorio sanitario;*
- h) *assunzione nel comprensorio sanitario, nei limiti delle risorse assegnate, del personale dipendente, a contratto o convenzionato;*
- i) *gestione del sistema di valutazione dei dirigenti del comprensorio sanitario;*
- j) *predisposizione delle graduatorie permanenti e per esigenze contingenti e espletamento dei concorsi e delle procedure di selezione a livello di comprensorio sanitario, avvalendosi delle apposite strutture preposte a livello aziendale;*
- k) *gestione del personale in servizio presso il comprensorio sanitario sulla base degli indirizzi aziendali;*
- l) *della stipulazione di accordi sindacali sulle materie di valenza comprensoriale demandate dalla contrattazione collettiva aziendale;*
- m) *procedure relative a forniture e servizi aventi valenza comprensoriale e procedure aventi valenza aziendale, il cui espletamento viene assegnato al comprensorio sanitario;*
- n) *attività di cui all'articolo 16, comma 3, numero 9) della legge provinciale 2 gennaio 1981, n. 1, e successive modifiche, lavori di cui all'articolo 2, comma 1, lettera i) delegati dalla Giunta provinciale, gestione del patrimonio e della sicurezza a livello comprensoriale;*
- o) *implementazione, manutenzione e assistenza dei sistemi informativi a livello comprensoriale;*
- p) *ogni altra funzione delegata dal Direttore generale.*

*Il Direttore di comprensorio sanitario è nominato dalla Giunta provinciale su proposta del Direttore generale dell'azienda sanitaria. Si applicano il comma 1, dell'art. 8, nonché i commi 8, 9 e 10 dell'art. 11 della legge, e cioè sulla disciplina del rapporto di lavoro analogamente a quanto previsto per il Direttore amministrativo e Direttore sanitario, sulla decadenza dall'incarico per grave disavanzo o violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione nonché sulla cessazione dell'incarico entro tre mesi dalla nomina del nuovo Direttore generale, salvo rinnovo.*

*Il Direttore di comprensorio sanitario svolge le funzioni attribuitegli dal nuovo articolo 12/ter della legge nonché quelle eventualmente delegategli.*

*Il Direttore di comprensorio sanitario deve essere in possesso dei requisiti di cui ai commi 2, 3 e 4, dell'art. 8, della legge, e cioè: non avere superato il 65esimo anno di età, essere in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti attestanti esperienza alme-*

no quinquennale di attività professionale di direzione tecnica o amministrativa presso enti, aziende e strutture pubbliche e private. Il candidato non deve trovarsi in alcuna delle condizioni di cui al commi 9 e 11 dell'articolo 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche. Il candidato deve essere in possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca per il diploma di laurea e deve produrre, entro 18 mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. Con norma transitoria è stabilito che, oltre al Direttore generale, al Direttore amministrativo, al Direttore sanitario e al Direttore tecnico-assistenziale, anche il Direttore di comprensorio sanitario deve produrre il certificato di frequenza del corso entro tre anni dalla rispettiva nomina. Si applica l'articolo 69 della legge.

Il Direttore di comprensorio sanitario è il diretto superiore del coordinatore dei Direttori medici, del coordinatore dei Dirigenti tecnico-assistenziali e del coordinatore dei Dirigenti amministrativi del comprensorio sanitario. Trattasi di dipendenza gerarchica da non confondere con quella funzionale del personale operante nell'ambito di rispettiva competenza dal Direttore amministrativo, Direttore sanitario e Direttore tecnico-assistenziale (intese queste figure come di vertice aziendale).

Il Direttore di comprensorio sanitario, nell'esercizio delle proprie funzioni, risponde dell'operato direttamente al Direttore generale. In caso di mancato rispetto, da parte del Direttore di comprensorio sanitario, della programmazione provinciale, dell'atto aziendale nonché della programmazione strategica aziendale, la Giunta provinciale, su proposta del Direttore generale e sentito l'interessato, ne dichiara la decadenza e risolve il relativo contratto di lavoro. Trattasi di disciplina da distinguere da quella di cui al nuovo comma 3, dell'articolo 9, della legge, che prevede che entro il mese di marzo di ciascun anno, il Direttore generale procede alla verifica dei risultati conseguiti anche dal Direttore di comprensorio sanitario e che in caso di valutazione negativa può proporre alla Giunta provinciale la revoca del Direttore di comprensorio sanitario.

#### Articolo 11

Riguarda la riformulazione dei commi 1 e 5 dell'articolo 13 della legge sul Collegio dei revisori dei conti. Rispetto al testo vigente che prevede tre membri il collegio dei revisori dei conti può essere composto fino a cinque membri. In futuro, essendo il Collegio dei revisori dei conti unico a livello aziendale, si applicherà inoltre la proporzionale provinciale e non più quella con riferimento alla consistenza dei tre gruppi linguistici nell'ambito territoriale di competenza della aziende sanitarie soppresse.

Il collegio vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolarità della contabilità e la tenuta dei registri contabili, nonché la rispondenza del bilancio d'esercizio alle risultanze delle scritture contabili. Esamina il bilancio preventivo e redige apposita relazione esponendo, se del caso, le proprie osservazioni. Il collegio, inoltre, riferisce almeno annualmente alla Giunta provinciale, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente,

*e comunque con cadenza almeno semestrale una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria alla conferenza dei presidenti delle Comunità comprensoriali nonché in futuro anche al rappresentante del Consorzio dei comuni di cui al comma 3, del nuovo articolo 20 della legge, che prevede che le funzioni di contribuzione alla definizione dei piani programmatici di sviluppo socio-sanitari rientranti nell'interesse di più di uno dei comprensori sanitari sono svolte, anche su proposta della conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali, da un rappresentante designato dal Consorzio dei comuni.*

#### *Articolo 12*

*Riguarda la riformulazione dell'articolo 14 della legge sull'organizzazione interna dell'azienda sanitaria. Rispetto al testo vigente è previsto un ufficio relazioni con il pubblico con sezioni distaccate in ogni comprensorio sanitario, nonché un ufficio relazioni con il personale ed i sindacati.*

*Il settore sanitario in ogni comprensorio sanitario è articolato nell'area territoriale e in uno o più presidi ospedalieri.*

*Allo scopo di migliorare la qualità ed efficienza dei servizi sanitari l'azienda sanitaria istituisce i dipartimenti che costituiscono il modello ordinario di gestione operativa dell'azienda sanitaria e la cui struttura organizzativa è disciplinata in base alle direttive emanate dalla Giunta provinciale.*

*A ciascuna area territoriale e a ciascun presidio ospedaliero è preposto un Direttore medico. Sono fatte salve le competenze della dirigenza tecnico-assistenziale. Il Direttore medico dell'area territoriale deve essere in possesso dei requisiti per accedere alla funzione di Direttore per la disciplina "Organizzazione dei servizi sanitari di base". Il Direttore medico di presidio ospedaliero deve essere in possesso dei requisiti per l'accesso alla funzione di Direttore per la disciplina "Direzione medica di presidio ospedaliero".*

*Il Direttore generale, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario, conferisce incarico di coordinamento ad uno dei Direttori medici operanti nel singolo comprensorio sanitario, che conserva la titolarità di Direttore medico di area territoriale o di presidio ospedaliero. Nei comprensori sanitari con popolazione superiore a 150.000 abitanti tale incarico può essere affidato anche a tempo pieno. Nei confronti dei citati Direttori medici coordinatori da esso funzionalmente dipendenti il Direttore sanitario svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto, promuovendo la collaborazione e l'integrazione della rispettiva area territoriale con il o i presidi ospedalieri.*

*La figura del direttore medico coordinatore a livello di comprensorio sanitario serve perché il Direttore sanitario non può gestire da solo, ma deve essere coadiuvato da collaboratori operanti in periferia.*

*Il settore amministrativo viene disciplinato dalla legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1. Le norme della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1, devono essere interpretate in base a criteri ispiratori della nuova legge.*

*Il Direttore generale, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario, conferisce incarico di coordinamento ad un dirigente amministrativo operante nel singolo comprensorio sanitario. Nei comprensori sa-*

nitari con popolazione superiore a 150.000 abitanti tale incarico di coordinamento può essere affidato anche a tempo pieno.

Nei confronti dei citati dirigenti amministrativi coordinatori da esso funzionalmente dipendenti il Direttore amministrativo svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto. Trattasi della cosiddetta dipendenza funzionale di cui si è già parlato più sopra.

Il Piano sanitario provinciale individua i servizi specialistici aziendali, intesi anche quelli a valenza sovracomprenditoriale.

Il collegio dei Direttori di comprensorio sanitario ha funzioni consultive e propositive nei confronti del Direttore generale in materia di programmazione e valutazione delle attività socio-sanitarie.

#### Articolo 13

Riguarda la riformulazione dell'articolo 16 della legge sui controlli. Rispetto al testo vigente il compito di effettuare i controlli spetta, oltre che al Direttore generale, anche al Direttore di comprensorio sanitario e rappresenta elemento di verifica per la conferma dell'incarico.

#### Articolo 14

Riguarda la riformulazione del comma 1 dell'articolo 17 della legge sui presidi ospedalieri. Rispetto al testo vigente cambia il riferimento ai presidi ospedalieri pubblici strutture dell'azienda sanitaria piuttosto che delle rispettive aziende sanitarie soppresse dalla nuova legge. Gli attuali ospedali in futuro saranno organizzati in rete.

#### Articolo 15

Riguarda la riformulazione dell'articolo 19 della legge sul Consiglio dei sanitari. Rispetto al testo vigente cambiano la composizione del Consiglio dei sanitari nonché le materie nelle quali il Consiglio dei sanitari dà parere obbligatorio al Direttore generale. È da considerarsi pertanto implicitamente abrogato il Decreto del Presidente della Provincia 20 marzo 2002, n. 7.

Il Consiglio dei sanitari è composto dal Direttore sanitario, con funzioni di presidente, e dai seguenti membri elettivi:

- a) tredici rappresentanti del personale medico aziendale di cui sette eletti nel comprensorio sanitario di Bolzano, due nel comprensorio sanitario di Merano, due nel comprensorio sanitario di Bressanone e due nel comprensorio sanitario di Brunico;
- b) due rappresentanti dei medici di medicina generale;
- c) un rappresentante dei pediatri di libera scelta;
- d) un rappresentante dei medici specialisti convenzionati;
- e) un rappresentante del personale medico veterinario;
- f) due rappresentanti del personale dirigente sanitario non medico;
- g) un farmacista;
- h) quattro rappresentanti del personale infermieristico di cui uno in rappresentanza della dirigenza tecnico-assistenziale;
- i) tre rappresentanti del personale tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione.

Alle riunioni del Consiglio sanitario partecipa, in qualità di uditor, un medico libero professionista eletto in rappresentanza delle strutture sanitarie private con cui siano stati stipulati accordi contrattuali.

La Giunta provinciale stabilisce, dopo aver sentito le organizzazioni sindacali, i criteri riguardo alle modalità di elezione.

*Il Consiglio dei sanitari è organo interno dell'azienda e dura in carica tre anni; svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale per tutte le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essi attinenti, alle attività di assistenza sanitaria, ai regolamenti concernenti l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda sanitaria. La Giunta provinciale può individuare ulteriori materie da sottoporre al presente Consiglio. I pareri sono da intendersi favorevoli ove non formulati entro 15 giorni dalla richiesta. Il Direttore generale può chiedere pareri su altri argomenti, previo confronto con le organizzazioni sindacali.*

*Articolo 16*

*Riguarda la riformulazione dell'articolo 20 della legge sulla Conferenza dei presidenti delle Comunità comprensoriali. Rispetto al testo vigente, oltre alla conferenza dei presidenti delle Comunità comprensoriali operante nell'ambito territoriale di ciascun comprensorio sanitario, è previsto, per le questioni che rientrano nell'interesse di più di uno dei comprensori sanitari, l'intervento di un rappresentante designato dal Consorzio dei comuni. Le relative valutazioni e proposte sono trasmesse al Direttore generale dell'azienda sanitaria.*

*Articolo 17*

*Riguarda la riformulazione di parte dell'articolo 22 della legge sui Comitati etici dell'azienda sanitaria.*

*I comprensori sanitari nelle cui strutture sanitarie viene svolta attività di sperimentazione clinica istituiscono un comitato etico, che svolge la propria attività nel rispetto della normativa in materia.*

*Nella parte dell'articolo sulla composizione dei comitati rispetto al testo vigente che prevede la presenza del dirigente medico di area ospedaliera o un medico da questi delegato, con funzioni di presidente, area ospedaliera che a seguito della riforma non è più prevista perché sostituita dai singoli presidi ospedalieri, in futuro sarà prevista la presenza del Direttore sanitario o un suo delegato, con funzioni di presidente.*

*In base a disposizione transitoria i comitati etici già istituiti non dovranno essere ricostituiti.*

*Articolo 18*

*Riguarda la riformulazione della rubrica dell'articolo 27 della legge.*

*Riguarda la riformulazione del comma 2, dell'articolo 27, della legge sulla contabilità ed attività contrattuale delle aziende sanitarie. Rispetto al testo vigente cambia soltanto il riferimento al comma 2 piuttosto che al comma 1, del nuovo articolo 5 della legge.*

*Articolo 19*

*Riguarda la riformulazione del comma 7 dell'articolo 28 della legge sul finanziamento dell'azienda sanitaria. Rispetto al testo vigente il riferimento al finanziamento delle aziende sanitarie in futuro sarà ai comprensori sanitari. Si toglie inoltre la previsione della compensazione della mobilità sanitaria a livello provinciale, che con l'istituzione dell'azienda sanitaria provinciale non ha più ragion d'essere.*

*Articolo 20*

*Riguarda la riformulazione del comma 5 dell'articolo 42 della legge sulla composizione del Comitato provinciale per la programmazione sanitaria. Rispetto al testo vigente che prevede la presenza dei Diret-*

*tori generali nonché del Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Comunità comprensoriali o in sua sostituzione il Direttore della Ripartizione provinciale Servizio sociale in futuro ci sarà la presenza del Direttore generale e dei Direttori di comprensorio sanitario nonché il rappresentante designato dal Consorzio dei comuni di cui al comma 3, del nuovo articolo 20, o in sua sostituzione il Direttore della Ripartizione provinciale Servizio sociale.*

*Articolo 21*

*Riguarda la riformulazione dei commi 3, 4, e 5 dell'articolo 43 della legge sulla Commissione provinciale per la promozione della qualità. Rispetto al testo vigente viene sostituito il riferimento alle aziende sanitarie piuttosto che all'azienda sanitaria (comma 3), rispettivamente modificata la composizione della commissione prevedendo al posto dei Direttori sanitari delle aziende sanitarie il Direttore sanitario dell'azienda sanitaria, al posto di un direttore dell'area ospedaliera o un suo sostituto proposti dall'Associazione dei primari un Direttore medico di presidio ospedaliero o un suo sostituto proposti dall'Associazione dei primari (l'area ospedaliera infatti non esisterà più) nonché la presenza, nuova rispetto al testo vigente, del Direttore tecnico-assistenziale, del referente per la promozione della qualità dell'azienda sanitaria, nonché di un referente per ciascun comprensorio sanitario. Vengono invece tolte le figure dell'esperto nel settore della valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nonché dei due esperti nel settore della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari (comma 4).*

*Articolo 22*

*Riguarda la riformulazione della rubrica dell'articolo 46 della legge. Riguarda la riformulazione comma 4, dell'art. 46, della legge sulla disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie. Rispetto al testo vigente, essendo in futuro previsto che la nomina del dirigente sanitario con incarico di responsabile di struttura semplice avviene a cura del Direttore di comprensorio sanitario e la nomina del dirigente sanitario con incarico di direttore di struttura complessa a cura del Direttore generale, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario, occorre modificare il testo vigente prevedendo che il Direttore di comprensorio sanitario rispettivamente il Direttore generale, ove confermino la valutazione negativa del nucleo di valutazione, revocano la nomina del responsabile rispettivamente del direttore.*

*Riguarda la riformulazione comma 5, dell'art. 46, della legge sulla disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie. Rispetto al testo vigente che prevede la verifica annuale dei risultati di gestione del dirigente sanitario con incarico di direttore di struttura complessa, i risultati della gestione sono sottoposti a verifica tramite il diretto superiore e non tramite il nucleo di valutazione che comunque potrà intervenire in caso di valutazione negativa, prevedendo un rinvio al comma 4, dell'articolo 46, della legge.*

*Articolo 23*

*Riguarda la riformulazione dell'art. 47 della legge sulle funzioni dei dirigenti responsabili di struttura. Rispetto al testo vigente si aggiungono le figure del Direttore tecnico-assistenziale, dei Direttori di comprensorio sanitario, dei dirigenti amministrativi coordinatori, dei Direttori me-*

dici coordinatori, dei dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori, dei Direttori medici di area territoriale nonché dei dirigenti tecnico-assistenziali per le quali l'atto aziendale disciplina l'attribuzione dei compiti per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano aziendale e nel Piano sanitario provinciale.

La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 48 e per la dirigenza amministrativa, tecnica e professionale delle disposizioni di cui alla legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1, per quanto compatibile con la presente legge.

#### Articolo 24

Riguarda la riformulazione dell'art. 48 della legge sugli incarichi di natura professionale e di direzione di struttura.

Rispetto al testo vigente gli incarichi di cui al comma 3, dell'articolo 46, della legge, e cioè gli incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché gli incarichi di responsabile di strutture semplici conferiti al dirigente con cinque anni di attività, sono conferiti dal Direttore di comprensorio sanitario e non dal Direttore generale.

Il conferimento dell'incarico di dirigente sanitario con incarico di direttore di struttura complessa deve avvenire nel rispetto delle norme sulla ripartizione dei posti secondo la consistenza dei tre gruppi linguistici, quale risulta dall'ultimo censimento ufficiale della popolazione, con riferimento all'ambito territoriale provinciale e non più quello di competenza delle rispettive aziende sanitarie in futuro soppresse.

L'incarico di dirigente sanitario con incarico di direttore di struttura complessa verrà conferito in futuro dal Direttore generale, d'intesa con il relativo Direttore di comprensorio sanitario, e non più soltanto dal Direttore generale.

La commissione che seleziona i candidati in futuro sarà nominata dal Direttore di comprensorio sanitario ed sarà composta dal Direttore sanitario o suo delegato e da due esperti nella disciplina oggetto dell'incarico, mentre nel testo vigente è previsto che la commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e due esperti nella disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno designato dalla Giunta provinciale ed uno designato dal Consiglio dei sanitari tra i direttori del servizio sanitario e tra professori universitari esperti in materia, anche provenienti da Paesi membri dell'Unione europea.

La composizione della citata commissione deve adeguarsi alla consistenza dei tre gruppi linguistici, quale risulta dall'ultimo censimento ufficiale della popolazione, con riferimento all'ambito territoriale provinciale e non più quello di competenza delle rispettive aziende sanitarie in futuro soppresse. Uno dei tre membri può appartenere anche al gruppo linguistico ladino.

Nuova è la disposizione che prevede che al termine degli incarichi di dirigente sanitario con incarico di direttore il Direttore generale può, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario e previo parere positivo del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo, procedere al rinnovo degli stessi per un periodo non inferiore a due anni oppure



conferire nuovi incarichi mediante la procedura di cui al comma 3, dell'articolo 48.

In tutte le restanti disposizioni contenute nei commi da 7 a 10, del nuovo articolo 48, della legge il riferimento al Direttore generale è al Direttore generale che agisce d'intesa con il rispettivo Direttore di comprensorio sanitario.

#### Articolo 25

Riguarda l'inserimento dell'articolo 51/bis nella legge con disposizioni in materia di personale.

Il personale in servizio presso le aziende sanitarie soppresse è trasferito con passaggio diretto alla nuova azienda sanitaria.

Il passaggio del personale, in ottemperanza all'articolo 2112 codice civile, comporta il mantenimento dei trattamenti economici e normativi previsti dai vigenti contratti collettivi.

Il trasferimento non comporta comunque la modifica della sede di servizio del personale stesso.

#### Articolo 26

Riguarda la riformulazione dell'articolo 65 della legge. La disposizione transitoria prevede che il Direttore generale, il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario, il Direttore tecnico-assistenziale nonché il Direttore di comprensorio sanitario devono produrre il certificato di frequenza del corso di formazione manageriale per l'area di sanità pubblica in deroga al comma 4, dell'art. 8, ed ai commi 2 e 5, dell'art. 11, entro tre anni dalla rispettiva nomina.

Per un periodo di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge il direttore tecnico-assistenziale è nominato dal Direttore generale, sentita la Giunta provinciale, tra soggetti in possesso dei requisiti di cui al comma 6 del nuovo articolo 12/bis. Non occorre pertanto essere in possesso della laurea specialistica, dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca previsto per il diploma di laurea nonché aver accumulato un'esperienza professionale di almeno cinque anni, ma basterà essere in possesso dei requisiti previsti dalla rispettiva normativa o avere frequentato un corso, organizzato dalla Provincia Autonoma di Bolzano o da un istituto pubblico o privato riconosciuto in Italia o all'estero, in tecniche organizzative e manageriali, con superamento di un esame finale. L'accesso sarà subordinato al possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca, previsto per il diploma di istituto di istruzione secondaria di secondo grado

#### Articolo 27

Riguarda l'inserimento degli articoli 65bis, 65ter, 65quater nonché 65quinquies nella legge.

I dipartimenti già istituiti dalle quattro aziende sanitarie esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge non dovranno essere nuovamente istituiti

Fino alla ridefinizione dei rispettivi ambiti territoriali ai sensi del comma 2, dell'art. 12/ter, i comprensori sanitari operano negli ambiti territoriali stabiliti anteriormente all'entrata in vigore della nuova legge per le aziende sanitarie soppresse alla data di costituzione dell'azienda sanitaria.

*I comitati etici già istituiti alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad esercitare le loro funzioni.*

*Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta provinciale adotta gli indirizzi per l'assunzione degli atti necessari alla costituzione dell'azienda sanitaria e alla nomina del Direttore generale. Ai fini della prima nomina del Direttore generale e dei Direttori dei comprensori sanitari la Giunta provinciale può ridurre fino a 10 giorni il termine previsto dal comma 1, dell'articolo 8. Il Direttore generale dell'azienda sanitaria provvede all'adozione degli atti organizzativi necessari al funzionamento dell'azienda stessa.*

*L'azienda sanitaria entra in funzione alla data del 1 gennaio 2007. Le aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico sono soppresse ed i Direttori generali, amministrativi e sanitari cessano l'esercizio delle loro funzioni alla data del 31 dicembre 2006.*

*Il Direttore generale, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo delle rispettive aziende esercitano le proprie funzioni fino alla data di cui al comma 2 e sono responsabili dell'adozione dei relativi atti, nonché della predisposizione del bilancio di esercizio relativo all'ultimo periodo di competenza e dell'adempimento di tutti gli obblighi comunicativi e di dichiarazione previsti dalle vigenti norme in materia fiscale, previdenziale ed assistenziale.*

*Fatto salvo quanto previsto dal comma 2, il compimento degli adempimenti di cui al comma 3 potrà essere protratto per un periodo di sei mesi successivi alla soppressione delle esistenti aziende.*

*I collegi dei revisori dei conti delle aziende sanitarie soppresse restano in carica per l'assolvimento dei propri compiti sino all'approvazione da parte della Giunta provinciale del bilancio relativo all'ultimo periodo di competenza e delle relative dichiarazioni di natura fiscale, previdenziale ed assistenziale previste dalla normativa vigente.*

*Il patrimonio iniziale dell'azienda sanitaria è costituito dai patrimoni delle aziende soppresse secondo la consistenza esistente alla data del 31 dicembre 2006 così come determinata dalla Giunta provinciale. Il trasferimento del patrimonio delle soppresse aziende all'azienda sanitaria avverrà secondo i valori contabili. La relativa deliberazione della Giunta provinciale costituisce titolo per la trascrizione degli stessi nei rispettivi registri ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche.*

*Con l'istituzione dell'azienda sanitaria sarà costituita una Tesoreria Unica a livello centrale con soppressione dei rapporti di tesoreria esistenti in capo alle aziende soppresse.*

*La Giunta provinciale definirà le risorse finanziarie da destinare all'azienda sanitaria per l'esercizio relativo all'anno 2007.*

*La Giunta provinciale può istituire apposite gestioni aventi il compito di curare l'amministrazione di determinati rapporti o funzioni facenti capo alle aziende soppresse che non vengano trasferiti all'azienda sanitaria.*

*Il Direttore generale dell'azienda sanitaria adotta tutti i provvedimenti necessari all'assunzione del patrimonio, come definito dal provvedimento della Giunta provinciale di cui al comma 6, e di tutti i rapporti giuridici trasferiti all'azienda stessa. L'azienda sanitaria subentra in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende soppresse, attuali e*

*futuri e comunque riconducibili alle aziende stesse a decorrere dalla data di cui al comma 2.*

*I Direttori generali delle soppresse aziende sanitarie possono essere nominati dalla Giunta provinciale Direttori del comprensorio sanitario o Commissari liquidatori delle aziende soppresse.*

*I Direttori amministrativi e sanitari delle soppresse aziende potranno essere nominati, rispettivamente, coordinatori amministrativi e sanitari dei comprensori sanitari delle aziende soppresse.*

*Nei casi di cui ai commi 11 e 12 i Direttori manterranno il trattamento economico in godimento e la scadenza del precedente contratto. In caso di mancata nomina viene loro riconosciuto un risarcimento del danno nella misura equivalente agli emolumenti spettanti fino alla scadenza contrattuale originariamente prevista, dedotti gli interessi legali.*

*I Direttori medici che alla data della soppressione delle Aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico svolgono la funzione di Direttore medico di presidio ospedaliero e che non sono in possesso dei requisiti previsti dal comma 5, dell'articolo 14, possono essere riconfermati per una durata massima di cinque anni.*

*Il riferimento alle soppresse aziende sanitarie contenuto in tutte le norme vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge si intende riferito all'Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano. Il Direttore generale può comunque delegare ai comprensori sanitari, in tutto o in parte, le funzioni o gli obblighi amministrativi che derivano dalle citate norme vigenti.*

#### *Articolo 28*

*Riguarda la riformulazione dei commi 1 e 5 dell'articolo 2, nonché l'inserimento del nuovo comma 1/bis nello stesso articolo 2, della legge provinciale 28 giugno 1983, n. 19, e successive modifiche, sulla distribuzione dei posti nella pianta organica dell'azienda sanitaria, considerati per gruppi di posizioni funzionali, livelli o incarichi dirigenziali, secondo il titolo di studio prescritto per accedervi. Rispetto al testo vigente che applica la proporzionale in base alla consistenza dei gruppi linguistici nell'ambito territoriale di competenza della rispettiva azienda sanitaria, in futuro, essendo l'azienda sanitaria unica, si applicherà la proporzionale provinciale. La distribuzione dei posti avviene comunque sulla base della consistenza dei gruppi linguistici nel rispettivo comprensorio sanitario tenendo conto dei servizi con bacino d'utenza provinciale.*

*A ciascuno dei tre gruppi linguistici va garantita la possibilità di accedere ai posti della pianta organica dell'azienda sanitaria con riferimento ai singoli comprensori sanitari in base alla proporzionale provinciale, effettuando, con delibera del Direttore generale, i necessari conguagli tramite redistribuzione dei posti all'interno dell'azienda sanitaria.*

#### *Articolo 29*

*Riguarda l'introduzione del nuovo articolo 8/bis nella legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1, sull'istituzione dell'albo degli aspiranti dirigenti amministrativi dell'azienda sanitaria. Nell'albo sono iscritti coloro che hanno conseguito l'idoneità per l'assunzione di incarichi dirigenziali*

*nell'azienda sanitaria dopo la data di costituzione dell'azienda sanitaria medesima. L'albo degli aspiranti dirigenti consta di due sezioni:*

- a) nella sezione A sono iscritti coloro che hanno conseguito l'idoneità per la nomina a Direttore di ripartizione o a dirigente amministrativo di presidio ospedaliero nell'azienda sanitaria dopo la data di costituzione dell'azienda sanitaria.*
- b) nella sezione B sono iscritti coloro che hanno conseguito l'idoneità per la nomina a Direttore di ufficio nell'azienda sanitaria provinciale dopo la data di costituzione dell'azienda sanitaria.*

*La scelta dei Direttori d'ufficio può avvenire anche nell'ambito della sezione A dell'albo.*

*In sede di istituzione e prima applicazione dell'Albo degli aspiranti dirigenti amministrativi dell'azienda sanitaria di cui al nuovo articolo 8/bis della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1, vengono iscritti di diritto anche coloro che alla data di soppressione delle Aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico sono titolari di un incarico dirigenziale nelle medesime, ad esclusione dei dirigenti reggenti. Sono iscritti di diritto nella sezione A dell'albo i titolari di un incarico dirigenziale quale Direttore di ripartizione o dirigente amministrativo di presidio ospedaliero. Sono iscritti di diritto nella sezione B dell'albo i titolari di un incarico dirigenziale quale Direttore d'ufficio.*

*Per il conferimento degli incarichi dirigenziali non può essere espletata la procedura di selezione di cui agli articoli 7 e 8 o conferita la nomina di cui al comma 2 dell'articolo 7 della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1, nel caso in cui siano iscritti nella corrispondente sezione dell'albo dirigenti già in servizio nelle aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico alla data di soppressione delle medesime, cui non sia già stato conferito un incarico dirigenziale almeno equivalente a quello di cui erano titolari alla data della soppressione, previa verifica dell'idoneità professionale e possesso dell'eventuale abilitazione professionale richiesta. Negli altri casi l'incarico dirigenziale viene conferito a favore di un aspirante iscritto nella corrispondente sezione dell'albo o secondo le modalità di selezione o nomina di cui agli articoli 7 e 8.*

*Articolo 30*

*L'articolo contiene l'elenco di alcune disposizioni di legge provinciale che sono comunque da considerarsi implicitamente abrogate e che possono essere esplicitamente abrogate senza lasciare un vuoto normativo.*

*Articolo 31*

*Articolo sull'entrata in vigore della legge.*

**Ergänzung zum Begleitbericht zum Landesgesetzentwurf  
"Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes"  
(genehmigt von der Landesregierung in der Sitzung vom 18.09.06)**

*Die zentrale Zielsetzung und Ausrichtung dieses Gesetzentwurfes ist eine Strukturreform des Südtiroler Gesundheitswesens. Damit werden die Weichen für eine moderne und effiziente Sanität gestellt, um für*

die künftigen Herausforderungen, die in den nächsten Jahren auf unser Gesundheitssystem zukommen werden, gerüstet zu sein.

Vorerst stellt sich die Frage, warum die Notwendigkeit eines einzigen Sanitätsbetriebes besteht, wenn doch alle vier Sanitätsbetriebe, jeder für sich, in der Vergangenheit eine gute Arbeit geleistet haben?

Heute stehen die Gesundheitssysteme aller europäischen Länder vor großen Herausforderungen und kämpfen gegen dieselben Schwierigkeiten an.

Die steigende Lebenserwartung, die Zunahme von chronischen Krankheiten, immer neue, teurere medizintechnische Geräte und ein generell erhöhter Bedarf an medizinischer Betreuung und Pflege: dies alles führt zu ständig steigenden Ausgaben für die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau.

Hinzu kommt eine zunehmende Liberalisierung des Gesundheitsmarktes. Der mündige Patient nützt die „freie Wahl“ der Gesundheitseinrichtungen und sucht jene auf, wo er die beste Leistung erhält. Besonders für das Grenzland Südtirol sind damit Chancen, aber auch Gefahren der Abwanderung verbunden.

Die europäischen Länder und Regionen begegnen diesen Herausforderungen auf unterschiedlichste Art und Weise:

- In England beispielsweise übernimmt das öffentliche Gesundheitswesen für ältere Patienten nicht mehr die Kosten für Hüftoperationen;
- Im Veneto wurden in den letzten 15 Jahren 23 Krankenhäuser geschlossen oder umgewandelt,
- in vielen europäischen Ländern schreitet die Privatisierung von öffentlichen Krankenhäusern voran, mit der Gefahr einer Zweiklassenmedizin und einer Einschränkung der Leistungen für sozial Schwache.

Wir wollen in Südtirol keine Reduzierung von medizinischen Leistungen für unsere BürgerInnen! Wir wollen weiters die Schließung von öffentlichen Krankenhäusern vermeiden und auf jeden Fall keine Zweiklassenmedizin für unsere BürgerInnen!

Wir wollen unser öffentliches, flächendeckendes Gesundheitssystem mit 7 öffentlichen Akutkrankenhäusern mit einem landesweit engmaschigem Netz von ambulanten Diensten und Einrichtungen sowie 20 Sprengel absichern und unseren Bürgern ein für alle zugängliches Gesundheitswesen auch in Zukunft garantieren.

Mit dem vorliegenden Gesetz werden die Rahmenbedingungen geschaffen, die den Prozess einer weit reichenden klinischen- und verwaltungstechnischen Reform ermöglichen. Dabei ist unser vorrangiges Ziel, dies rasch und effizient umzusetzen!

Der Gesetzentwurf wurde von einer eigens eingesetzten Steuerungsgruppe ausgearbeitet, in der alle Interessensgruppen wie Ärztekammer, Pflegeverband, Sanitätsbetriebe, die Lokalkörperschaften und verschiedenen Experten vertreten sind. Daneben wurde ein eigener Tisch mit allen Gewerkschaften des Gesundheitswesens errichtet, bei dem alle für die Mitarbeiter wichtigen Fragen gemeinsam erörtert und einer einvernehmlichen Lösung zugeführt wurden.

Bei der Ausarbeitung des Gesetzentwurfes standen folgende Grundsätze im Vordergrund:

- *Es braucht eine einzige Führung und Planung und gleichzeitig eine weit reichende Autonomie vor Ort nach dem Subsidiaritätsprinzip.*
- *Alle 7 Krankenhäuser sollen in ein landesweites Netzwerk eingebunden werden, in dem jedes seine klar definierte Aufgabe hat.*

*Durch den Abbau von Mehrgleisigkeiten und die Schaffung von Synergien sollen Kosten eingespart werden. Die dadurch frei gewordenen Mittel können für eine Sicherung und Steigerung der Qualität und der zusätzlich notwendigen klinischen Dienste in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden.*

*Wie sieht nun dieser neue Sanitätsbetrieb aus?*

*Der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen ist eine mit Verwaltungsautonomie ausgestattete Körperschaft öffentlichen Rechts. Die heutigen 4 Sanitätsbetriebe werden morgen zu 4 Gesundheitsbezirken umgestaltet, ohne eigene Rechtspersönlichkeit, jedoch mit weitgehender operativer Autonomie, i. S. dass diese Gesundheitsbezirke auch in Zukunft für die Dienste vor Ort verantwortlich sind. Jeder Gesundheitsbezirk wird von einem Bezirksdirektor geleitet, der von der Landesregierung auf Vorschlag des Generaldirektors ernannt wird.*

*Die wichtigsten Zuständigkeiten der Landesregierung sind in diesem Gesetzentwurf wie sie bereits im bisherigen Landesgesetz 7/2001" Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes" enthalten sind: Genehmigung von Richtlinien, von Plänen, Projekten und Programmen, Abschluss von Kollektivverträgen, Zuweisung der finanziellen Mittel, so wie Überwachung und Kontrolle.*

*In der obersten Führungsebene des Sanitätsbetriebes wird es zukünftig neben einem Generaldirektor, einem Sanitätsdirektor und einem Verwaltungsdirektor auch einen Pflegedirektor geben. Letzterer war bisher dem Sanitätsdirektor hierarchisch untergeordnet und wird nun auf eine Ebene mit dem Sanitäts- und Verwaltungsdirektor gestellt. Damit haben wir italienweit eine Vorreiterrolle in der Etablierung einer eigenständigen Pflegesäule und tragen der beruflichen Entwicklung im Pflegebereich Rechnung!*

*Der Generaldirektor ist für die Planung und Führung des gesamten Sanitätsbetriebs verantwortlich. Er trifft die strategischen Entscheidungen im klinischen- und Verwaltungsbereich im Rahmen der von der Landesregierung vorgegebenen Richtlinien, er weist den 4 Gesundheitsbezirken im Rahmen der Vorgaben der Landesregierung die notwendigen Ressourcen zu, wie Finanzen, Personal, Medizintechnik usw., er kontrolliert und bewertet Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Dienste und er leitet bzw. koordiniert die landesweiten Dienste und die Kompetenzzentren.*

*Die Gesundheitsbezirke bzw. Bezirksdirektoren nehmen all jene Funktionen wahr, die auf lokaler Ebene effizienter ein- bzw. umgesetzt werden können, im Sinne des Subsidiaritätsprinzips. Sie haben autonome Entscheidungs- und Handlungsspielräume und sorgen für die medizinische und pflegerische Versorgung vor Ort. Sie verwalten zudem das Budget des Bezirkes.*

*Der General-, der Verwaltungs-, der Sanitäts-, der Pflege-, sowie die Bezirksdirektoren werden jährlich aufgrund von Zielvereinbarungen bewertet. Werden die festgelegten Ziele nicht erreicht, sieht das Ge-*

setz die Möglichkeit der Auflösung des Vertrages und damit die Kündigung vor.

Das in den bisherigen Sanitätsbetrieben im Dienst stehende Personal, im Gesundheitsbereich die wichtigste Ressource überhaupt, wird vom neuen Sanitätsbetrieb übernommen. Der Übergang des Personals erfolgt unter Beibehaltung der wirtschaftlichen und rechtlichen Behandlung, die in den geltenden Kollektivverträgen vorgesehen ist.

Ein Hauptaugenmerk wurde auch auf die Regelung des Proporz im Sanitätsbetrieb gelegt. Zukünftig soll für den gesamten Stellenplan im Sanitätsbetrieb der Landesproporz angewandt werden. Der Generaldirektor teilt die Stellen, entsprechend der Stärke der einzelnen Sprachgruppen im jeweiligen Einzugsgebiet dem Gesundheitsbezirk zu, immer unter Wahrung des Landesproporz. Damit wird verhindert dass es zu großen Arbeitsplatzverschiebungen aufgrund der Proporzregelungen kommt.

Was die Finanzierung anbelangt, wird das Land in Zukunft die Finanzmittel nicht den vier Gesundheitsbezirken, sondern dem Sanitätsbetrieb zuweisen, der sie den Gesundheitsbezirken im Sinne der von der Landesregierung festgelegten Kriterien zuweist. Damit wird sichergestellt, dass die Bezirke über angemessene Ressourcen für die Erbringung der Dienste verfügen.

Eine der wesentlichen Zielsetzungen dieser Strukturreform ist eine einheitliche, gleichförmig hohe Qualität der Gesundheitsversorgung im ganzen Lande. Es ist unsere Aufgabe, die Wirksamkeit, Effizienz und Angemessenheit der Leistungen, die Chancengleichheit der Bevölkerung beim Zugang zu Leistungen und Diensten und letztendlich die Zufriedenheit der Bevölkerung, also die wahrgenommene Qualität zu garantieren. Dazu ist ein einheitliches und gezieltes Qualitätsmanagement notwendig. Dies soll durch die Bildung eines Netzwerkes aller Gesundheitsdienste, wie Krankenhäuser ambulanter, fachärztlicher Dienste, territorialer Einrichtungen, sowie der Einführung einheitlicher Betreuungsstandards, dem Abbau von Bürokratie und einem einheitlichen Informations- und Beschwerdemanagement erreicht werden.

Der Sanitätsbetrieb ist formaljuridisch mit Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Bestimmungen errichtet, erlangt aber damit noch nicht seine operative Handlungsfähigkeit. Der Generaldirektor des neuen Sanitätsbetriebes wird nach Inkrafttreten des Gesetzes von der Landesregierung ernannt; die Stelle wird ausgeschrieben und die Landesregierung wird aus den Bewerbern den neuen Generaldirektor ernennen. Ihm obliegt die Durchführung der organisatorischen Maßnahmen, die für das Funktionieren des Betriebs unerlässlich sind.

Das Gesetz sieht auch vor, dass nach dessen Inkrafttreten, die Landesregierung die Leitlinien für die Betriebsordnung, für die Finanzierung und für die Verteilung der Dienste gibt, damit der neue Betrieb voll handlungsfähig werden kann.

Der neue Sanitätsbetrieb nimmt am 1. Januar 2007 seinen Betrieb auf, gleichzeitig werden die Sanitätsbetriebe von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck aufgelöst.

Es ist klar, dass eine solche Strukturreform nicht innerhalb weniger Monate umsetzbar ist. Am 1. Januar 2007 beginnt ein Prozess, der sich über mehrere Jahre erstrecken wird. Um den bevorstehenden

Übergang von vier Sanitätsbetrieben auf einen Sanitätsbetrieb reibungslos zu gestalten, sieht das Gesetz auch vor, dass die neuernannten Bezirksdirektoren die Aufgaben der bisherigen Generaldirektoren weiterhin wahrnehmen müssen, bis der neue Generaldirektor andere Verfügungen erlässt.

Es muss ausdrücklich betont werden, dass jeder der vier Sanitätsbetriebe in der Vergangenheit gute Arbeit geleistet hat. Aber die strukturelle Organisation mit 4 getrennten Betrieben verhinderte oft eine synergetische Gesamtplanung im Sinne der betroffenen Mitarbeiterinnen und insbesondere auch im Sinne der Patienten. Daher brauchen wir ein Netzwerk der Sanitätsstrukturen um damit eine qualitativ hoch stehende, effiziente Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

In einem Land wie Südtirol, mit nicht einmal 500.000 Einwohnern, genügt ein einziger Sanitätsbetrieb, der für eine gemeinsame, einheitliche, landesweite Ausrichtung und Garantie der medizinischen Dienste sorgt. Dasselbe muss uns auch in der Prävention gelingen wo es mehr denn je notwendig ist, dass Gesundheitsvorsorge und -Erziehung einen höheren Stellenwert beibehalten. Es gilt, den Menschen kompetente Ansprechpartner zu geben, die Informationen in Bezug auf Präventionsmaßnahmen vermitteln können. Dies wird eine wesentliche Säule des Südtiroler Gesundheitswesens sein. Wir leben in einer Zeit, in der glücklicherweise die Lebenserwartung weiter steigt. Das ist auf den ersten Blick eine wünschenswerte Entwicklung, denn wer möchte nicht älter werden? Was wir aber nicht aus den Augen verlieren dürfen, ist die Frage, ob wir gesund älter werden. Dafür brauchen wir eine Gesundheitspolitik, die die gesundheitsfördernden Faktoren verstärkt und die Faktoren, welche die Gesundheit belasten, verringert. Dieses Ziel erreichen wir durch die Schaffung gesunder Lebensbedingungen, attraktive Bildungsangebote und einen insgesamt gesunden Lebensstil.

Um den besonderen geographischen Bedürfnissen Rechnung zu tragen soll ein möglichst flächendeckendes, landesweites Netz von Diensten und Einrichtungen vor Ort durch die Gesundheitsbezirke gewährleistet werden. Aus diesem Grunde haben wir auch ein Modell vorgeschlagen, das einen Sanitätsbetrieb und vier Gesundheitsbezirke, mit operativer Autonomie, vorsieht. Aufbauend auf dem Prinzip der Subsidiarität haben die Bezirksdirektoren eigene gesetzlich verankerte Kompetenzen. Somit ist eine dezentrale bürgernahe Strukturierung des Gesundheitswesens garantiert.

Die Gesundheit ist ein Grundrecht des Menschen, wie es auch in der italienischen Verfassung Im Art 32 festgeschrieben ist: „Die Republik hütet die Gesundheit als Grundrecht des einzelnen und als Interesse der Gemeinschaft.“

Die Aufgabe der Politik ist es die geeigneten Rahmenbedingungen zu schaffen und die entsprechenden Mittel zur Verfügung zu stellen, um dieses Grundrecht zu erfüllen.

Jedes System braucht aber dann auch eine effiziente Verwaltung, um die zur Verfügung stehenden Mittel möglichst optimal einsetzen zu können. Wir müssen jetzt mit Nachdruck die wichtigen Schritte setzen und die notwendige Strukturreform durchführen. Um die geplante Neuordnung zügig durchführen zu können, sollen alle Betroffenen und



*interessierten Partner (Land, Sanitätsbetriebe, Berufsgruppen, Gewerkschaften, Lokalkörperschaften usw.) weiterhin umfassend einbezogen werden, damit der notwendige Kulturwandel auch tatsächlich in den Betrieben stattfinden kann. Die durch die strukturelle Reorganisation frei werdenden Mittel stehen dann für mehr Pflege und medizinische Leistungen zur Verfügung damit wir auch in Zukunft in Südtirol eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung garantieren können.*

*Mit dieser Strukturreform werden die Voraussetzungen für eine landesweite einheitliche Ausrichtung unserer Gesundheitsdienste geschaffen, und unsere dezentralen Strukturen und Dienste erhalten. Die dadurch frei werdenden Mittel stehen dann für mehr Pflege und medizinische Leistungen zur Verfügung, damit wir auch in Zukunft in Südtirol eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung garantieren können.*

**Relazione integrativa alla relazione accompagnatoria al disegno di legge  
"Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale"  
(approvata dalla Giunta Provinciale nella seduta in data 18/09/06)**

*La finalità principale e l'orientamento di questo disegno di legge è una riforma strutturale del servizio sanitario provinciale. In questo modo vengono definiti i presupposti per una sanità moderna ed efficiente, al fine di essere pronti ad affrontare le sfide dei prossimi anni.*

*Innanzitutto ci si potrebbe porre la domanda del perché è necessaria l'istituzione di un'azienda sanitaria unica, quando in passato ognuna delle quattro aziende sanitarie ha svolto un buon lavoro?*

*Attualmente i sistemi sanitari dei paesi europei si trovano a doversi confrontare e combattere gli stessi problemi.*

*La maggiore aspettativa di vita, l'aumento delle malattie croniche, l'utilizzo di apparecchiature tecnico medicali sempre più moderne e costose e un generale aumento del fabbisogno di prestazioni sanitarie e assistenziali porta ad un costante aumento delle spese per mantenere ad un livello qualitativamente alto l'assistenza sanitaria.*

*A ciò si aggiunge una sempre crescente liberalizzazione del "mercato sanitario".*

*Il paziente è più consapevole e sceglie liberamente la struttura sanitaria scegliendo quella dove ottiene la migliore prestazione. In particolare per l'Alto Adige, regione di confine, si offrono opportunità, ma anche pericoli di fuga dei pazienti.*

*I paesi e le regioni europee affrontano tali sfide in maniera e con i mezzi più diversi.*

- *In Inghilterra per esempio il sistema sanitario pubblico non sostiene più i costi per gli interventi di protesi d'anca nei pazienti anziani;*
- *Nel Veneto negli ultimi 15 anni sono stati chiusi o riconvertiti 23 ospedali;*
- *In molti paesi europei avanza inesorabilmente la privatizzazione di ospedali pubblici con il rischio di avere una "sanità di serie A e*

di serie B" e una limitazione delle prestazioni per i cittadini socialmente deboli.

Per i nostri cittadini non vogliamo una riduzione delle prestazioni sanitarie! Inoltre vogliamo evitare di chiudere i nostri ospedali pubblici e in ogni caso per i nostri pazienti vogliamo evitare di creare un "sanità di serie A e di serie B".

Vogliamo mantenere il nostro sistema sanitario pubblico distribuito capillarmente con 7 strutture pubbliche per acuti e una fitta rete interaziendale di servizi ambulatoriali e di strutture come i 20 distretti e assicurare anche per il futuro ai nostri cittadini un sistema sanitario accessibile a tutti.

Con la presente legge si creano i presupposti che consentono di avviare il processo per una riforma clinica e tecnico amministrativa di ampio respiro. Il nostro obiettivo è riorganizzare tutto ciò in maniera rapida ed efficiente!

Il disegno di legge è stato elaborato da un apposito comitato guida nel quale sono rappresentati tutti i gruppi di interesse come l'ordine dei medici, l'associazione infermieri, le aziende sanitarie, le associazioni locali e diversi esperti. Parallelamente è stato istituito un apposito comitato con tutte le associazioni sindacali del servizio sanitario nel quale sono stati affrontati tutti i principali dubbi dei collaboratori trovando una soluzione condivisa.

Alla base della presente legge ci sono i seguenti principi:

- È necessaria una gestione e una pianificazione unitaria ed allo stesso tempo un'ampia autonomia della periferia basata sul principio di sussidiarietà.
- I sette ospedali devono essere collegati in una rete provinciale nella quale ognuno ha delle chiare competenze.

Grazie all'unificazione delle procedure e alla creazione di sinergie si abbattano i costi. Le risorse rese così disponibili, possono essere impiegate per garantire e migliorare il livello della qualità e per introdurre ulteriori servizi clinici nell'assistenza sanitaria.

Come sarà la nuova Azienda Sanitaria?

L'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano è un ente di diritto pubblico, dotato di autonomia gestionale. Le attuali 4 Aziende sanitarie saranno trasformate in futuro in 4 Comprensori sanitari senza propria personalità giuridica, saranno tuttavia dotati di ampia autonomia operativa, ossia questi comprensori saranno responsabili anche in futuro dei servizi periferici. A capo di ogni comprensorio sanitario ci sarà un direttore di comprensorio nominato dalla Giunta Provinciale su proposta del direttore generale.

Le competenze principali della Giunta previste in questo disegno di legge corrispondono a quelle precedentemente definite con Legge Provinciale 7/2001 "Riordinamento del servizio sanitario provinciale": approvazione delle linee guida, dei piani, dei progetti e programmi, stipula dei contratti collettivi, assegnazione dei mezzi finanziari, così come vigilanza e controllo.

Al vertice dell'Azienda Sanitaria in futuro accanto al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo ci sarà anche un Direttore tecnico assistenziale. Quest'ultima figura finora gerarchi-

*camente dipendente dal Direttore Sanitario ora viene posta allo stesso livello del Direttore Sanitario e Amministrativo.*

*L'istituzione di questa "colonna organizzativa" ci consente di avere un ruolo di avanguardia a livello nazionale e di contribuire allo sviluppo professionale nell'ambito del settore assistenziale.*

*Il Direttore generale è responsabile della pianificazione e della gestione dell'Azienda sanitaria nel suo complesso. Nel rispetto delle linee guida emanate dalla Giunta Provinciale adotta le decisioni strategiche in ambito clinico ed amministrativo e nel rispetto delle disposizioni della Giunta provinciale, assegna le risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie ai 4 Comprensori sanitari, controlla e valuta l'efficacia, l'economicità e la qualità dei servizi, gestisce e coordina i servizi a livello provinciale ed i centri di competenza.*

*I Comprensori sanitari, e in particolare i direttori di comprensorio, esercitano tutte quelle funzioni, che, in base al principio di sussidiarietà, possono essere svolte con maggiore efficienza a livello locale. Hanno autonomia decisionale ed operativa, garantiscono l'assistenza medica ed infermieristica sul territorio di propria competenza e amministrano inoltre il budget del Comprensorio.*

*Il direttore generale, amministrativo, sanitario e infermieristico, così come i direttori di comprensorio sanitario sono valutati annualmente sulle base delle contrattazioni di budget. Se gli obiettivi fissati non sono raggiunti, la legge prevede la decadenza del Direttore generale dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro.*

*Il personale attualmente in servizio presso le aziende sanitarie, - la risorsa in assoluto più importante nel settore sanitario - passa alle dipendenze della nuova azienda sanitaria. Il passaggio del personale avviene mantenendo il trattamento economico e giuridico previsto dai vigenti contratti collettivi di lavori.*

*I posti nella pianta organica dell'azienda sanitaria, saranno attribuiti con riferimento alla proporzionale in ambito territoriale provinciale. Il Direttore Generale provvede alla distribuzione dei posti sulla base della consistenza dei gruppi linguistici nel rispettivo comprensorio sanitario tenendo conto dei servizi con bacino d'utenza provinciale, sempre nel rispetto della proporzionale provinciale. Così si evitano grossi spostamenti a causa della proporzionale.*

*Per quanto attiene al finanziamento, i fondi in futuro non verranno assegnati ai quattro comprensori ma alla Azienda Sanitaria che li assegnerà ai Comprensori sanitari nel rispetto dei criteri definiti dalla Giunta Provinciale, in modo da garantire ai Comprensori le risorse necessarie alla fornitura dei servizi.*

*Scopo fondamentale di questa riforma strutturale è garantire una qualità del servizio sanitario uniforme su tutto il territorio provinciale. È nostro compito assicurare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni, pari possibilità di accesso alle prestazioni e ai servizi e la soddisfazione della popolazione nonché la qualità percepita. A tal fine è necessario un management unico e formato della qualità. Ciò deve essere raggiunto grazie alla formazione di una rete di tutti i servizi sanitari come gli ospedali, i servizi specialistici ambulatoriali, le strutture sanitarie, così come l'introduzione di standard assistenziali unitari, lo*

*snellimento della burocrazia e un sistema informativo unitario e la gestione dei reclami.*

*Con l'entrata in vigore delle nuove disposizioni di legge viene istituita giuridicamente l'Azienda Sanitaria, che tuttavia non è ancora operativa. Il Direttore generale della nuova Azienda Sanitaria viene nominato dalla Giunta Provinciale dopo l'entrata in vigore della presente legge; la posizione viene bandita e la Giunta Provinciale nomina il nuovo Direttore Generale tra i partecipanti. A lui competono l'attuazione dei provvedimenti organizzativi che sono necessari per il funzionamento dell'Azienda.*

*La legge prevede inoltre che dopo la sua entrata in vigore la Giunta Provinciale emani le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale, per il finanziamento e per la ripartizione dei servizi, affinché la nuova azienda possa diventare pienamente operativa.*

*La nuova Azienda Sanitaria diventa operativa a partire dal 1 gennaio 2007 e contemporaneamente vengono soppresse le aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico.*

*È chiaro che una riforma strutturale di questa portata non si può realizzare nell'arco di pochi mesi. Il 1 gennaio 2007 inizia un processo che si svilupperà nell'arco di più anni. Per rendere il passaggio da 4 Aziende Sanitarie ad una il più indolore possibile, la legge prevede anche che i neo-nominati direttori di comprensorio continuino a svolgere tutti i compiti degli attuali direttori generali, fino a quando il direttore generale non emani nuove disposizioni.*

*Si vuole ribadire che ognuna delle quattro aziende sanitarie ha svolto un buon lavoro. Tuttavia la struttura organizzativa composta da quattro aziende separate limitava spesso una pianificazione complessiva sinergica nei confronti dei collaboratori e in particolare anche soprattutto dei pazienti. Per questo abbiamo bisogno di creare strutture sanitarie in rete al fine di assicurare una assistenza sanitaria sempre più efficiente.*

*In una regione come l'Alto Adige, con meno di 500.000 abitanti, è sufficiente un'unica azienda sanitaria che si preoccupi di realizzare un indirizzo comune, uniforme a livello provinciale e garantisca i servizi sanitari. La stessa cosa vale anche per la prevenzione, dove sarà quanto più necessario, che la prevenzione e l'educazione sanitaria mantengano un sempre maggiore livello qualitativo. È necessaria la presenza di persone di riferimento competenti che diano informazioni in riferimento sui provvedimenti preventivi. Ciò rappresenterà il cardine della sanità altoatesina. Viviamo in un'epoca in cui l'aspettativa di vita è in continuo aumento. A prima vista, ciò si prospetta come un'evoluzione desiderabile. Chi non vorrebbe invecchiare? Non va perso di vista il fatto che dobbiamo invecchiare in buona salute. Ciò non potrà prescindere da una politica sanitaria che rafforzi i fattori di promozione alla salute e che limiti i fattori che ostacolano la salute. Questo obiettivo viene raggiunto con la creazione di condizioni di vita sane, offerte educative attraenti e uno stile di vita complessivamente sano.*

*Per far fronte alle particolari esigenze dovute alla conformazione geografica, dovrà essere garantita una rete capillare e decentrata di servizi e strutture su tutto il territorio provinciale attraverso i comprensori sanitari. Pertanto abbiamo proposto un modello che preveda una*

azienda sanitaria e quattro comprensori dotati di ampia autonomia operativa. Basandosi sul principio di sussidiarietà i direttori di comprensorio avranno competenze proprie disciplinate con norma di legge. Così viene garantita una strutturazione del sistema sanitario decentrata e vicina al cittadino.

La salute è un diritto fondamentale dell'uomo, così come previsto dall'articolo 32 della Costituzione italiana: "la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività".

È compito della politica creare i presupposti idonei di mettere a disposizione i mezzi necessari per salvaguardare questo diritto fondamentale.

Ogni sistema necessita di un'amministrazione efficiente per allocare le risorse disponibili in maniera ottimale. Dobbiamo intraprendere con convinzione i provvedimenti principali e attuare la riforma strutturale necessaria. Al fine di attuare rapidamente il riordino previsto tutti i partner coinvolti (provincia, aziende sanitarie, associazioni professionali, sindacati, enti locali ecc.) e le persone interessate dovranno essere coinvolte anche in futuro affinché il cambiamento culturale necessario si realizzi effettivamente anche nelle aziende. Le risorse che si renderanno disponibili a seguito della riorganizzazione strutturale potranno essere utilizzate per incrementare l'assistenza e le prestazioni sanitarie. In tale modo sarà possibile garantire, anche in futuro un'assistenza sanitaria di elevato livello qualitativo.

Con questa riforma strutturale vengono creati i presupposti per un indirizzo unitario a livello provinciale dei nostri servizi sanitari e che ci permetteranno di mantenere le nostre strutture ed i nostri servizi in periferia.

I risparmi ottenuti attraverso questa riforma saranno utilizzati per il finanziamento di crescenti spese per l'assistenza sanitaria qualitativamente elevata e moderna assistenza sanitaria a favore di tutti le altoatesine e gli altoatesini.

**PRESIDENTE:** La parola alla presidente della IV. commissione legislativa per la lettura della relazione della commissione.

**LADURNER (SVP):** Die Arbeiten der Kommission

In ihren Sitzung vom 7., 8. und 29. August 2006 hat sich die 4. Gesetzgebungskommission mit dem Landesgesetzentwurf Nr. 102/06 „Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes“ befasst. An der Sitzung der Kommission nahmen auch der Landesrat für Gesundheit und Sozialwesen Dr. Richard Theiner, der Direktor des Ressorts für Gesundheit und Sozialwesen, Dr. Florian Zerzer, der Direktor der Abteilung Gesundheitswesen Dr. Paolo Spolaore, der stellvertretende Direktor der Abteilung Gesundheitswesen Dr. Albert Tschager, die Beamten der Landesabteilung Gesundheitswesen Dr. Christian Leuprecht, Dr. Sabrina Stacchetti und Dr. Barbara Caggegi, die geschäftsführende Direktorin des Amtes für Gesundheitspersonal Dr. Laura Schrott und die Beamtin desselben Amtes Dr. Cristina Chiogna, teil. Zudem waren bei der Sitzung vom 7. August auch Landesrätin

*Luisa Gnecci und der Abgeordnete Dr. Hans Heiss in beobachtender Funktion anwesend.*

*Bevor der Gesetzentwurf in der Sitzung vom 29. August der Schlussabstimmung unterzogen wurde, wurde am 28. August eine Anhörung verschiedener Experten, der Vertreter verschiedener Gewerkschaftsorganisationen, der Direktoren der vier Sanitätsbetriebe und der zuständigen Landesbediensteten zum Gesetzentwurf durchgeführt.*

*Die Vorsitzende Dr. Martina Ladurner wies die Kommission darauf hin, dass der Präsident des Rates der Gemeinden darum ersucht hatte, in Anwendung des Landesgesetzes Nr. 10/2003, bei der Behandlung von Gesetzentwürfen, die Sachbereiche der eigenen oder übertragenen Zuständigkeit der Gemeinden betreffen, in der jeweils zuständigen Gesetzgebungskommission angehört zu werden. Sie verwies zudem auf die zwischen dem Präsidenten des Rates der Gemeinden mit dem Landtagspräsidenten und den vier Vorsitzenden der Gesetzgebungskommissionen getroffenen Vereinbarung bezüglich der Abwicklung dieser Anhörung und verwies auf die bereits übermittelte Niederschrift der Vereinbarung.*

*In der Folge ging die Kommission zur Anhörung des Präsidenten des Rates der Gemeinden über, der beantragt hatte, zum Landesgesetzentwurf Nr. 102/06 angehört zu werden.*

*Der Präsident des Rates der Gemeinden Arnold Schuler betonte, dass die Gemeinden und Bezirksgemeinschaften bei der Ausarbeitung dieses Gesetzentwurfes miteinbezogen wurden und bedankte sich dafür. In der Folge brachte er die Einwände des Rates der Gemeinden zum Gesetzentwurf vor und führte aus, dass in Bezug auf die im Artikel 1 des Gesetzentwurfes beschriebene Miteinbeziehung der Gemeinden auch diesbezüglichen Modalitäten festgelegt werden sollen. In der Folge verwies er auf die weitem bereits schriftlich vorgelegten Bemerkungen des Rates der Gemeinden und ging auf die einzelnen Punkte näher ein.*

*In seinen Erläuterungen wies Landesrat Dr. Richard Theiner darauf hin, dass bei dieser Reform weder der Weg der Privatisierung des Gesundheitswesens noch der Weg des Abbaues von Strukturen, die in einigen anderen Ländern und Regionen eingeschlagen wurden, in Betracht gezogen wurde. Denn dies würde zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen und auch aus ethischen Gründen nicht vertretbar sein. Durch diese Reform sollen die bestehenden Strukturen aufrecht erhalten werden, aber gleichzeitig soll nach dem Vorbild der Nachbarprovinz Trient das Gesundheitswesen reorganisiert werden, indem jene Leistungen, die an einer Stelle besser erbracht werden können, in einer zentralen Struktur durchgeführt werden sollen, während andere Leistungen in der Peripherie erbracht werden sollen, weil sie dort besser angesiedelt sind. Er informierte die Kommission darüber, dass zur Ausarbeitung dieses Entwurfes mit Beschluss der Landesregierung eine aus internen und externen Experten bestehende Steuerungsgruppe eingesetzt wurde, der von der Politik nur das zu erreichende Ziel vorgegeben wurde. Es handle sich dabei nicht um die klinische Reform, sondern um eine Reform der Verwaltungsstruktur, auf die dann die klinische Reform folgen wird. Die Zuständigkeiten der Landesregierung seien im Zuge dieser vorgeschlagenen Verwaltungs-*

reform unverändert geblieben. Auch bei der Regelung bezüglich des Proporz habe man sich größte Mühe gegeben, um keine der Sprachgruppen zu benachteiligen und um den Proporz so flexibel als möglich zu gestalten. Dieser Entwurf sei von der Steuerungsgruppe einstimmig genehmigt worden und werde nun dem Landtag vorgelegt. Im Rahmen der Generaldebatte erklärte sich der Abgeordnete Mauro Minniti mit der von der Landesregierung gewählten Arbeitsweise einverstanden. Er erinnerte daran, dass seine Fraktion mehrmals die Zusammenlegung der vier Sanitätsbetriebe vorgeschlagen hatte, da in der Provinz Bozen das Größenverhältnis zwischen den sanitären Strukturen und der Landesbevölkerung sehr unausgeglichen ist. Dies sollte auch dazu dienen, die Ausgaben für das Landesgesundheitswesen zu senken, die bei mehreren Anlässen auch vom Rechnungshof kritisiert worden sind. Außerdem ersuchte er um weitere Auskunft darüber, wie der Proporz angewandt wird; insbesondere forderte er, dass die Daten über die Aufteilung der Arbeitsplätze nach Sprachgruppen auf der Grundlage des vorliegenden Gesetzentwurfes zur Verfügung gestellt werden, ansonsten sei er nicht imstande, den Gesetzentwurf zu beurteilen. Er war besonders interessiert an der Berechnung des Proporz bei den zentralen Landesdienststellen. Seiner Meinung nach sollte man versuchen, in Bezug auf die Zweisprachigkeit nicht allzu streng zu sein. Um die maximale Effizienz des Sanitätsdienstes zu gewährleisten, sollte es möglich sein, auch Personen ohne Zweisprachigkeitsnachweis einzustellen, mit der Verpflichtung, diesen Nachweis innerhalb drei oder vier Jahre vorzulegen, andernfalls läuft das Gesundheitswesen Gefahr, sehr gutes Personal zu verlieren, weil diesem Personal der Zugang zum öffentlichen Sektor versperrt wird. Schließlich wollte er erfahren, ob diese Reform tatsächlich finanzielle Einsparungen bringt und in welchem Ausmaß.

Die Abgeordnete Dr. Cristina Kury begrüßte die angestrebte Reform des Gesundheitswesens und meinte, dass die in erster Linie die Qualitätssicherung und nicht die damit einhergehenden, aufgrund von Effizienzsteigerungen möglich gemachten Einsparungen das Hauptziel dieser Reform sein sollte. Außerdem sollte die Wechselwirkung zwischen der hier vorgeschlagenen Verwaltungsreform und der erst darauf folgenden klinischen Reform erforscht werden und zumindest theoretisch bereits in dieser Phase zur Diskussion kommen. Sie habe den Eindruck, dass hinter dieser Reform zwar ein guter Wille stecke, dass man aber aufgrund des großen Druckes nicht den Mut gehabt habe, eine wirkliche tiefergehende Reform durchzusetzen. In ihren Augen handle es sich hier um eine Detailregelung ohne Gesamtvision. Unter Bezugnahme auf einzelne Punkte des Gesetzentwurfes bemängelte sie, dass man den Anschein habe, dass die vier Sanitätsbetriebe einfach von einem einzigen ersetzt werden, aber sonst alles beim Alten bleibe. Es komme lediglich eine übergeordnete Struktur dazu, die unabdingbar darauf angewiesen ist, dass die unteren Ebenen der Gesamtstruktur zusammenarbeiten; dies auch, da im Entwurf häufig der Weg des Einvernehmens gewählt wurde. Natürlich verhindere der Entwurf nicht, dass sich im Gesundheitswesen wirklich etwas ändern kann; allerdings gebe er auch keine Garantie für diese notwendige Änderung. Besonders deutlich werde dies im Artikel 19 des Entwurfes,

wo die Finanzierung der Gesundheitsbezirke geregelt wird. Sie kritisierte diesbezüglich die Finanzierung der Gesundheitsbezirke mit dem Pro-Kopf-System, bei gleichzeitiger Streichung der Ausgleichszahlungen in Folge der Mobilität. Dies könnte sich demotivierend auf die Leistungserbringung auswirken. Die im Entwurf vorgesehene gesonderte Finanzierung von spezifischen Leistungen erfolge ohne Festsetzung der Kompetenzzentren und ohne ein klinisches Konzept und sei ohne Vorgabe von Kriterien der Landesregierung überlassen.

Hinsichtlich des Proporz gestand sie ein, dass eine zufriedenstellende Regelung äußerst schwierig ist; unter Bezugnahme auf Artikel 28 des Gesetzentwurfes betonte sie, dass dem Generaldirektor des Sanitätsbetriebes ihres Erachtens ein zu großer Freiraum zuerkannt wird; auch im Zusammenhang mit Artikel 8 des Gesetzentwurfes ersuchte sie um Erläuterungen, betonte abschließend aber, dass im Zusammenhang mit der Besetzung der Führungspositionen mit Sicherheit ein größeres Augenmerk auf die Qualifikation als auf den Proporz zu setzen ist. Sodann ging sie noch auf die Problematik des Präkariats der Pflegedienstleistenden im Zusammenhang mit dem Proporz und mit der Zweisprachigkeit ein. Schließlich betonte sie die Wichtigkeit einer Begleitung bei der Umsetzung und der Weiterführung der Reform und einer weitgehenden Transparenz und Information und Einbindung aller im Gesundheitswesen Operierenden und schlug zudem auch die Einsetzung einer dauernden Arbeitsgruppe im Landtag vor.

Der Abgeordnete Georg Pardeller betonte, dass im Zuge der klinischen Reform dann auch Nachbesserungen bei der Verwaltungsreform erfolgen können. Er unterstrich, dass mit dieser Verwaltungsreform eine organische Zusammenarbeit eingeführt und ein einheitliches Vorgehen gefördert werden soll. Hinsichtlich des Proporz betonte er, dass der Landesproporz jedenfalls einzuhalten ist und er unterstrich die Wichtigkeit, dass der Generaldirektor im Rahmen des Landesproporz die nötigen Korrekturen und Ausgleichungen vornehmen kann. Hinsichtlich der Sprachenregelung unterstrich er die Wichtigkeit der Kommunikation zwischen Patienten, Pflegepersonal und Ärzten und somit auch der Zweisprachigkeit. Abschließend bemerkte er, dass er die vorgeschlagene Reform grundsätzlich befürworte.

In seiner Replik führte Landesrat Dr. Richard Theiner aus, dass das Problem der Anwendung des Proporz schwierig zu lösen sei und dass bei der Ausarbeitung der vorliegenden Regelung auch Mitarbeiter beider Sprachgruppen miteinbezogen wurden. Er sei der Meinung, dass eine Anwendung des reinen Sprachenproporz keinen Sinn machen würde, weil auf diese Weise nicht der Verteilung der Sprachgruppen auf dem Landesgebiet Rechnung getragen werden könnte. Er betonte, dass auch die italienischen Gewerkschaften hinter der vorgeschlagenen Regelung stehen und meinte, dass er keine Alternative sehe, als die Verantwortung für die Verteilung der Stellen in Bezug auf den Proporz dem Generaldirektor zu übertragen. Er gab zu, dass es in Südtirol aufgrund der Zweisprachigkeit schwieriger ist, Personal im Gesundheitsbereich zu finden, allerdings wäre es auch unmöglich, Personen ohne Zweisprachigkeitsnachweis einzustellen und diese dann wieder zu entlassen, wenn sie den Nachweis nach einer



gewissen Zeit nicht vorlegen können. Die Probleme im Zusammenhang mit dem Erlernen der zweiten Sprache seien allgemeiner Natur und ließen sich nicht auf den Gesundheitsbereich reduzieren. Natürlich müsse trotz der Kosteneinsparungen durch diese Reform die Qualität des Gesundheitswesens gewährleistet und weiter ausgebaut werden. Was die Funktion des Pflegedirektors betrifft, betonte er, dass die Einführung einer solchen Funktion eine Aufwertung des nicht ärztlichen Personals bedeute und italienweit Vorbildcharakter habe. Er wies weiters darauf hin, dass die Verwaltungsreform im Gesundheitswesen auch in anderen Ländern immer der klinischen Reform vorausgegangen ist und wies die Einwände der Abgeordneten Kury zurück, dass eigentlich alles beim Alten bleibe. Er erklärte diesbezüglich, dass der Generaldirektor der Landesregierung Vorschläge für die Ernennung der Direktoren der Gesundheitsbezirke unterbreitet und auch für die einvernehmliche Zusammenarbeit der verschiedenen Strukturen verantwortlich ist. Da der Generaldirektor der Landesregierung verantwortlich ist, werde diese in keinem Fall Direktoren für die Gesundheitsbezirke ernennen, mit denen der Generaldirektor nicht einverstanden ist, denn andernfalls könne dieser ja nicht für die Arbeit der in den Gesundheitsbezirken Verantwortlichen zur Verantwortung gezogen werden. Was die Finanzierung der Gesundheitsbezirke angeht, betonte er, dass die Pro-Kopf-Finanzierung nicht die einzige Finanzierung darstelle, sondern, dass die zugewiesenen Finanzmittel auch von der Produktion und der Leistung des einzelnen Gesundheitsbezirkes abhängig gemacht werden. Auf diese Weise werde auch der Wettbewerb zwischen den Gesundheitsbezirken angeregt. Sodann wurde der Übergang zur Artikeldebatte mit 2 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

Die Vorsitzende Dr. Martina Ladurner wies darauf hin, dass das Rechtsamt des Landtages in einem Schreiben an das Assessorat für Gesundheitswesen auf einige Unklarheiten und Ungereimtheiten aufmerksam gemacht hatte, worauf mit dem den Kommissionsmitgliedern vorliegenden Schreiben der Abteilung Gesundheitswesen Lösungsvorschläge unterbreitet werden. Anlässlich der Artikeldebatte wird nun auf die in diesem Schreiben verschlagenen sprachlich-technischen Korrekturvorschläge verwiesen und über die in diesem Schreiben enthaltenden Korrekturvorschläge inhaltlicher Natur abgestimmt. Das Schreiben der Abteilung Gesundheitswesen wird zu den Akten der Kommission gelegt.

Artikel 1: Nach längerer Diskussion betreffend die Forderung des Rates der Gemeinden auf Definition der Modalitäten der Beteiligung der Lokalkörperschaften, wurde der Artikel mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 2 wurde mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen, Artikel 3 mit 4 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 4 wurde mit 4 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 5: Nach Genehmigung eines vom Abgeordneten Minniti eingebrachten Änderungsantrages, zwecks Einfügung eines Absatzes 1-bis, mittels welchem laut Einbringer die Erreichung der Betriebsziele seitens des Generaldirektors 18 Monate nach seiner Ernennung überprüft werden soll, genehmigte die Kommission den so geänderten Arti-

kel mit einigen sprachlichen Korrekturen mit 3 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung.

Artikel 6: Die Kommission behandelte und genehmigte den von Landesrat Theiner eingebrachten Änderungsantrag zum Absatz 1 und insbesondere zum neuen Artikel 10 Absatz 3 des Landesgesetzes Nr. 7/2001, mittels welchem im italienischen Text das Wort „nonchè“ mit dem Wort „o“ ersetzt werden soll. Der so geänderte Artikel wurde in der Folge mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 7 wurde mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 8: Nach längerer Diskussion betreffend die Berücksichtigung der Sprachgruppen bei der Vergabe der Führungsfunktionen im Rahmen des Landesgesundheitsdienstes, genehmigte die Kommission einen vom Abgeordneten Minniti eingereichten Ersetzungsantrag zum gesamten Artikel mit 4 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung.

Artikel 9: Nach der Genehmigung eines von Landesrat Theiner eingebrachten Änderungsantrages zum Absatz 1 und insbesondere zum neuen Artikel 12-bis Absatz 2 des Landesgesetzes Nr. 7/2001, der auf die Einfügung eines im deutschen Text fehlenden Halbsatzes abzielte, wurde der so geänderte Artikel mit einer sprachlichen Korrektur mit 3 Ja-Stimmen bei 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 10: Die Kommission diskutierte über den von der Abgeordneten Kury vorgebrachten Einwand, dass es nicht kohärent sei, einerseits die Verantwortung für das Handeln der Bezirksdirektoren dem Generaldirektor zu übertragen, andererseits diesem aber nur ein Vorschlagsrecht für die Besetzung dieser Positionen einzuräumen und die Ernennung dieser Funktionen der Landesregierung zu überlassen, im Gegensatz zum Verfahren zur Besetzung der Sanitäts- Verwaltungs- und Pflegedirektoren, wo der Generaldirektor die Ernennung vornimmt. Sodann wurde der Artikel mit einigen sprachlichen Korrekturen mit 3 Ja-Stimmen, 1 Gegenstimme und 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 11: Die Kommission genehmigte einen von Landesrat Theiner eingebrachten Änderungsantrag zum Absatz 2 (neuer Artikel 13 Absatz 5 des Landesgesetzes Nr. 7/2001), der auf die Einfügung eines im deutschen Text fehlenden Halbsatzes und andere Anpassungen des deutschen Textes an den italienischen Text sowie auf die Ersetzung des Verweises auf den „Gemeindenverband“ mit jenem auf den „Rat der Gemeinden“ abzielt. Sodann wurde der so geänderte Artikel mit 2 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 12: Nach der Genehmigung von zwei von Landesrat Theiner eingebrachten Änderungsanträgen zum Absatz 1, mittels welchen im neuen Artikel 14 Absatz 1 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 die Wörter „seiner Größe entsprechend“ gestrichen und im Absatz 8 desselben Artikels der deutsche Text an den italienischen angepasst wurde, genehmigte die Kommission den so geänderten Artikel mit 3 Ja-Stimmen bei 2 Enthaltungen.

Artikel 13 wurde nach einer sprachlichen Korrektur ebenso wie Artikel 14 mit jeweils 3 Ja-Stimmen bei 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 15: Auf die Frage der Abgeordneten Kury und Minniti hin, warum der Sanitätsrat mit so vielen Vertretern aus dem Gesundheitsbezirk Bozen beschickt werden soll, antworteten Abteilungsdirektor Spolaore und Landesrat Theiner, dass diese Zusammensetzung mit den

Gewerkschaftsvertretern vereinbart worden ist und damit begründet sei, dass es im Raum Bozen die meisten spezialisierten Einrichtungen gibt. In der Folge wurde der Artikel mit einer sprachlichen Korrektur mit 3 Ja-Stimmen bei 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 16: Die Kommission genehmigte einen von Landesrat Theiner eingebrachten Änderungsantrag zum Absatz 1 (neuer Artikel 20 Absatz 1 des Landesgesetzes Nr. 7/2001), der auf die Einfügung eines im deutschen Text fehlenden Halbsatzes abzielt. Die Kommission diskutierte zunächst über den vom Abg. Minniti vorgebrachten Einwand, dass es nicht zweckmäßig erscheine, im Gesundheitsbereich auf die Bezirksgemeinschaften Bezug zu nehmen, da diese lediglich Zuständigkeiten im sozialen Bereich haben. Ein von Landesrat Theiner, auf den Einwand der Abg. Kury und in Anlehnung an den vom Rat der Gemeinden vorgebrachten Vorschlag, eingebrachter Änderungsantrag zum neuen Artikel 20 Absatz 3 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 wurde von der Kommission gutgeheißen. Sodann wurde vereinbart bis zur Behandlung des Gesetzentwurfes im Plenum eine Formulierung des neuen Artikels 20 Absatz 1 auszuarbeiten, der auch eine Vertretung der Stadt Bozen im Rat der Vorsitzenden der Bezirksgemeinschaften berücksichtigt, wie dies der Präsident des Rates der Gemeinden im Zuge der Anhörung beantragt hatte. In der Folge wurde der so geänderte Artikel mit einer sprachlichen Korrektur mit 3 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 17 wurde mit 2 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung genehmigt.

Zusatzartikel 17-bis: Nach Erläuterung durch Frau Dr. Schrott, dass in den heutigen Sanitätsbetrieben bereits Beiräte für Chancengleichheit angesiedelt sind, deren Existenz jedoch zur Zeit nur in den Kollektivverträgen verankert ist, wurde der Zusatzartikel der die Errichtung eines Beirates für Chancengleichheit und die Aufwertung der Gender-Differenzen beim Sanitätsbetrieb zum Gegenstand hat, einstimmig genehmigt.

Artikel 18 wurde mit 2 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 19: Die Abgeordnete Kury befürchtete, dass das in diesem Artikel vorgeschlagene gemischte System der Finanzierung der Gesundheitsbezirke mit Pro-Kopf-Quote und Finanzmittel für spezifische Tätigkeiten, eine Analogie zur Finanzierung der Gemeinden geschaffen wird, die sie nicht begrüßen würde; dies da ja die Ausgleichszahlungen Gesundheitsbezirken aufgrund der Mobilität in Zukunft ausbleiben sollen, und in der Folge die Landesregierung ohne Kriterien freie Hand bei der Verteilung der Geldmittel für die Finanzierung der spezifischen Tätigkeiten hat. In Folge weiterer Einwände und Fragen auch seitens der anderen Kommissionsmitglieder betonte Landesrat Theiner, dass die Pro-Kopf-Finanzierung nicht die einzige Finanzierung darstelle, sondern, dass die zugewiesenen Finanzmittel auch von der Produktion und der Leistung des einzelnen Gesundheitsbezirkes abhängig gemacht werden. Die Finanzierungen für spezifische Tätigkeiten werden nur für jene Dienste gewährt, die nur an einem Ort geboten werden. Die Landesregierung werde diesbezüglich nur die Kriterien ausarbeiten, denn die Zuweisung an die Bezirke erfolge durch den Generaldirektor. Außerdem werde der Generaldirektor bei der Verteilung der Finanzmittel an die Bezirke sicherlich Konsequenzen

daraus ziehen, wenn die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden. Schließlich wurde der Artikel mit 3 Ja-Stimmen und 2 Gegenstimmen genehmigt.

Artikel 20: Die Kommission genehmigte, zwei von Landesrat Theiner, in Anlehnung an die Bemerkungen des Präsidenten des Rates der Gemeinden, eingebrachte Änderungsanträge zum Absatz 1 (neuer Artikel 42 Absatz 5 des Landesgesetzes Nr. 7/2001), zwecks Ersetzung, im Buchstaben g), des Verweises auf den „Gemeindenverband“ mit jenem auf den „Rat der Gemeinden“ und Streichung des zweiten Teiles des Satzes und zwecks Hinzufügung eines Buchstaben h). Der so geänderte Artikel wurde sodann mit 2 Ja-Stimmen bei 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 21 wurde, nachdem die Abgeordnete Kury betont hatte, dass sie zum jetzigen Zeitpunkt gegen diesen Artikel stimmen werde und sich ihre endgültige Meinung dazu erst nach der geplanten Anhörung bilden werde, mit einigen sprachlichen Korrekturen mit 2 Ja-Stimmen und 1 Gegenstimme genehmigt.

Artikel 22: Nach Genehmigung eines von Landesrat Theiner eingebrachten Änderungsantrages zu Absatz 2, mittels welchem im italienischen Text des neuen Artikels 46 Absatz 4 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 die Wörter „direttore sanitario con incarico di direttore“ mit den Wörtern „dirigente sanitario con incarico di direttore“ ersetzt werden, wurde der so geänderte Artikel mit einigen sprachlichen Korrekturen mit 2 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 23 wurde sodann mit 2 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 24: Die Kommission genehmigte den von Landesrat Theiner eingebrachten Änderungsantrag zum Absatz 1, der auf eine Anpassung des deutschen Textes an den italienischen Text im Absatz 6 des neuen Artikels 48 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 abzielt. Der so geänderte Artikel wurde schließlich mit einigen sprachlichen Korrekturen mit 2 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 25 wurde sodann mit 2 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 26 wurde nach der Genehmigung eines von Landesrat Theiner zum Absatz 1 eingebrachten Änderungsantrages mit einer Hinzufügung im Absatz 2 des neuen Artikels 65 mit 2 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 27: Die Kommission behandelte und genehmigte die folgenden zum Artikel vorgelegten Änderungsanträge: einen von Landesrat Theiner vorgelegten Änderungsantrag zum Absatz 1 und insbesondere mit einer Neufassung des neuen Artikels 65-bis des Landesgesetzes Nr. 7/2001, einen ebenfalls vom Landesrat eingebrachten Änderungsantrag mit einer Neufassung des neuen Artikels 65-quater des Landesgesetzes Nr. 7/2001, einen Änderungsantrag (Landesrat Theiner) zwecks Einfügung eines Absatzes 1-bis in den neuen Artikel 65-quinquies des Landesgesetzes Nr. 7/2001; einen Änderungsantrag (Landesrat Theiner) zwecks Streichung des Wortes „höchstens“ im Absatz 4 des neuen Artikels 65-quinquies, einen Änderungsantrag (Landesrat Theiner) zwecks Streichung eines Teiles des im Absatz 5 des neuen Artikels 65-quinquies enthaltenen Satzes, einen weiteren

Änderungsantrag (Landesrat Theiner) zwecks Streichung eines Teiles des im Absatz 7 des neuen Artikels 65-quinquies enthaltenen Satzes, einen Änderungsantrag (Landesrat Theiner) mit einer Anpassung des deutschen Textes an den italienischen im Absatz 10 des neuen Artikels 65-quinquies, einen von der Abgeordneten Kury eingebrachten Änderungsantrag, der auf die Hinzufügung eines Satzes im Absatz 11 des neuen Artikels 65-quinquies abzielt, einen weiteren von der Abgeordneten Kury eingebrachten Änderungsantrag, der auf die Hinzufügung eines Halbsatzes im Absatz 12 des neuen Artikels 65-quinquies abzielt, und schließlich einen Änderungsantrag (Landesrat Theiner) zwecks Hinzufügung eines Absatzes 15 in den neuen Artikel 65-quinquies. In der Folge genehmigte die Kommission den so geänderten Artikel mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen.

Die Kommission genehmigte sodann den von Landesrat Theiner eingebrachten Zusatzartikel 27-bis mit einer Bestimmung betreffend den Zweisprachigkeitsnachweis im Falle etwaiger Ernennung in Anwendung der Absätze 11 und 12 des neuen Artikels 65-quinquies mit 3 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung.

Schließlich wurde auch der von Landesrat Theiner eingebrachte Zusatzartikel 27-ter, mit einer Übergangsbestimmung betreffend die Kontinuität der Gesundheitsdienste mit 3 Ja-Stimmen, 1 Gegenstimme und 1 Enthaltung genehmigt. Die Abgeordnete Kury sprach sich dabei für einen mit Beginn der Reform sofortigen Übergang aller Zuständigkeiten an den Generaldirektor des einzigen Sanitätsbetriebes aus, mit der Möglichkeit einer auch einstweiligen Übertragung von Zuständigkeiten an die Direktoren der Gesundheitsbezirke.

Artikel 28: Nach Ablehnung eines vom Abgeordneten Minniti zum Absatz 1 eingebrachten Änderungsantrages, genehmigte die Kommission einen von Landesrat Theiner zum Absatz 3 eingebrachten Änderungsantrag mit einer Neufassung des Artikels 3 Absatz 5 des Landesgesetzes Nr. 19/1983. Ein weiterer vom Abgeordneten Minniti eingebrachter Änderungsantrag zwecks Hinzufügung eines Absatzes 3-bis wurde abgelehnt. Der geänderte der Artikel wurde nach längerer Diskussion betreffend die Verteilung der Stellen auf die drei Sprachgruppen mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

Artikel 29: Die Kommission genehmigte den Artikel mit 3 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung.

Artikel 30: Die Kommission genehmigte den von Landesrat Theiner vorgelegten Ersetzungsantrag des gesamten Artikels mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen.

Der von Landesrat Theiner eingebrachte Zusatzartikel 30-bis mit der Finanzbestimmung und einer Haushaltsänderung wurde mit 4 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung genehmigt.

Artikel 31 wurde schließlich mit 3 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen genehmigt.

In ihrer Stimmabgabeerklärung bedankte sich die Abgeordnete Dr. Cristina Kury für die Abhaltung der Anhörung und meinte, dies sollte auch für die Behandlung anderer Gesetzentwürfe zur Praxis werden. Sie kündigte an, dass sie sich zum diesem Zeitpunkt bei der Schlussabstimmung zum Gesetzentwurf enthalten werde und das Stimmverhalten der Grünen Fraktion im Plenum dann davon abhängen werde,

ob die Landesregierung bereit ist, die von ihrer Fraktion noch einzubringenden Änderungsvorschläge anzunehmen und kündigte die Vorlage eines Minderheitenberichtes an. Ihres Erachtens gebe es weitere Unklarheiten in Bezug auf die Finanzierung der Gesundheitsbezirke: denn laut vorgeschlagener Gesetzesbestimmung gibt es in Zukunft keine Ausgleichszahlungen aufgrund der Mobilität innerhalb der Landesgrenzen mehr, während aber anlässlich der Anhörung verlautete, dass es eine solche doch noch geben wird. Sie meinte außerdem, dass es schon möglich sei, dass diese Reform das ins Auge gefasste Ziel erreichen könnte, dies sei jedoch aufgrund der Ausrichtung dieses Gesetzentwurfes keinesfalls garantiert, vor allem da die hierarchische Struktur des neuen Sanitätsbetriebes nicht klar sei. Man laufe also Gefahr, dass nur eine neue, zusätzliche Führungsebene geschaffen wird, die noch mehr kostet. Erstes Ziel müsse allerdings die klinische Reform sein, welche transparent sein muss und die Verwaltungsreform begleiten sollte. Sie schlug deshalb vor, dass die 4. Gesetzgebungskommission regelmäßig Anhörungen veranstaltet, um diese Reform zu begleiten und nicht transparenten Vorgehensweisen bei der nachfolgenden klinischen Reform vorzubeugen. Diese Reform sei eine Chance, der Weg zum Ziel sei politisch vorzugeben. Deshalb müsse die Politik zeigen, dass sie es Ernst meint, denn mit Hinauszögerungen, wie sie auch mit dem heute eingebrachten Zusatzartikel 27-ter gefördert werden, gewinne die Öffentlichkeit und die Betroffenen den Eindruck, dass es nie Ernst wird.

Abg. Mauro Minniti kündigte die Vorlage eines Minderheitenberichtes an. Er begrüßt die Vorlage dieses interessanten, lange erwarteten Gesetzentwurfes. Seit Jahren wird darüber heftig diskutiert, und auch seine Fraktion hat diese Reform immer schon gewünscht. Er hätte sich gewünscht, dass der Gesetzentwurf die klinische Reform miteinbeziehen würde, mit einem Augenmerk für die Qualität der in den Sanitätsstrukturen erbrachten Dienstleistungen. Er kündigte seine Stimmenthaltung bei der Schlussabstimmung an und erklärte, dass dies nicht etwa als Missbilligung oder als Ablehnung zu deuten sei, sondern als ein Abwarten auf die Lösung einiger Kernfragen: Garantien für die italienische Sprachgruppe bei der Zuteilung der Arbeitsplätze, und dabei vor allem auf der Führungsebene; Anwendung des Proporz; landesweite Dienststellen; Umsetzung einiger von der Bindi-Reform vorgesehener, aber von den Landesbestimmungen nie berücksichtigter Punkte. Schließlich hob er hervor, dass es dieser Kommission gelungen ist, ein so schwieriges und heikles Thema wie die Bestimmung von Artikel 28 über die Anwendung des Proporz sachlich und ernsthaft zu behandeln, sodass die aus der Debatte hervorgegangene Lösung von allen befürwortet werden kann.

Die Kommission beauftragte die Ämter den Gesetzestext in seiner endgültigen Fassung in die geschlechtsneutrale Form zu bringen.

In der Schlussabstimmung über den gesamten Gesetzentwurf Nr. 102/06 wurde dieser mit 3 Ja-Stimmen (der Vorsitzenden Martina Ladurner, und der Abgeordneten Rosa Thaler und Georg Pardeller) und 2 Enthaltungen (der Abgeordneten Kury und Minniti) genehmigt.

-----

*I lavori in commissione*

*Nelle sedute del 7, 8 e 29 agosto 2006 la IV commissione legislativa ha trattato il disegno di legge provinciale n. 102/06, "Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale". Hanno partecipato alle sedute anche l'assessore alla sanità e politiche sociali dott. Richard Theiner, il direttore del dipartimento sanità e politiche sociali dott. Florian Zerzer, il direttore della ripartizione sanità dott. Paolo Spolaore, il vicedirettore della ripartizione sanità dott. Albert Tschager, i collaboratori della ripartizione provinciale sanità dott. Christian Leuprecht, dott.sa Sabrina Stacchetti e dott.sa Barbara Caggegi, la direttrice reggente dell'ufficio personale sanitario dott.sa Laura Schrott e la collaboratrice di detto ufficio dott.sa Cristina Chiogna. Alla seduta del 7 agosto erano presenti anche l'ass. Luisa Gneccchi e il cons. dott. Hans Heiss in qualità di osservatori.*

*Il 28 agosto, cioè il giorno precedente la seduta del 29 agosto in cui è avvenuta la votazione definitiva sul disegno di legge, ha avuto luogo un'audizione di diversi esperti, dei rappresentanti di diverse organizzazioni sindacali, dei direttori delle quattro aziende sanitarie e dei relativi dipendenti provinciali, audizione riguardante il disegno di legge stesso.*

*La presidente dott.sa Martina LADURNER ha informato la commissione che il presidente del Consiglio dei comuni aveva richiesto, ai sensi della legge provinciale n. 10/2003, di essere ascoltato dalla commissione legislativa competente, in quanto il disegno di legge riguarda ambiti di competenza comunale o delegata ai comuni. Ella ha inoltre ricordato l'accordo intervenuto fra il presidente del Consiglio dei comuni, il presidente del Consiglio provinciale e i presidenti delle quattro commissioni legislative riguardo allo svolgimento di quest'audizione; il testo scritto dell'accordo era già stato fatto pervenire ai componenti della commissione.*

*Quindi la commissione è passata all'audizione del presidente del Consiglio dei comuni, che aveva chiesto di essere ascoltato sul disegno di legge provinciale n. 102/06.*

*Il presidente del Consiglio dei comuni Arnold Schuler ha spiegato che i comuni e le comunità comprensoriali sono stati coinvolti nell'elaborazione del disegno di legge, e ha ringraziato per questo. Egli ha illustrato le obiezioni del Consiglio dei comuni al disegno di legge, spiegando che si dovrebbero stabilire anche le modalità del coinvolgimento dei comuni previsto all'articolo 1. Infine ha richiamato le osservazioni scritte del Consiglio dei comuni, presentate in precedenza, e ne ha illustrato i singoli punti.*

*L'ass. dott. Richard Theiner ha spiegato che a differenza di quanto avvenuto in altri Paesi e regioni, in questa riforma non sono state prese in considerazione né la strada della privatizzazione della sanità né quella della riduzione delle strutture. Ciò infatti porterebbe a una medicina a due classi, e non sarebbe sostenibile anche per ragioni etiche. Con questa riforma le strutture esistenti saranno mantenute; al contempo però la sanità sarà riorganizzata sul modello trentino, concentrando in una struttura centrale le prestazioni che si effettuano meglio a quel livello, lasciando in periferia le prestazioni che è più opportuno collocare in quelle sedi. Per l'elaborazione di questo disegno*

*di legge è stato costituito, con delibera della Giunta provinciale, un comitato guida composto da esperti interni ed esterni, e a questo comitato i politici hanno prescritto solo l'obiettivo da raggiungere. L'obiettivo non è la riforma del versante clinico della sanità, bensì della struttura amministrativa; la riforma del versante clinico avverrà in una fase successiva. La presente riforma amministrativa lascia inalterate le competenze della Giunta provinciale. Anche riguardo alla regolamentazione della proporzionale si è cercato in ogni modo di non svantaggiare nessuno dei gruppi linguistici e di rendere la proporzionale stessa flessibile al massimo. Il presente disegno di legge è stato approvato all'unanimità dal comitato guida, e viene ora presentato al Consiglio provinciale.*

*In occasione del dibattito generale il consigliere Mauro Minniti si è detto d'accordo sul metodo adottato da parte della giunta provinciale e ha ricordato che il suo gruppo consiliare già più volte aveva proposto l'unificazione delle quattro aziende sanitarie, visto che nella provincia di Bolzano il rapporto tra strutture sanitarie e cittadini è notevolmente sproporzionato. Questo anche per ridurre le spese del sistema sanitario provinciale i cui costi alti sono stati criticati in varie occasioni anche dalla Corte dei Conti. Ha chiesto inoltre ulteriori informazioni sul sistema proporzionale che verrà applicato e in particolare ha richiesto la messa a disposizione delle tabelle occupazionali come risulterebbero in seguito all'approvazione del disegno di legge sottolineando che in mancanza delle quali non sarebbe in grado di giudicare questa proposta. In particolare era anche interessato al metodo di calcolo della proporzionale in riferimento ai servizi multizonali. Secondo lui si dovrebbe cercare di non essere troppo rigidi per quanto riguarda il bilinguismo. Al fine di garantire la piena efficienza del servizio sanitario si dovrebbe, secondo lui, prevedere la possibilità che anche persone senza certificato di bilinguismo potessero essere assunte con l'obbligo di presentare detto certificato dopo tre, quattro anni, altrimenti il sistema sanitario rischierebbe di rinunciare a persone molto capaci perché non hanno accesso alle nostre strutture pubbliche. Voleva infine anche sapere se attraverso questa riforma effettivamente si potesse arrivare a un risparmio economico e a quanto questo ammonta.*

*La cons. dott.sa Cristina Kury ha approvato la proposta di riforma della sanità e ha dichiarato che l'obiettivo prioritario dovrebbe essere garantire la qualità, e non realizzare dei risparmi, che sono resi possibili dai sistemi di ottimizzazione delle risorse. Inoltre si dovrebbe analizzare il rapporto di reciprocità fra la riforma del versante clinico, oggetto del disegno di legge, e la riforma della struttura amministrativa che dovrà farle seguito: quest'aspetto dovrebbe essere oggetto di discussione già in questa fase, almeno a livello teorico. La sua impressione è che la riforma sia ispirata da buona volontà, ma che a causa delle grandi pressioni non si sia avuto il coraggio di andare in profondità. Ella la considera una regolamentazione di dettagli senza prospettiva globale. Riguardo a singoli punti del disegno di legge ha lamentato che si dia l'impressione di semplicemente sostituire le quattro aziende sanitarie esistenti con un'azienda unica, e che a parte questo tutto resti come prima. Ci si limita a introdurre una struttura di più alto livello, che ha necessariamente bisogno della collaborazione dei livelli*



inferiori. Ciò è anche dovuto al fatto che spesso, nel disegno di legge, si è scelta la via del consenso. Naturalmente il disegno non impedisce che nella sanità qualcosa possa veramente cambiare; d'altra parte non c'è nessuna garanzia che questi necessari cambiamenti effettivamente avvengano. Questo è particolarmente chiaro all'articolo 19, che regola il finanziamento dei comprensori sanitari. Al riguardo ella critica il sistema di finanziamento dei comprensori su base capitaria, con l'abolizione dei conguagli per la mobilità. Questo potrebbe avere effetti demotivanti sulle prestazioni. Inoltre il disegno di legge prevede un finanziamento a parte per prestazioni specifiche, ma senza stabilire i centri di competenza, senza un concetto globale per il versante clinico e senza stabilire i criteri, lasciando le decisioni alla Giunta provinciale.

Riguardo alla proporzionale ella ha ammesso che è estremamente difficile elaborare una regolamentazione soddisfacente. In riferimento all'articolo 28 del disegno di legge ella ha dichiarato che al direttore generale dell'azienda sanitaria è concesso un ambito discrezionale troppo ampio. Ha chiesto chiarimenti anche riguardo all'articolo 8. Ha quindi sottolineato che per coprire dei posti al livello dirigenziale certamente la qualificazione dovrebbe avere precedenza sulla proporzionale. Quindi è passata alla problematica del precariato infermieristico riguardo a proporzionale e bilinguismo. Ha poi rimarcato l'importanza di misure adeguate per la realizzazione e la prosecuzione della riforma, di una grande trasparenza e informazione nonché del coinvolgimento di tutti gli operatori del settore, e ha proposto la costituzione di un gruppo di lavoro permanente su questa problematica all'interno del Consiglio provinciale.

Secondo il cons. Georg Pardeller la riforma del versante clinico renderà possibili dei miglioramenti anche sul versante amministrativo. Questa riforma introduce una collaborazione organica, e c'è bisogno di un modo di procedere unitario. Riguardo alla proporzionale bisogna assolutamente applicare la proporzionale provinciale; è importante che il direttore generale nell'ambito della proporzionale provinciale possa procedere alle necessarie correzioni e compensazioni. Riguardo alla regolamentazione delle lingue egli ha sottolineato l'importanza della comunicazione fra pazienti, personale infermieristico e medici, e dunque anche l'importanza del bilinguismo. Infine ha dichiarato di approvare in linea di principio la presente riforma.

In replica l'ass. dott. Theiner ha dichiarato che il problema dell'applicazione della proporzionale è di difficile soluzione, e che nell'elaborazione del presente disegno di legge sono stati anche coinvolti collaboratori di entrambi i gruppi linguistici. Crede che non avrebbe senso applicare la pura proporzionale linguistica, perché così non si potrebbe tener conto della distribuzione dei gruppi linguistici sul territorio provinciale. Ha sottolineato che anche i sindacati italiani approvano questa regolamentazione, e che egli non vede alternative alla possibilità di trasferire al direttore generale la responsabilità della suddivisione dei posti di lavoro riguardo alla proporzionale. Ha ammesso che a causa del bilinguismo in Alto Adige è più difficile trovare personale nel settore sanitario; d'altra parte sarebbe impossibile assumere persone senza attestato di bilinguismo e poi licenziarle se non lo ottenessero entro

*un certo periodo. I problemi dell'apprendimento della seconda lingua sono generali e non si possono ridurre all'ambito sanitario. Naturalmente, nonostante i tagli alle spese, con questa riforma si deve garantire ed elevare la qualità della sanità. Riguardo alla nuova figura del direttore tecnico-assistenziale, essa è introdotta per valorizzare il personale paramedico, e ha carattere d'avanguardia in Italia. Ha inoltre spiegato che anche in altri Paesi la riforma amministrativa della sanità ha preceduto quella del versante clinico, e ha respinto le obiezioni della cons. Kury secondo cui tutto resterebbe immutato. Ha spiegato che il direttore generale sottopone alla Giunta provinciale proposte per la nomina dei direttori dei comprensori sanitari, e che è anche responsabile per la collaborazione su base consensuale delle diverse strutture. Essendo il direttore generale responsabile verso la Giunta provinciale, essa in nessun caso nominerà direttori di comprensorio sanitario sui cui nominativi il direttore generale non sia d'accordo, perché diversamente il direttore generale non potrebbe essere chiamato a rispondere del lavoro dei responsabili dei comprensori sanitari. Riguardo al finanziamento dei comprensori stessi, esso non è costituito essenzialmente dal finanziamento pro capite, bensì dal meccanismo per cui le risorse finanziarie vengono attribuite anche in funzione delle prestazioni svolte dai singoli comprensori sanitari. Così si incoraggia anche la concorrenza fra comprensori sanitari.*

*Il passaggio alla discussione articolata è quindi stato approvato con 2 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*La presidente dott.sa Martina Ladurner ha ricordato che l'ufficio legale del Consiglio provinciale aveva, in una lettera all'assessorato alla sanità, rilevato alcuni punti non chiari e delle imperfezioni nel testo. Per questi punti la ripartizione sanità ha elaborato delle soluzioni, contenute nel documento fatto pervenire dalla ripartizione stessa ai componenti della commissione. Nell'ambito della discussione articolata si farà riferimento alle correzioni, sia linguistico-tecniche sia di contenuto, proposte nel documento. Il documento stesso è agli atti della commissione.*

*Articolo 1: dopo lunga discussione sulla richiesta del Consiglio dei comuni di definire le modalità di partecipazione degli enti locali, l'articolo è stato approvato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*L'articolo 2 è stato approvato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni; l'articolo 3 è stato approvato con 4 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 4: approvato con 4 voti favorevoli e 1 astensione.*

*Articolo 5: dopo l'approvazione di un emendamento del cons. Minniti – mirante all'introduzione di un comma 1-bis in virtù del quale secondo il presentatore il direttore dovrebbe verificare, 18 mesi dopo la sua nomina, il raggiungimento degli obiettivi aziendali – la commissione ha approvato, con alcune correzioni linguistiche, l'articolo così emendato con 3 voti favorevoli e 1 astensione.*

*Articolo 6: la commissione ha trattato e approvato l'emendamento dell'ass. Theiner al comma 1, e specificamente al nuovo articolo 10, comma 3 della legge provinciale n. 7/2001, mirante a sostituire nel testo italiano la parola "nonché" con "o". L'articolo così emendato è stato approvato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 7: approvato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 8: dopo lunga discussione su come tener conto dei gruppi linguistici nell'assegnazione delle funzioni direttive all'interno del servizio sanitario provinciale la commissione ha approvato, con 4 voti favorevoli e 1 astensione, un emendamento sostitutivo dell'intero articolo presentato dal cons. Minniti.*

*Articolo 9: dopo l'approvazione di un emendamento dell'ass. Theiner al comma 1, e specificamente al nuovo articolo 12-bis, comma 2 della legge provinciale n. 7/2001, mirante all'introduzione di una frase mancante nel testo tedesco, l'articolo così emendato è stato approvato, con una correzione linguistica, con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 10: la commissione ha discusso sull'obiezione della cons. Kury che non sarebbe coerente da una parte attribuire al direttore generale la responsabilità per l'operato dei direttori di comprensorio, d'altra parte però attribuire al direttore generale solo un diritto di proposta per la copertura di quei posti lasciando la decisione alla Giunta provinciale; diversa è la procedura per la nomina dei direttori sanitari, amministrativi e tecnico-assistenziali, che spetta al direttore generale. L'articolo è quindi stato approvato, con alcune correzioni linguistiche, con 3 voti favorevoli, 1 voto contrario e 1 astensione.*

*Articolo 11: la commissione ha approvato un emendamento dell'ass. Theiner al comma 2 (nuovo articolo 13, comma 5 della legge provinciale n. 7/2001), mirante all'introduzione di una frase mancante nel testo tedesco, di altri adeguamenti del testo tedesco a quello italiano, e inoltre alla sostituzione del rinvio al "Consorzio dei comuni" con "Consiglio dei comuni". L'articolo così emendato è quindi stato approvato con 2 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 12: dopo l'approvazione di due emendamenti dell'ass. Theiner al comma 1, miranti uno alla soppressione, nel nuovo articolo 14, comma 1 della legge provinciale n. 7/2001, delle parole "in relazione alle sue dimensioni", e l'altro all'adeguamento, al comma 8 del medesimo articolo, del testo tedesco a quello italiano, la commissione ha approvato l'articolo così emendato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni. L'articolo 13, con una correzione linguistica, e l'articolo 14 sono entrambi stati approvati con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 15: alla domanda dei consiglieri Kury e Minniti sul motivo per cui al consiglio dei sanitari debbano appartenere tanti rappresentanti del comprensorio sanitario di Bolzano, il direttore di ripartizione Spolaore e l'ass. Theiner hanno risposto che questa composizione è stata concordata coi rappresentanti sindacali, ed è motivata dal fatto che la maggior parte delle strutture specialistiche si trova nell'area di Bolzano. L'articolo è quindi stato approvato, con una correzione linguistica, con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 16: la commissione ha approvato un emendamento dell'ass. Theiner al comma 1 (nuovo articolo 20, comma 1 della legge provinciale n. 7/2001), mirante all'introduzione di una frase mancante nel testo tedesco. La commissione ha prima discusso sull'obiezione del cons. Minniti che non sarebbe opportuno riferirsi alle comunità comprensoriali in ambito sanitario, avendo esse solo competenze in ambito sociale. La commissione ha approvato un emendamento dell'ass. Theiner, formulato in risposta all'obiezione della cons. Kury e in base a una proposta del Consiglio dei comuni, relativo all'articolo 20, com-*

ma 3 della legge provinciale n. 7/2001. Quindi si è concordato di elaborare, per la trattazione in aula del disegno di legge, una formulazione del nuovo articolo 20, comma 1 che tenga conto anche di una rappresentanza della città di Bolzano nella conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali, come richiesto dal presidente del Consiglio dei comuni nell'audizione. L'articolo così emendato è quindi stato approvato, con una correzione linguistica, con 3 voti favorevoli e 1 astensione.

L'articolo 17 è stato approvato con 2 voti favorevoli e 1 astensione.

Articolo aggiuntivo 17-bis: dopo la spiegazione da parte della dott.ssa Schrott del fatto che oggi nelle aziende sanitarie esistono già dei comitati per le pari opportunità, la cui esistenza è però attualmente ancorata solo nei contratti collettivi, l'articolo aggiuntivo, che prevede la costituzione di un comitato per le pari opportunità e la valorizzazione delle differenze fra i sessi nell'azienda sanitaria, è stato approvato all'unanimità.

L'articolo 18 è stato approvato con 2 voti favorevoli e 1 astensione.

Articolo 19: la cons. Kury temeva che il sistema di finanziamento misto dei comprensori sanitari su base capitaria e con finanziamenti per attività specifiche, proposto in quest'articolo, potesse costituire un'analogia al finanziamento dei comuni, cosa che ella non approverebbe; il motivo sarebbe che in futuro ai comprensori sanitari mancherebbero i conguagli per la mobilità, e quindi la Giunta provinciale in mancanza di criteri avrebbe mano libera nell'assegnazione delle risorse per il finanziamento delle attività specifiche. In seguito a ulteriori obiezioni e domande anche da parte di altri componenti, l'ass. Theiner ha risposto che il finanziamento su base capitaria non è la sola modalità di finanziamento: infatti le risorse assegnate dipendono anche dalla produzione e dalle prestazioni del singolo comprensorio sanitario. I finanziamenti per attività specifiche sono concessi solo per i servizi offerti in una sede sola. Al riguardo la Giunta provinciale elaborerà solo i criteri, perché le risorse sono attribuite ai comprensori dal direttore generale. Inoltre il direttore generale in sede di attribuzione dei finanziamenti trarrà senz'altro conseguenze dall'eventuale non raggiungimento degli obiettivi stabiliti. L'articolo è stato infine approvato con 3 voti favorevoli e 2 voti contrari.

Articolo 20: la commissione ha approvato due emendamenti al comma 1 (nuovo articolo 42, comma 5 della legge provinciale 7/2001), presentati dall'ass. Theiner in base alle osservazioni del presidente del Consiglio dei comuni. Gli emendamenti tendevano alla sostituzione, alla lettera g), del richiamo al "Consorzio dei comuni" con "Consiglio dei comuni" e alla soppressione della seconda parte del periodo, e all'aggiunta di una lettera h). L'articolo così emendato è stato quindi approvato con 2 voti favorevoli e 2 astensioni.

Articolo 21: dopo la dichiarazione della cons. Kury di voler votare, allo stato attuale, contro quest'articolo, e che ella perverrà a un'opinione definitiva solo dopo la prevista audizione, l'articolo è stato approvato con una correzione linguistica, con 2 voti favorevoli e 1 voto contrario.

Articolo 22: dopo l'approvazione di un emendamento dell'ass. Theiner al comma 2, tendente a sostituire, nel testo italiano del nuovo articolo 46, comma 4 della legge provinciale n. 7/2001, le parole "direttore sa-

nitario con incarico di direttore" con "dirigente sanitario con incarico di direttore", l'articolo così emendato è stato approvato con correzioni linguistiche, con 2 voti favorevoli e 1 astensione.

L'articolo 23 è stato approvato con 2 voti favorevoli e 1 astensione.

Articolo 24: la commissione ha approvato un emendamento dell'ass. Theiner al comma 1, tendente all'adeguamento del testo tedesco a quello italiano nel comma 6 del nuovo articolo 48 della legge provinciale n. 7/2001. L'articolo così emendato è stato approvato con correzioni linguistiche, con 2 voti favorevoli e 1 astensione.

L'articolo 25 è stato approvato con 2 voti favorevoli e 1 astensione.

Articolo 26: dopo l'approvazione di un emendamento dell'ass. Theiner al comma 1, tendente a introdurre un'aggiunta al comma 2 del nuovo articolo 65, la commissione ha approvato l'articolo con 2 voti favorevoli e 1 astensione.

Articolo 27: la commissione ha trattato e approvato i seguenti emendamenti: un emendamento dell'ass. Theiner al comma 1, contenente una riformulazione del nuovo articolo 65-bis della legge provinciale n. 7/2001; un emendamento anch'esso dell'assessore con una riformulazione del nuovo articolo 65-quater della legge provinciale n. 7/2001; un emendamento dell'ass. Theiner tendente all'introduzione di un comma 1-bis nel nuovo articolo 65-quinquies della legge provinciale n. 7/2001; un emendamento dell'ass. Theiner tendente alla soppressione della parola "höchstens" nel testo tedesco del comma 4 del succitato nuovo articolo 65-quinquies; un emendamento dell'ass. Theiner tendente alla soppressione di una parte del periodo compreso nel comma 5 del nuovo articolo 65-quinquies; un emendamento dell'ass. Theiner tendente alla soppressione di una parte del periodo compreso nel comma 7 del nuovo articolo 65-quinquies; un emendamento dell'ass. Theiner con un adeguamento del testo tedesco a quello italiano del comma 10 del nuovo articolo 65-quinquies; un emendamento della cons. Kury tendente all'aggiunta di un periodo al comma 11 del nuovo articolo 65-quinquies; un emendamento della cons. Kury tendente all'aggiunta di una frase al comma 12 del nuovo articolo 65-quinquies; infine un emendamento dell'ass. Theiner tendente all'introduzione di un comma 15 nel nuovo articolo 65-quinquies. La commissione ha quindi approvato l'articolo così emendato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.

La commissione ha quindi approvato l'articolo aggiuntivo 27-bis, presentato dall'ass. Theiner, comprendente una norma sull'attestato di bilinguismo in caso di nomina, in applicazione dei commi 11 e 12 del nuovo articolo 65-quinquies con 3 voti favorevoli e 1 astensione.

Infine è stato approvato anche l'articolo aggiuntivo 27-ter, presentato dall'ass. Theiner, comprendente una norma transitoria sulla continuità dei servizi sanitari, con 3 voti favorevoli, 1 voto contrario e 1 astensione. Al riguardo la cons. Kury si è pronunciata per il passaggio immediato, con l'entrata in vigore della riforma, di tutte le competenze al direttore generale dell'azienda sanitaria unica, con la possibilità di un trasferimento temporaneo di competenze ai direttori dei comprensori sanitari.

Articolo 28: dopo aver respinto un emendamento del cons. Minniti al comma 1, la commissione ha approvato un emendamento dell'ass.

*Theiner al comma 3, contenente una riformulazione dell'articolo 3, comma 5 della legge provinciale n. 19/1983. Un ulteriore emendamento del cons. Minniti, tendente all'aggiunta di un comma 3-bis, è stato respinto. Dopo una lunga discussione sulla distribuzione dei posti di lavoro fra i gruppi linguistici, l'articolo così emendato è stato approvato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*Articolo 29: approvato con 3 voti favorevoli e 1 astensione.*

*Articolo 30: la commissione ha approvato l'emendamento sostitutivo dell'intero articolo, presentato dall'ass. Theiner, con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*L'articolo aggiuntivo 30-bis, presentato dall'ass. Theiner, comprendente la norma finanziaria e una modifica al bilancio, è stato approvato con 4 voti favorevoli e 1 astensione.*

*Infine l'articolo 31 è stato approvato con 3 voti favorevoli e 2 astensioni.*

*In sede di dichiarazioni di voto la cons. dott.sa Cristina Kury ha ringraziato per l'organizzazione dell'audizione e ha dichiarato che questa dovrebbe essere in futuro la prassi anche per altri disegni di legge. Ha annunciato la propria provvisoria astensione nella votazione finale sul disegno di legge, e ha dichiarato che il voto del gruppo verde in aula dipenderà dalla disponibilità della Giunta provinciale ad approvare gli emendamenti che il gruppo verde presenterà; ha inoltre annunciato la presentazione di una relazione di minoranza. Secondo lei ci sono altri punti non chiari riguardo al finanziamento dei comprensori sanitari, perché con le norme di legge proposte non ci saranno più conguagli per la mobilità all'interno del territorio provinciale, mentre in sede di audizione si era detto il contrario. È certo possibile che questa riforma raggiunga l'obiettivo proposto, ma ciò a causa dell'orientamento del disegno di legge non è affatto garantito, soprattutto perché la struttura gerarchica della nuova azienda sanitaria non è chiara. Dunque si corre il rischio di creare un ulteriore livello dirigenziale, con costi ancora maggiori. Comunque l'obiettivo fondamentale dovrebbe essere la riforma del versante clinico, riforma che dev'essere trasparente e che dovrebbe accompagnare la riforma amministrativa. Pertanto ella ha proposto che la IV commissione legislativa tenga regolarmente delle audizioni per accompagnare questa riforma e prevenire procedure non trasparenti nella prossima riforma del versante clinico. Questa riforma è un'opportunità: la strada per arrivare all'obiettivo dev'essere indicata dalla politica. Perciò la politica deve mostrare di fare sul serio. I rinvii, come ad esempio quelli favoriti dall'articolo aggiuntivo 27-ter presentato oggi, danno invece all'opinione pubblica e agli interessati l'impressione che la politica non faccia sul serio.*

*Il consigliere Mauro Minniti ha annunciato la presentazione di una relazione di minoranza. Egli vede con favore la presentazione di questo interessante disegno di legge; un progetto molto atteso, del quale si parla da anni e che è stato fortemente voluto anche dal suo gruppo consiliare. Ha aggiunto che aveva auspicato che il disegno di legge tenesse conto anche di una riforma clinica con riferimento alla qualità nei servizi e nelle strutture. Ha inoltre fatto presente che nella votazione finale al disegno di legge si asterrà e che questa astensione deve essere vista come posizione d'attesa e non di diffidenza o con-*

*trarietà, in attesa dello scioglimento di alcuni nodi come quelli delle garanzie nella distribuzione dei posti, soprattutto apicali, per il gruppo linguistico italiano, delle fasce sulle quali va applicata la proporzionale, dei servizi multizonali e dell'inserimento di alcuni interventi previsti dalla riforma Bindi, dei quali non si è mai tenuto conto nella normativa provinciale. Infine ha sottolineato come riguardo alla disposizione dell'articolo 28, sull'applicazione della proporzionale, questa commissione è riuscita ad affrontare questo argomento difficile e delicato con serenità e serietà uscendo dalla discussione con una soluzione che tutti possono ritenere valida.*

*La commissione ha incaricato gli uffici di dare al testo di legge definitivo una formulazione neutra riguardo al sesso.*

*Nella votazione finale il disegno di legge n. 102/06 nel suo complesso è stato approvato con 3 voti favorevoli (presidente Martina Ladurner e consiglieri Rosa Thaler e Georg Pardeller) e 2 astensioni (consiglieri Kury e Minniti).*

**PRESIDENTE:** La parola alla consigliera Kury per la lettura della relazione di minoranza.

**KURY (Grüne Fraktion – Gruppo Verde – Grupa Vërda):**  
**ERSTES ZIEL DER GESUNDHEITSREFORM MUSS DIE QUALITÄTSSICHERUNG IM GESUNDHEITSWESEN SEIN!**

*Im Jahre 2001 ist der Landesgesundheitsdienst in Südtirol im Anschluss an eine gesamtstaatliche Reform reformiert worden (Landesgesetz Nr. 7/2001). Trotzdem wurde auf Grund des großen Drängens auf weitere Kosteneinsparungen, das vor allem von Wirtschaftskreisen ausging, seit Beginn dieser Legislatur vom neuen zuständigen Landesrat eine weitere einschneidende Reform des Gesundheitswesens angekündigt. Dabei ist klarzustellen: Vorrangiges Ziel dieser Reform muss die Qualitätssicherung und - wo möglich - Qualitätssteigerung des Gesundheitsdienstes sein. Dass sich dabei zusätzlich auch sparen lässt, ist nicht von vornherein auszuschließen; dieser positive Nebeneffekt muss allerdings die Folge einer rationellen und effizienten Gesamtorganisation sein und nicht die Folge von generalisierten Kürzungen.*

*Zur Erfüllung dieser anspruchsvollen Zielsetzung sind einige Voraussetzungen unabdingbar:*

- *die Politik muss klar und eindeutig die Ziele der Reform vorgeben,*
- *die im Sanitätswesen Tätigen müssen von der Zielrichtung überzeugt sein und*
- *die von der Reform Betroffenen müssen die Umsetzung der Ziele maßgeblich mitentscheiden können.*

*Selbstverständlich muss eine solche Reform das Sanitätswesen in seiner Gesamtheit (Verwaltung und klinischen Bereich) berücksichtigen, da jede Veränderung in einem Bereich unwillkürlich Auswirkungen auf den anderen Bereich mit sich bringt.*

*Diese unabdingbaren Voraussetzungen sind bei dieser Reform nur teilweise gegeben.*

*Das Gesamtziel der Reform ist nicht definiert. Der vorliegende Gesetzentwurf beschränkt sich darauf, die Verwaltung zu reformieren, ohne die klinische Reform zumindest theoretisch mitzudenken. Und auch die Verwaltungsreform lässt an Klarheit bei Kompetenzzuschreibungen zu wünschen übrig. Dadurch sind Blockaden bei der Umsetzung und Kompetenzstreitigkeiten vorprogrammiert.*

*Der Schwerpunkt des vorliegenden Gesetzentwurfes ist die Einführung eines einzigen Sanitätsbetriebs in Südtirol. Er beschränkt sich also großteils darauf, in den bestehenden Landesgesetzen die bisher bestehenden 4 Sanitätsbetriebe durch einen Sanitätsbetrieb zu ersetzen. Die Führung wird einem Generaldirektor anvertraut, dem ein Verwaltungsdirektor, ein Sanitätsdirektor und ein Pflegedirektor (neu eingeführt) zur Seite stehen. Zugleich bleiben die 4 Sanitätsbetriebe territorial unter dem neuen Namen Gesundheitsbezirke bestehen. Sie werden von einem Direktor des Gesundheitsbezirkes geleitet, dem jeweils ein Verwaltungskoordinator, ein Sanitätskoordinator und ein Pflegedienstkoordinator zur Seite stehen. Diese Koordinatoren-Funktion kann im Gesundheitsbezirk Bozen (mehr als 150.000 Ew) vollzeitmäßig ausgeübt werden, in den anderen Bezirken teilzeitmäßig. Im Gesetzentwurf wird festgeschrieben, dass die Generaldirektoren der abgeschafften Sanitätsbetriebe zu Direktoren der Gesundheitsbezirke, die Verwaltungsdirektoren zu Verwaltungskordinatoren, die Sanitätsdirektoren zu Sanitätskordinatoren ernannt werden können, bei unveränderten Bezügen.*

*Die "alte" Struktur der Sanitätsbetriebe bleibt also in etwa unverändert erhalten, und zusätzlich wird darüber eine neue "Landesführung" eingerichtet. Der Erfolg ihres Wirkens hängt entscheidend davon ab, ob die Führung der Gesundheitsbezirke gewillt ist, Einfluss und Macht nach oben abzugeben und kooperativ an der lokalen Umsetzung der gesamtstrategischen Ziele des einzigen Sanitätsbetriebs mitzuwirken.*

*Die Form der Zusammenarbeit wird in diesem Gesetzentwurf nur vage definiert. Man setzt vor allem auf einvernehmliche Entscheidungen zwischen den beiden Ebenen. Dies kann, wo es funktioniert, sicherlich die gute Basis für Zusammenarbeit sein. Wo es aber nicht funktioniert, könnte der Verzicht auf klare Kompetenzzuschreibung auch endlose Blockaden und Kompetenzstreitereien hervorrufen. Problematisch ist sicherlich auch, dass Kompetenzen und Verantwortung nicht immer zusammenfallen: So ernennt zum Beispiel weiterhin die Politik die vier Direktoren der Gesundheitsbezirke, während dies eigentlich dem Generaldirektor zustünde, der ja die Gesamtverantwortung für den Sanitätsbetrieb hat.*

*Häufig hat man den Eindruck, dass die Politik klare Entscheidungen scheut, um niemandem zu nahe zu treten, und damit den Interessenskonflikt auf die Betroffenen abwälzt.*

*Insgesamt erweckt die vorliegende Verwaltungsreform den Eindruck, dass letztendlich jene die Oberhand gewonnen haben, die bestehende Strukturen und damit zusammenhängend Einfluss erhalten wollten. Dennoch gibt es auch einige tatsächliche Veränderungen, wie die Aufwertung des Pflegepersonals durch die Einführung eines Pflegedirektors bzw. Koordinators auf Bezirksebene. Dies ist sicherlich positiv zu beurteilen. Nur: die tatsächlichen Veränderungen wirken*



sich unweigerlich auch auf den klinischen Bereich aus, dessen Neustrukturierung - wie es uns scheint - hier noch nicht mitbedacht wurde. Auch bei der Aufteilung der finanziellen Ressourcen zur Finanzierung des Landesgesundheitsystems schlägt der vorliegende Gesetzentwurf keine klare Lösung vor: die Gelder werden weiterhin unter den vier Gesundheitsbezirken auf Pro-Kopf-Basis aufgeteilt, was im Widerspruch zur Schaffung eines einheitlichen Sanitätsbetriebs steht. Andererseits wird auf die Verrechnung der Krankenkosten auf Landesebene verzichtet. Für die Finanzierung von fachspezifischen Leistungen (die über die durch die Pro-Kopf-Finanzierung garantierte Grundversorgung hinausgehen) und die der Kern der klinischen Reform sein sollten, fehlen jegliche Kriterien und die Entscheidung darüber wird der Landesregierung anheim gestellt, ohne dass das Gesamtsystem zu erkennen ist. Aus diesem Artikel erkennt man besonders deutlich, wie problematisch diese Teilreform ist, wenn die Gesamtvision fehlt. Erst an der ausstehenden Reform des klinischen Bereichs wird sich weisen, ob die Versprechungen der Qualitätssteigerung und der Kosteneinsparung erfüllt werden. Es braucht dazu allerdings klare politische Zielvorgaben.

Wie bereits angedeutet, können eine Qualitätssteigerung des Gesundheitswesens und eine eventuelle Kosteneinsparung nur im geringen Maße durch die Reform der Verwaltung erreicht werden. Ausschlaggebend ist sicherlich die noch ausstehende Reform des klinischen Bereiches. Viel ist darüber geredet worden. Es geht, so sagt man, darum, generell dezentral eine allgemeine Grundversorgung zu sichern und fachspezifische Kompetenzzentren dort aufzubauen, wo bereits bisher ein gutes Fundament für fachspezifische Leistungen vorhanden ist. Damit soll sowohl die Qualität der medizinischen Leistung als auch die Auslastung der Ressourcen sichergestellt sein. Diese Zielsetzung leuchtet ein, allerdings muss sie klar politisch formuliert und konsequent und transparent im größtmöglichen Konsens verabschiedet werden. Dies ist momentan allerdings nicht zu erkennen.

Die Gesamtreform des Gesundheitswesens kann nur dann funktionieren, wenn die im Sanitätsbereich Tätigen von der Zielsetzung überzeugt sind und bei der Umsetzung maßgeblich mitentscheiden können. Dafür braucht es Kriterien, die auf wissenschaftlichen Ergebnissen beruhen und eine Arbeitsweise, die Transparenz der Miteinbeziehung und der Entscheidungsfindung garantiert. Eine permanente vom Landtag eingesetzte Arbeitsgruppe könnte diese Funktion erfüllen.

Wie in jedem anderen Bereich auch, rufen angekündigte Veränderungen Ängste und Unbehagen hervor. Gerade in einem so komplexen Bereich wie dem Gesundheitswesen ist es daher wesentlich, die von der Reform Betroffenen kontinuierlich bei der Ausarbeitung und bei der Umsetzung der Reform mit einzubeziehen bzw. ihr aus der Praxis erwachsendes Wissen und ihre Erfahrung der Reform zugrunde zu legen. Bisher ist allerdings noch nicht klar geworden, wie diese Miteinbeziehung systematisch erfolgen könnte und Entscheidungsprozesse transparent gemacht werden können. Dazu liegen verschiedene Vorschläge vor: Eine Möglichkeit wäre die Schaffung einer Landesagentur für Gesundheit, wie sie die Ärztekammer vorgeschlagen hat. Eine

*weitere Möglichkeit ist die Einrichtung einer Stabstelle beim Sanitätsdirektor. Bis zur Umsetzung dieser Vorschläge sollte auf alle Fälle der Landtag (oder die zuständige Gesetzgebungskommission) die Umsetzung dieser Reform und die Konzeption der klinischen Reform institutionell begleiten. Die von der 4. Gesetzgebungskommission organisierte Anhörung anlässlich der Behandlung des Gesetzentwurfes war ein erster positiver Schritt, der in Zukunft fortgesetzt werden soll, um die Zusammenarbeit der von der Sanitätsreform Betroffenen systematisch zu organisieren, die Umsetzung der Verwaltungsreform zu begleiten und ihre notwendige Fortsetzung im klinischen Bereich transparent auszuarbeiten.*

*Die Reform klammert notwendige Neuansätze völlig aus: Proporz, aber vor allem der Zweisprachigkeitsnachweis als Zugangskriterium für eine unbefristete Anstellung im Gesundheitswesen schafft strukturelles "Prekariat" und mindert die Qualität der Betreuungsleistungen.*

*Zur Anwendung des Proporz im Sanitätswesen:*

*Artikel 28 regelt die Anwendung des Proporz im Sanitätswesen generell, Artikel 8 die Anwendung des Proporz in der Führungsstruktur. Beide Regelungen lassen zu wünschen übrig.*

*Artikel 28 enthält in sich widersprüchliche Aussagen: der erste Absatz bestimmt, dass die Stellen im Sanitätsbetrieb nach Landesproporz errechnet werden, der zweite Absatz besagt, dass bei der Verteilung der Stellen der Proporz des Gesundheitsbezirkes zur Anwendung kommt, der dritte Absatz besagt, dass keiner Sprachgruppe der Zutritt zu Stellen im Gesundheitsbezirk verwehrt werden kann, solange der Landesproporz nicht erfüllt ist. Wenn dabei der Proporz des Gesundheitsbezirkes verändert wird, muss ein Stellenausgleich durch den Generaldirektor erfolgen. Der dritte Absatz, der eine Brücke zwischen den beiden ersten Absätzen schlagen will, ist mehr eine Prinzipienklärung und in der Realität äußerst schwierig durchzuführen. Die gesamte Regelung scheint einzig und allein den Sinn zu haben, einen möglichst großen Freiraum in der Anwendung des Proporz zu haben. Hier zeigt sich wieder einmal, wie schwer sich die Politik im konkreten Umgang mit dem Instrument Proporz tut: einerseits stilisiert sie den Proporz zur Säule der Autonomie hoch, andererseits organisiert sie zugleich die Möglichkeit, ihn tagtäglich zu unterwandern. Siehe dazu auch den Beschluss Nr. 2733 vom 24.07.06. der Landesregierung, wo per Beschluss die Abweichung vom Proporz von 40 Personen festgelegt wird.*

*Problematisch ist auch der Artikel 8, der die Anwendung des Proporz bei der Führungsstruktur des Sanitätsbetriebs und den 4 Direktoren des Gesundheitsbezirke regelt: Hier wird der Proporz auf jeweils 4 (!) Personen angewandt. Für die kleineren Sprachgruppen ergeben sich dadurch maximal 2 (Italiener) bzw. 1 (Ladiner) Stelle, die - so ist anzunehmen - wiederum von den jetzt ausscheidenden Führungspersönlichkeiten eingenommen werden. Neuanstellungen sind damit ausgeschlossen, auch wenn hochqualifizierte Personen zur Verfügung stünden. Uns schiene es angebracht, zumindest in den Führungsran-gen (administrativ und klinisch) der Qualifikation eine wichtigere Rolle beizumessen, hängt doch der Erfolg der Umsetzung der Reform bzw.*

*die Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen generell maßgeblich von den Fähigkeiten des Führungspersonals ab.*

*Prekariat, das ungelöste Problem*

*Die Gewerkschaften haben berechtigterweise auf das Problem der vielen Befristet-Angestellten im Gesundheitswesen hingewiesen. Sie verrichten Arbeit, auf die nicht verzichtet werden kann, um die Grundversorgung zu gewährleisten. Dennoch können sie nicht fix angestellt werden, weil sie nicht im Besitz des Zweitsprachnachweises sind und so die Zugangsbedingungen zum öffentlichen Stellenplan nicht erfüllen. Die Folge ist, dass sie den Arbeitsplatz in Südtirol als Zwischenstation ansehen und ihn sofort verlassen, wenn sich woanders eine fixe Arbeitsstelle bietet. Sie sind somit wenig an einer kontinuierlicher Fortbildung und an der Erlernung der Landessprachen interessiert. Ein dauernder turn-over ist vorprogrammiert. Dies ist sicherlich weder im Interesse des Gesundheitsdienstes, noch im Interesse der Patienten, noch im Interesse der Dienstleistenden. Eine Regelung ist absolut notwendig. Sie könnte darin bestehen, dass in diesen Fällen der Zweitsprachnachweis nicht gleich bei Begründung des Arbeitsverhältnisses, sondern innerhalb einer bestimmten Zeit verpflichtend beizubringen ist, wobei die tatsächlichen Kommunikationserfordernisse überprüft werden sollen. Damit würde sowohl die sprachliche Kommunikation verbessert, weil die Bediensteten sehr wohl Interesse haben, die Sprache zu lernen, als auch die gesamte Qualität des Gesundheitsdienstes. Eine ähnliche Regelung wäre auch für hochqualifiziertes Führungspersonal sinnvoll, damit Leute aus dem Ausland oder aus den Nachbarprovinzen sich vermehrt um eine Stelle in Südtirol bewerben und die "Enge" des Südtiroler Systems fruchtbringend durchbrechen. Dies könnte allgemein motivierend wirken.*

*Die Schaffung von Facharzt-Ausbildungsstellen an Südtirols Krankenhäuser stellt eine weitere Möglichkeit dar, den chronischen Ärztemangel zu lindern. Dieser öfters vorgebrachte Vorschlag sollte endlich ernsthaft geprüft werden.*

-----

**IL PRIMO OBIETTIVO DELLA RIFORMA DELLA SANITÀ DEVE ESSERE QUELLO DI GARANTIRE LA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI!**

*Il servizio sanitario provinciale è stato riformato nel 2001 in seguito a una riforma della sanità a livello statale (legge provinciale n. 7/2001). Tuttavia a causa delle pressioni - esercitate soprattutto dagli ambienti economici - per ulteriori tagli dei costi in questo settore, fin dall'inizio di questa legislatura il nuovo assessore alla sanità ha annunciato un'ulteriore ampia riforma. A questo proposito va chiarito quanto segue: obiettivo primario di questa riforma deve essere la qualità del servizio sanitario, che va in ogni caso garantita e - dove è possibile - migliorata. Non si può escludere a priori che la riforma produca anche dei risparmi, ma questo eventuale effetto secondario deve essere la conseguenza di una riorganizzazione all'insegna della razionalità e dell'efficienza e non il risultato di tagli generalizzati.*

*Per poter realizzare questo ambizioso obiettivo sono indispensabili alcuni presupposti:*

- *la politica deve indicare gli obiettivi della riforma in modo chiaro e univoco;*
- *gli operatori sanitari devono essere convinti di tali obiettivi e*
- *i diretti interessati devono poter partecipare in modo tangibile alle decisioni concernenti l'attuazione degli obiettivi.*

*Naturalmente una riforma di questo tipo deve coprire la sanità in senso lato (amministrazione e ambito clinico), in quanto qualsiasi cambiamento in uno dei due settori ha inevitabili ripercussioni sull'altro.*

*I suddetti presupposti irrinunciabili sono presenti solo in parte in questa riforma.*

*L'obiettivo di fondo della riforma non è definito. Il presente disegno di legge si limita a riformare l'amministrazione senza considerare, anche solo in via teorica, l'ambito clinico. E anche la riforma amministrativa lascia a desiderare per quanto riguarda la descrizione delle competenze. In questo modo saranno inevitabili blocchi in sede di attuazione e conflitti riguardo alle competenze.*

*Il presente disegno di legge è incentrato sulla creazione di un'unica azienda sanitaria in Alto Adige e dunque si limita per lo più a sostituire nelle leggi provinciali vigenti le attuali quattro aziende sanitarie con un'unica azienda, la cui direzione viene affidata a un direttore generale affiancato da un direttore amministrativo, un direttore sanitario e un direttore tecnico assistenziale (di nuova introduzione). A livello territoriale le 4 aziende sanitarie continuano a esistere con il nuovo nome di comprensori sanitari, sotto la direzione dei direttori di comprensorio sanitario, affiancati a loro volta da un coordinatore amministrativo, un coordinatore sanitario e un coordinatore tecnico-assistenziale. La funzione di coordinatore può essere esercitata a tempo pieno nel comprensorio sanitario di Bolzano (più di 150.000 abitanti), negli altri comprensori a tempo parziale. Nel disegno di legge si specifica che i direttori generali delle aziende sanitarie abolite possono essere nominati direttori dei comprensori sanitari, i direttori amministrativi coordinatori amministrativi e i direttori sanitari coordinatori sanitari, senza che i loro compensi subiscano variazioni.*

*La "vecchia" struttura delle aziende sanitarie rimane dunque in piedi, e sopra di essa viene calata una "dirigenza provinciale". La sua efficacia dipenderà in misura decisiva dalla disponibilità della dirigenza dei comprensori sanitari a cedere potere verso l'alto e a cooperare a livello locale all'attuazione degli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria unica.*

*Nel disegno di legge la forma della cooperazione è definita solo vagamente. Si punta soprattutto sul fatto che i due livelli prendano le decisioni di comune intesa, e ove ciò avvenisse si avrebbe senza dubbio una buona base di collaborazione. Ma dove ciò non si verificasse, la rinuncia a una chiara definizione delle competenze potrebbe generare blocchi infiniti e conflitti in materia di competenze. Un altro problema deriva dal fatto che competenze e responsabilità non sempre coincidono: ad esempio i quattro direttori dei comprensori sanitari continuano a essere di nomina politica, mentre la loro scelta dovrebbe essere affidata al direttore generale, essendo questo il responsabile dell'azienda sanitaria.*

*Spesso si ha l'impressione che la politica abbia paura di prendere decisioni chiare per non pestare i piedi a nessuno, con il risultato che il conflitto di interessi viene scaricato sui diretti interessati.*

*Considerando questa riforma amministrativa nel suo complesso si ha l'impressione che abbiano avuto la meglio coloro che vogliono mantenere in vita le strutture esistenti e il potere in esse insito. Ciò nonostante ci sono anche reali innovazioni, ad esempio la rivalutazione del personale tecnico-assistenziale tramite l'istituzione di un direttore tecnico-assistenziale ovvero di un coordinatore tecnico-assistenziale a livello di comprensorio. Si tratta di una novità positiva, ma c'è un neo: le modifiche si ripercuotono inevitabilmente sull'ambito clinico, alla cui riorganizzazione a nostro avviso qui non si è pensato.*

*Anche per quanto riguarda la ripartizione delle risorse finanziarie per il finanziamento del servizio sanitario provinciale il presente disegno di legge non propone una soluzione chiara: i mezzi continuano a essere ripartiti tra i quattro comprensori sanitari su base pro capite, cosa che contrasta con l'istituzione di un'azienda sanitaria unica. D'altra parte si rinuncia al calcolo della mobilità dei pazienti su base provinciale. Manca qualsiasi criterio per il finanziamento delle prestazioni specialistiche (che vanno al di là dell'assistenza sanitaria di base garantita dal finanziamento pro capite), le quali dovrebbero costituire il nucleo della riforma clinica, e la decisione al riguardo è rimessa alla Giunta provinciale senza che si intraveda un sistema organico. Questo articolo evidenzia chiaramente i limiti di una riforma parziale priva di una visione d'insieme.*

*Solo dopo l'attuazione dell'attesa riforma dell'ambito clinico si vedrà se le promesse di aumento della qualità e taglio dei costi potranno essere mantenute. Ma a questo scopo servono chiari obiettivi politici.*

*Come già detto, il miglioramento della qualità dei servizi sanitari ed eventuali risparmi sono realizzabili sono in minima parte tramite una riforma amministrativa. È infatti determinante a tal fine l'attesa riforma dell'ambito clinico, di cui si è molto parlato. L'intenzione pare sia quella di creare in generale un'assistenza di base decentrata e istituire centri specialistici nelle strutture dove già c'è una buona base di specializzazione. In questo modo si vogliono garantire sia la qualità delle prestazioni mediche sia il pieno utilizzo delle risorse. Queste finalità sono ovviamente condivisibili, tuttavia devono essere formulate chiaramente a livello politico e approvate con coerenza e trasparenza sulla base del più ampio consenso possibile, cosa che al momento non è data.*

*La riforma del sistema sanitario può funzionare solo se gli operatori sanitari sono convinti degli obiettivi perseguiti e se possono partecipare alle decisioni relative alla loro attuazione. A tale scopo servono criteri basati su risultati scientifici e occorre procedere garantendo trasparenza nella partecipazione e nelle decisioni. Un gruppo di lavoro permanente istituito dal Consiglio provinciale potrebbe assolvere questa funzione.*

*Come sempre succede, l'annuncio di cambiamenti genera timori e disagio. In un settore complesso come quello sanitario è dunque fondamentale coinvolgere sempre coloro che sono interessati dalla riforma sia nella fase di elaborazione che in quella di attuazione dei cambia-*

menti e basare la riforma stessa sulle conoscenze e l'esperienza che ai diretti interessati deriva dalla prassi quotidiana. Non è ancora chiaro come questo coinvolgimento potrebbe essere realizzato in modo sistematico e come rendere trasparenti i processi decisionali. Le proposte sono diverse: una possibilità sarebbe quella di creare un'agenzia provinciale per la sanità, come proposto dall'ordine dei medici. Un'altra possibilità è la creazione di un gruppo di esperti presso la direzione sanitaria. In attesa dell'attuazione di una di queste proposte il Consiglio provinciale (o la commissione legislativa competente) dovrebbe in ogni caso accompagnare a livello istituzionale l'attuazione di questa riforma e l'elaborazione di quella clinica. L'audizione organizzata dalla IV commissione legislativa in occasione dell'esame del disegno di legge ha rappresentato un primo passo positivo in questa direzione, da ripetersi in futuro al fine di organizzare la collaborazione di coloro che sono interessati dalla riforma, accompagnare l'attuazione della riforma amministrativa ed elaborare in modo trasparente la sua necessaria continuazione nell'ambito clinico.

La riforma ignora completamente nuovi approcci invece necessari: la proporzionale, ma soprattutto l'attestato di bilinguismo quale criterio di accesso per l'assunzione a tempo indeterminato nella sanità genera un "preariato" strutturale e riduce la qualità delle prestazioni.

*Applicazione della proporzionale al settore sanitario*

L'articolo 28 disciplina l'applicazione della proporzionale al settore sanitario in generale, l'articolo 8 l'applicazione della proporzionale alla struttura dirigenziale. Entrambe le regolamentazioni lasciano a desiderare.

L'articolo 28 contiene affermazioni contraddittorie: il comma 1 afferma che i posti dell'azienda sanitaria sono assegnati in base alla proporzionale con riferimento all'ambito territoriale provinciale, il comma 2 stabilisce che la distribuzione dei posti avviene sulla base della proporzionale a livello di comprensorio sanitario, il comma 3 afferma che a nessun gruppo linguistico deve essere negato l'accesso ai posti nel comprensorio sanitario nei limiti della proporzionale provinciale. Se in quest'ultimo caso viene alterata la proporzionale nel comprensorio, il direttore generale deve provvedere a un conguaglio. Il comma 3, che vuole gettare un ponte tra i primi due commi, è più che altro una dichiarazione d'intenti difficilmente attuabile nella realtà. L'unico vero senso della regolamentazione sembra essere quello di garantire la massima libertà possibile nell'applicazione della proporzionale. Ancora una volta dobbiamo constatare come sia difficile nel concreto il rapporto della politica con la proporzionale: da una parte i politici la erigono a colonna portante dell'autonomia, ma dall'altra creano gli strumenti per eluderla quotidianamente. Si veda a questo proposito la delibera n. 2733 del 24/7/2006 della Giunta provinciale, che sancisce una deroga dalla proporzionale pari a 40 persone.

È problematico anche l'articolo 8, concernente l'applicazione della proporzionale alla struttura dirigenziale dell'azienda sanitaria e ai 4 direttori dei comprensori sanitari. In questo caso la proporzionale è applicata a sole 4 (!) persone. Per i gruppi linguistici minori risultano così al massimo 2 posti (italiani) e 1 posto (ladini), che si suppone verranno occupati dai dirigenti uscenti. Sono dunque escluse nuove assun-

zioni, anche qualora fossero disponibili persone altamente qualificate. A nostro avviso sarebbe opportuno attribuire un ruolo più importante alle qualifiche almeno ai livelli dirigenziali (amministrativi e clinici); dopotutto il successo della riforma, ovvero la possibilità di garantire la qualità nel sistema sanitario in generale, dipende in larga misura dalle capacità del personale dirigenziale.

*Precariato, un problema annoso*

*I sindacati hanno giustamente sollevato il problema delle molte persone che lavorano nella sanità a tempo determinato, le quali svolgono mansioni indispensabili ai fini dell'assistenza di base ma non possono essere assunte in via definitiva perché prive dell'attestato di bilinguismo e quindi dei requisiti di accesso al ruolo pubblico. Ne consegue che queste persone considerano il posto di lavoro in Alto Adige un'occupazione transitoria da lasciarsi non appena si prospetta un posto fisso altrove. Sono quindi poco interessate all'aggiornamento professionale e all'apprendimento delle lingue della provincia. L'inevitabile risultato è un continuo ricambio, che non è nell'interesse né del servizio sanitario, né dei pazienti, né di questi lavoratori e lavoratrici. È assolutamente necessario porre rimedio a questa situazione, ad esempio richiedendo l'attestato di bilinguismo non al momento della costituzione del rapporto di lavoro ma obbligatoriamente entro un lasso di tempo successivo, e valutando le effettive esigenze di comunicazione. In tal modo verrebbe migliorata sia la comunicazione linguistica, in quanto i dipendenti hanno tutto l'interesse a imparare le lingue, sia la qualità del servizio sanitario. Una regolamentazione di questo genere sarebbe opportuna anche per i dirigenti altamente qualificati, così da indurre persone provenienti dal resto d'Italia e dall'estero a candidarsi per un posto in Alto Adige e consentire un costruttivo superamento dell'impasse del sistema altoatesino. Ne deriverebbe altresì una maggiore motivazione in generale.*

*La creazione di centri di specializzazione per i medici negli ospedali dell'Alto Adige offre un'ulteriore opportunità di ovviare alla cronica carenza di medici. Questa proposta, già avanzata più volte, dovrebbe essere finalmente presa seriamente in considerazione.*

**PRESIDENTE:** La parola al consigliere Minniti per la lettura della relazione di minoranza.

**MINNITI (AN):** *Con numerosi documenti presentati anche nel corso della precedente Legislatura, Alleanza Nazionale ha posto all'attenzione della Provincia alcune proposte circa la necessità - prima ancora che la sola opportunità - di organizzare la Sanità altoatesina su un'unica Azienda Sanitaria. Purtroppo le nostre idee ufficialmente sono state sempre inopinatamente bocciate dal centro-sinistra e dalla SVP, seppur siamo certi abbiano creato un dibattito interno tale da scaturire questo disegno di legge. Dopo anni di insistenze e di progetti presentati quindi, con l'atto che si inizia a discutere oggi in Aula si giunge finalmente alla prima tappa di un progetto che il nostro Partito ha fortemente voluto: l'Azienda Sanitaria unica. Non ci piace rivendere primogeniture; ma non possiamo fare a meno di ricordare che*

*negli ultimi anni proprio Alleanza Nazionale è stato l'unico partito a promuovere questo traguardo anche contro certi "poteri forti" interni ed esterni agli ospedali. Per ciò, come allora non potemmo che salutare positivamente il parere espresso dai cosiddetti "tre saggi" - i quali confermarono la correttezza del progetto di unificazione delle Aziende Sanitarie altoatesine proposto da Alleanza Nazionale - oggi riteniamo importante anche che a questo obiettivo - almeno per quanto concerne uno dei suoi aspetti, la riforma amministrativa - si sia data la scadenza del 2007 in maniera da calendarizzare il processo di unificazione senza si perda altro tempo.*

*Un progetto, quello in discussione, che deve garantire all'organizzazione della Azienda Sanitaria di ridimensionare tutti i costi senza penalizzare il servizio ancor più in tale delicatissimo e preoccupante quadro socio-economico che ha coinvolto anche la nostra Provincia, dove si è più poveri confronto a cinque anni fa e dove quindi si è alzata la soglia di miseria.*

*Se da un lato, però, vi è da parte di Alleanza Nazionale soddisfazione per questo risultato, frutto della collaborazione di molti, dall'altro non si può non esprimere perplessità sul fatto che nell'essere chiamati ad esaminare, esprimendo un voto, l'unificazione delle quattro Aziende Sanitarie, la riforma sanitaria che ci viene sottoposta sia legata esclusivamente agli aspetti amministrativi prima ancora che clinici. Peraltro, durante l'audizione della competente Commissione legislativa, tutti i presenti hanno sottolineato come l'assenza di un ancoraggio "clinico", renda questa riforma non esaustiva, benché - come ha affermato in quell'occasione il vice-presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il dott. Giulio Donazzan - "i clinici vivono l'amministrazione come supporto all'attività clinica".*

*Il percorso scelto dalla Giunta provinciale purtroppo, non pone nella condizione di sapere quale possa essere il risparmio che da un punto di vista economico l'unificazione richiede, attraverso tagli della spesa pubblica che prendono concretezza dal ridimensionamento anche dei molti doppi incarichi primariati in essere oggi. Aspetto questo sul quale neppure l'assessorato competente, durante i lavori della competente IV Commissione legislativa, ha saputo o potuto fugare. Quasi a dimostrare che lo scottante problema dei "primariati a perdere" vogliono essere dati in eredità a figure politiche del futuro.*

*Alleanza Nazionale in realtà ritiene che una riorganizzazione aziendale non possa pensare di avere inizio da furbizie politiche volte a salvare rendite di posizione mantenendo in vita doppie figure o posti "etnici".*

*Purtroppo infatti al sistema attuale sanitario si è data la possibilità di mantenere in vita delle vere e proprie anomalie professionali quale quella di avere 36 primariati "doppi" a trenta chilometri di distanza l'uno dall'altro; si pensi per esempio agli ospedali di Silandro, S. Candido e Vipiteno in ognuno dei quali sono stati istituiti 6 primariati-fotocopia degli ospedali di Merano, Brunico e Bressanone. La verità, insomma, è che a spese del contribuente in passato furono creati quelli che altrove verrebbero definiti "istituti di clientela"; ospedali in zone periferiche che hanno chiesto e chiedono tuttora costi di realizzazione e gestione altissimi, Direzioni e primariati non necessari quando ba-*



stavano dei dipartimenti dipendenti dalle strutture centrali. Atteggiamenti che il nostro Partito non ha mai nascosto di ritenere del tutto ingiustificati ed incomprensibili.

L'assenza peraltro di una prospettiva "clinica" impedisce anche una valutazione sulle necessità strutturali della nostra Provincia, ovvero la considerazione in merito a quegli ospedali la cui presenza è discutibile poiché producono solo costi (si pensa agli ospedali di S. Candido o Vipiteno) impedendo uno sfoltimento graduale del settore - ma necessariamente sostanziale - che dovrebbe avvenire nel rispetto delle professionalità e dell'occupazione, dell'efficienza e dell'efficacia.

D'altra parte i dati resi noti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari riferiti al costo dei ricoveri e dei posti letto hanno creato in più occasioni perplessità sui costi della Sanità altoatesina; dati peraltro che Alleanza Nazionale aveva già avuto modo di denunciare a seguito della risposta ad interrogazione n. 1536/04. Da essi si poté accertare, infatti, che i costi in questione relativi all'anno 2003 non si discostavano molto da quelli relativi all'anno 2005 denunciati dall'Agenzia nazionale. Se oggi a Bolzano si parla di 190.608 euro o a Merano di 197.880 come costo medio per posto letto all'anno, solo tre anni fa nelle due maggiori strutture ospedaliere della provincia i costi ammontavano a 177.390 euro e a 163.885 euro pari a 486 e a 449 euro per giornata di degenza con aumenti quindi del 7 e del 20%. Fa inoltre riflettere l'aumento del 41,5% del costo posti letto all'ospedale di S. Candido e di quasi il 26% a Brunico.

C'è insomma da riflettere su quanto afferma l'Agenzia nazionale in proposito perché ci troviamo di fronte a costi incontrollati che tendono a prosciugare le casse della sanità altoatesina. L'ASL unica che Alleanza Nazionale chiede ormai da anni, potrà essere uno dei rimedi per abbassare questi costi. Ma non basta solo applicare il principio di unicità; servono pure interventi ancor più coraggiosi se pensiamo, ad esempio, che ancora nel 2003 negli ospedali della Provincia di Bolzano solo il 74% dei posti letto nei reparti per acuti viene utilizzato. Si necessitano quindi anche interventi che rimettano in "circolo" quei letti rimasti inutilizzati, riconvertendoli magari ad uso riabilitativo o per la lungodegenza. E' infatti uno spreco il loro inutilizzo poiché comunque essi richiedono dei costi. Con la Azienda unica, quindi, esiste anche la necessità di riscrivere l'organizzazione interna degli ospedali adeguando i servizi e razionalizzando le strutture. Per esempio troviamo singolare che a Brunico si intenda realizzare una nuova casa di riposo con posti riservati alla lungodegenza con costi di partenza pari a 24 milioni di euro quando nell'ospedale del maggiore centro della val Pusteria solo il 72,8% dei posti letto viene utilizzato.

Curioso è poi che nella "speciale" graduatoria di utilizzo dei posti letto all'ultimo posto troviamo S. Candido con il 61,1%, quindi Silandro con il 65,9% e Bolzano con il 72,2. Di Brunico abbiamo già parlato, mentre a Bressanone solo il 78,1% dei posti letto viene utilizzato.

Fatte queste considerazioni iniziali, l'esame del disegno di legge, al di là di quegli aspetti che riguardano la totale assenza dei richiami voluti dalla Riforma "Bindi" che proporremo in sede di dibattito nell'articolato, la nostra ulteriore attenzione si concentra principalmente sugli aspetti legati alle garanzie professionali per la Comunità linguistica italiana e

*l'adozione di un metodo proporzionale che sia rispettoso della realtà provinciale.*

*È ovvio che una forza quale Alleanza Nazionale non può non considerare elementi quali gli specifici accessi professionali che una riforma di questo genere possa garantire al gruppo linguistico italiano.*

*Si è molto discusso, infatti, di quale sia la proporzionale che debba essere applicata nella ripartizione degli incarichi interni di ogni ordine e grado. La soluzione prospettata - relativa ad una ripartizione provinciale che determini l'organico per ogni gruppo e successivamente quella comprensoriale che permette una distribuzione più elastica dei posti di lavoro all'interno di ogni realtà territoriale coincidente con le vecchie Aziende Sanitarie - può indubbiamente agevolare la copertura delle necessità professionali ed in ogni caso garantire ad ogni comprensorio una disponibilità più agevole di personale. Il fatto che questo sistema pregiudichi ai due gruppi italiano e tedesco in sostanza 4 posti di lavoro ciascuno (anche se l'incidenza percentuale per il primo è di 0,19 punti diversamente dal secondo pari a 0,09 punti, percentuali comunque di rilevanza infinitesimale) non è incisivo visto che non vi è mai stata piena occupazione nel settore sanitario, non determinando nemmeno perciò la perdita dei posti suddetti. Credo ci sia da essere moderatamente soddisfatti in realtà per la soluzione individuata sull'applicazione della proporzionale nell'assunzione di personale che teoricamente aggiunge oltre 200 posti di lavoro per il gruppo italiano nel comprensorio meranese ma anche oltre 150 a Bressanone e quasi 250 a Brunico. Inoltre il sistema adottato sostenuto da An pone anche le basi per una potenziale assegnazione di 4 primariati in più per il gruppo italiano nel meranese. Non solo; tale sistema potrebbe garantire al gruppo italiano di recuperare 4 posti primariati che prima non si disponevano. L'uso del condizionale è dato dall'insicurezza creata dall'assenza proprio di una riforma clinica che non autorizza la conoscenza della composizione occupazione della sanità del futuro in merito a nuove figure che possono sorgere.*

*L'articolo 8 del disegno di legge determina le modalità di accesso ad alcune di queste nuove figure previste dalla futura organizzazione che vanno ad affiancare o a sommarsi ai Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo: il Direttore Tecnico-assistenziale e i quattro Direttori di comprensorio sanitario, ovvero i responsabili territoriali che oggi fanno capo agli attuali Direttori Generali.*

*La modifica dell'art. 12 della LP n. 7/2001 dettata dall'art. 8 appunto prevede infatti che i cosiddetti supermanager - come le otto figure sopra indicate vengono definite, seppur impropriamente non essendo tutte di pari qualifica - avrebbero dovuto costituire un'unica categoria. Stando all'attuale proporzionale al gruppo italiano spetterebbero comunque 2 di questi incarichi. Alleanza Nazionale ha ritenuto in questo contesto che si assicurasse la più ampia opportunità di accesso alle due figure spettanti in questione affinché a esso non venissero affidati per esempio due incarichi medesimi di Direttore di comprensorio sanitario. Diversamente, il gruppo italiano deve poter accedere anche ad una delle quattro figure di Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo e Tecnico-assistenziale. In questo contesto l'approvazione di un emendamento concordato con l'assessorato che in materia ha mo-*

*strato comprensione e proposto da AN attraverso il quale si ottiene quella certezza che prefiguravamo, rappresenta una significativa norma di garanzia, non come espressione di diffidenza verso il legislatore, ma come possibilità di accessibilità che altrimenti non sarebbe assicurata.*

*Non di meno necessita particolare assicurazione anche il secondo aspetto cui si faceva riferimento; quello relativo alla valutazione posta a riequilibrare i primariati affidati ai gruppi linguistici e che troppo spesso in passato vedevano riservati al gruppo italiano quelli propriamente detti "di servizio", rendendo pressoché inaccessibili gli altri.*

*Secondo un'indagine effettuata nello scorso anno e relativa al 2004 si era accertato, per esempio, che degli oltre 2.100 posti letto presenti presso gli ospedali altoatesini poco più di 320 venivano gestiti da primari di lingua italiana, ovvero circa il 15% del totale. Una cifra irrisoria che per taluni tende a non riconoscere un'adeguata ed ottimale professionalità ai medici italiani. Questo anche in considerazione di una rappresentanza della Comunità italiana in Alto Adige emersa dall'ultimo censimento della popolazione, maggiore di 11 punti a quella effettivamente riconosciuta. Rappresentanza che nella terra dove vige la proporzionale deve per forza di cose tradursi anche in rappresentatività. Non si può pensare né credere, infatti, che non ci siano professionisti di lingua italiana validi in talune specializzazioni che sembrano intoccabile appannaggio del gruppo tedesco.*

*Se gestire posti letto negli ospedali significa amministrare reparti che non siano solo di servizio, allora è ovvio che nel momento in cui si parla di riordino del sistema sanitario non si può prescindere anche da una più equa ripartizione dei primariati, in maniera che al gruppo italiano possa essere riconosciuto quel ruolo di maggior prestigio che gli spetta nella gestione stessa delle divisioni ospedaliere. Sappiamo, peraltro, che questa specificità non viene assicurata sulla base della sopra espressa valutazione. Non esiste un limite che possa determinare quali possano essere i primariati di peso e quelli di misura minore. Anche l'accertamento del cosiddetto coefficiente stipendiale - ovvero una ulteriore valutazione economica che assegna valore qualitativo al primariato ricoperto - può essere insufficiente per una valutazione serena di quanto sopra. Coefficienti che comunque rispettano la proporzionale solo in 9 dei 21 casi primariali e solo in ordine al coefficiente pari 1,70 volte lo stipendio previsto per il primario. In tutti gli altri casi di coefficienti (1,90/1,80/1,75/1,60/1,50/1,40/1,30) la proporzionale non è rispettata, creando la sensazione che ai primari di lingua italiana non siano riconosciuti nemmeno certe gratificazioni economiche. Così succede, ad esempio, che una chirurgia generale a Bolzano possa valere 1,70 ed a Brunico 1,80 o che una medicina interna I a Bolzano venga attribuito 1,70 e a Bressanone 1,80. O, infine, che una dermatologia e venerologia a Merano possa valere 1,50 mentre a Brunico 1,60.*

*In tale contesto si ritiene quindi che l'art. 28 debba prevedere una ulteriore norma di garanzia che coincida con l'espressa volontà da parte del legislatore che la ripartizione primariale debba avvenire in proporzione fra i gruppi, anche tenendo conto della complessità dei servizi/reparti affidati ai primari appartenenti ai vari gruppi linguistici, in ma-*

*niera che vi sia un'equa distribuzione degli incarichi. In tale ottica non si ritiene si debba fare riferimento anche a quei servizi/reparti con bacino d'utenza provinciale giacché paradossalmente tutti - almeno in futuro, a ricompattamento primariale - dovrebbero essere tali, ovvero servire l'intero territorio provinciale. Ciò non solo ci ricollega a quanto sopra espresso in merito alla doppiezza di certi primariati, ma anche alla necessità che, se vera riforma si vuole che sia, non è pensabile tenere in piedi altre figure già esistenti in un'economia aziendale unica.*

*Inoltre si deve avere il coraggio di chiarire la questione dei servizi multizonali e di come essi debbano essere valutati proporzionalmente sin nel disegno di legge, e non rinviare l'esame della materia al futuro Piano sanitario, di fatto scippando il Consiglio provinciale di una sua peculiarità, quale quella di discutere, progettando, l'avvenire. Tanto più se si riconosce - come ha sottolineato durante i lavori della già citata Commissione il prof. Carmine Ruta, esperto in materia sanitaria e politiche sociali di Milano - se il futuro della sanità è la rete. Occorre insomma saper ragionare per centri di eccellenza superando, come si è fatto, la logica del singolo ospedale prima o della singola Azienda Sanitaria. Proprio in considerazione a questo riteniamo peraltro doveroso che la legge stessa veda insita in se stessa anche la creazione di una fascia professionale che raccolga i capi dipartimento, i centri di competenza ed i centri di eccellenza, così come Alleanza Nazionale chiede attraverso un proprio emendamento all'art. 28 del disegno di legge.*

*Tornando alle riflessioni relative ai servizi multizonali, riteniamo che l'omissione di qualsiasi soluzione è la prova di un certo imbarazzo da parte della Giunta. Se per logica, infatti, i servizi multizonali devono mantenere l'attuale applicazione proporzionalista (che introdusse il centro-sinistra qualche anno fa, slegando il servizio interaziendale di medicina del lavoro, quello pneumologico, quello di Microbiologia e virologia, quello di immunoematologia e trasfusione, di anatomia patologica, di emergenza 118 ed i due servizi veterinari dal contesto dell'Azienda Sanitaria di Bolzano e quindi a essi applicando non già il 44% circa di posti/lavoro per il gruppo italiano ma il 26%, facendo perdere a tale gruppo quasi 70 posti di lavoro) per analogia essi dovrebbero essere ricomposti nel calcolo comprensoriale bolzanino. In definitiva, o per ogni servizio si applica la sola proporzionale provinciale, o a ognuno di essi - oltrechè la proporzionale provinciale - si dovrebbe estendere anche quella comprensoriale.*

*Occasione persa, inoltre, è quella relativa al fatto che il disegno di legge non prevede alcuna soluzione per l'assunzione di primari pur in mancanza del patentino di bilinguismo. Da sempre Alleanza Nazionale sostiene che la sanità ha bisogno di medici bravi prima ancora che bilingui e che la rigidità adottata dalla provincia sulla questione non agevola il servizio e non sempre favorisce il paziente. Crediamo, a questo riguardo, che l'opinione espressa a suo tempo dai cosiddetti "tre saggi" non possa essere considerata solo come un'appendice allo studio ma debba essere ritenuta parte integrante dello stesso ad fini di una sempre migliore sanità in cui le opportunità di guarigione prevalgano sulla lingua del medico.*

*Anche l'individuazione di una soluzione per i precari della sanità deve essere un obbligo morale sia per la salvaguardia occupazionale dei lavoratori stessi sia per garantire l'efficienza del servizio che senza questi 700 operatori sanitari appartenenti a varie qualifiche rischia di segnare il passo e quindi di creare inefficienza ed inefficacia. In merito a tale vicenda, si ritiene che non si possa liquidare la sorte di questi quasi 1000 professionisti rinviando una soluzione ottimale al dibattito in sede di contrattazione collettiva, ma crediamo diversamente che si tratta di una questione di natura prettamente politica da affrontare e risolvere con molta serenità, serietà e assoluto senso di responsabilità anche attraverso il disegno di legge sulla Azienda Sanitaria unica in discussione, attraverso una norma transitoria volta a tutelare questo personale, garantendo a esso un futuro professionale.*

*In conclusione, prima di esprimerci favorevolmente o meno in merito a questo disegno di legge, aspetteremo di sapere con esattezza quali siano i contenuti della legge sull'unificazione delle Aziende Sanitarie. È chiaro che siamo favorevoli al principio; e il fatto che la Giunta provinciale intenda procedere nella direzione auspicata e proposta per anni da AN ci soddisfa e dimostra come molto spesso AN sappia precorrere i tempi con tematiche che vengono spesso "bruciate" dai troppi pregiudizi politici. Questa capacità di anticipare i tempi sottolinea inoltre come il nostro partito sappia parlare non solo di questioni etniche ma mostra di sapere trattare anche tematiche amministrative con risvolti occupazionali che incidono positivamente sulla comunità altoatesina.*

*Ringraziamo quindi l'assessore Theiner di aver mantenuto fede alla parola data ancora due anni fa, quando la Giunta provinciale respinse il nostro disegno di legge in merito all'unificazione delle aziende, impegnandosi a concretizzare però il progetto medesimo; ma anche chi lo ha preceduto, come l'ass. Saurer con il quale si era iniziato questo dibattito sull'unificazione delle Aziende Sanitarie.*

*Ci teniamo però a sottolineare come sarebbe una battaglia di retroguardia politica, sociale ed economica se qualcuno intendesse intraprendere - come in passato fece il sindacato ASGB - una polemica contro l'ASL unica, volta a non tenere conto della necessità che la sanità altoatesina possa svilupparsi ulteriormente e razionalizzarsi prima ancora che ramificarsi sul territorio, tenendo presenti i costi che essa richiede ma anche l'esigenza di una efficienza ed efficacia che una nuova distribuzione delle possibilità economiche, nel liberare denari pubblici, può favorire ancor più di ora, sia sotto l'aspetto sanitario come quello socio-assistenziale. Una forza sindacale che tende a giustificare il moltiplicarsi dei costi senza che ciò garantisca comunque l'efficienza del servizio, nel sostenere tesi vecchie e sorpassate che si ha la sensazione siano state messe in piedi a suo tempo più per creare e favorire clientele che per sviluppare un servizio, è un sindacato che alla ragionevolezza della decisione dell'assessore competente privilegia la demagogia e il populismo, di cui la società altoatesina non ha bisogno. Perché il sindacato deve sapersi confrontare con la politica, ma deve anche saper riconoscere che quando la spesa diventa sperpero allora è necessario trovare soluzioni più rispondenti e mag-*

giormente razionali, quale è l'Azienda Sanitaria unica, che peraltro AN promuove da almeno 5 anni.

Per questo Alleanza Nazionale rimane una forza "aperta" di fronte a questo disegno di legge, che auspichiamo possa essere approvato con una maggioranza che non combaci solo con quella "politica" o numerica, ma anche con una sommatoria di consensi più ampia. Per fare questo c'è la necessità che i temi esposti in questa Relazione di minoranza e alcune delle proposte che Alleanza Nazionale intenderà presentare come norme di garanzia possano riscontrare un favorevole accoglimento da parte dell'Aula, perché ritenute di arricchimento organizzativo per la sanità altoatesina e di tutela professionale per le Comunità locali.

-----

Mit zahlreichen auch in der vorhergehenden Gesetzgebungsperiode eingebrachten Dokumenten hat Alleanza Nazionale dem Land einige Vorschläge über die Zweckmäßigkeit, ja Notwendigkeit unterbreitet, das Südtiroler Gesundheitswesen in einem einzigen Sanitätsbetrieb zu organisieren. Leider allerdings wurden unsere Ideen von den Mitte-Links-Parteien und der SVP stets abgelehnt, obwohl sie - dessen sind wir uns sicher - eine interne Debatte ausgelöst haben, aus der dieser Gesetzentwurf hervorgegangen ist. Nach jahrelangem Drängen und später vorgelegten Entwürfen sind wir mit dem Gesetzentwurf, über den wir heute im Plenum diskutieren werden, endlich bei der ersten Etappe eines Projekts angelangt, das unserer Partei ein großes Anliegen war: die Schaffung eines einzigen Sanitätsbetriebs. Wir möchten keine "Erstgeburten" für uns in Anspruch nehmen, aber wir können nicht umhin, daran zu erinnern, dass in den letzten Jahren gerade Alleanza Nazionale die einzige Partei war, die dieses Ziel auch gegen bestimmte "Machtblöcke" innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser vorangetrieben hat. Wie wir seinerzeit das von den so genannten "drei Weisen" abgegebene Gutachten nur begrüßen konnten - die es für richtig gehalten hatten, die Sanitätsbetriebe in Südtirol zusammenzulegen, wie es Alleanza Nazionale vorgeschlagen hatte - so erachten wir es heute ebenso für wichtig, dass zu diesem Zwecke - zumindest, was einen seiner Aspekte betrifft, nämlich die Verwaltungsreform - als Termin das Jahr 2007 vorgegeben wurde, damit die Zusammenlegung erfolgen kann, ohne weitere Zeit zu verlieren.

Der vorliegende zur Debatte anstehende Entwurf muss der Organisation des Sanitätsbetriebes die Gewähr geben, sämtliche Kosten zu senken, ohne dass darunter der Dienst an sich leidet, zumal die heikle und Besorgnis erregende soziale und wirtschaftliche Lage auch in unserer Provinz zu verspüren ist, in der man ärmer ist als noch vor fünf Jahren und die Armutsgrenze daher gestiegen ist.

Wenn Alleanza Nazionale auch zufrieden ist mit diesem Ergebnis, das aus der Zusammenarbeit vieler hervorgegangen ist, so kann sie andererseits nicht umhin, ihre Bedenken bezüglich der Tatsache auszusprechen, dass bei der Behandlung bzw. Abstimmung über die Zusammenlegung der vier Sanitätsbetriebe die uns vorgelegte Gesundheitsreform sich ausschließlich auf administrative und kaum auf klinische Aspekte bezieht. Bei der von der zuständigen Gesetzgebungskommission veranstalteten Anhörung haben alle Anwesenden hervor-

gehoben, dass diese Reform aufgrund des Fehlens einer "klinischen" Verankerung lückenhaft ist, obwohl - wie bei dieser Gelegenheit der Vizepräsident der Ärzte- und Zahnärztekammer Dr. Giulio Donazzan erklärt hat - "die Kliniker die Verwaltung als Hilfsstruktur für die klinische Tätigkeit erleben".

Der von der Landesregierung eingeschlagene Weg lässt leider offen, worin die Einsparung bestehen könnte, welche die Zusammenlegung durch die Kürzungen der öffentlichen Ausgabe mit sich bringt, die auch mit dem Abbau der zahlreichen heute bestehenden doppelten Primariate erzielt werden. Ein Aspekt, den nicht einmal der zuständige Landesrat während der Arbeiten der zuständigen IV. Gesetzgebungskommission klären wollte oder konnte. Fast als Beweis dafür, dass das brisante Problem der "wegzurationalisierenden" Primariate künftigen Politikern als Erbe weitergegeben werden soll.

Alleanza Nazionale vertritt die Meinung, dass eine betriebliche Reorganisation nicht auf politischen Schlauheiten aufbauen kann, die darauf ausgerichtet sind, erworbene Positionen zu sichern, indem doppelte Posten oder "ethnische" Stellen beibehalten werden.

Leider besteht beim derzeitigen Gesundheitssystem die Möglichkeit, regelrechte berufliche Anomalien am Leben zu erhalten, so die 36 "doppelten" Primariate, welche voneinander nur dreißig Kilometer entfernt sind; man denke nur an die Krankenhäuser in Schlanders, Innichen und Sterzing, in denen jeweils 6 Primariate eingerichtet wurden, die mit jenen der Krankenhäuser in Meran, Bruneck und Brixen identisch sind. Tatsache ist, dass auf Kosten des Steuerzahlers in der Vergangenheit Posten geschaffen wurden, die man anderswo als Ergebnis der "Freunderlwirtschaft" bezeichnen würde; Krankenhäuser an der Peripherie, die enorme Bau- und Führungskosten erfordert haben und noch immer erfordern, unnötige Direktionen und Primariate, obwohl von den zentralen Einrichtungen abhängige Departments ausreichend gewesen wären. Vorgangsweisen, die von unserer Partei stets als völlig ungerechtfertigt und unverständlich bezeichnet wurden. Durch das Fehlen einer "klinischen" Perspektive ist es schwierig, die strukturellen Erfordernisse unseres Landes zu beurteilen bzw. jene Krankenhäuser miteinzubeziehen, deren Existenz insofern fragwürdig ist, als sie nur Kosten verursachen (so z.B. die Krankenhäuser von Innichen oder Sterzing), wodurch eine schrittweise - aber notgedrungen allumfassende - Durchforstung des gesamten Bereichs verhindert wird, die unter Wahrung der beruflichen Kompetenz und der Beschäftigungslage, der Effizienz und der Wirkungskraft erfolgen sollte.

Andererseits haben die von der gesamtstaatlichen Agentur für die Gesundheitsdienste bekannt gegebenen Daten über die Kosten der stationären Aufnahmen und der Krankenhausbetten wiederholt Bedenken bezüglich der Kosten des Südtiroler Gesundheitswesens ausgelöst; Daten, mit denen Alleanza Nazionale übrigens bereits aufgrund der Beantwortung der Anfrage Nr. 1536/04 aufwarten konnte. Diesen war zu entnehmen, dass die entsprechenden Kosten bezogen auf das Jahr 2003 kaum von jenen abwichen, die von der gesamtstaatlichen Agentur in Bezug auf das Jahr 2005 veröffentlicht wurden. Wenn man heute in Bozen von 190.608 Euro oder in Meran von 197.880 Euro als Durchschnittskosten je Krankenhausbett pro Jahr

spricht, so beliefen sich die Kosten in den beiden größten Südtiroler Krankenhäusern vor nur drei Jahren auf 177.390 Euro bzw. auf 163.885 Euro, also auf 486 bzw. auf 449 Euro pro Tag der stationären Aufnahme, was einem Anstieg von 7 bzw. 20 % entspricht. Bedenklich stimmt der Anstieg von 41,5 % der Krankbettkosten im Krankenhaus Innichen und von fast 26 % im Krankenhaus Bruneck.

Man sollte also die diesbezüglichen Aussagen der gesamtstaatlichen Agentur ernst nehmen, da wir es mit unkontrollierten Kosten zu tun haben, welche die Kassen des Südtiroler Gesundheitswesens leeren werden. Der einzige Sanitätsbetrieb, den Alleanza Nazionale nunmehr seit Jahren fordert, könnte einer der Wege sein, um diese Kosten zu senken. Dies allein genügt jedoch nicht; es bedarf noch mutigerer Maßnahmen, wenn man beispielsweise bedenkt, dass noch im Jahr 2003 in den Krankenhäusern Südtirols nur 74 % der Betten in den Abteilungen für akute Patienten ausgelastet waren. Es müssen daher auch Maßnahmen ergriffen werden, um die unbenutzten Krankenhausbetten wieder in "Umlauf" zu bringen, indem sie etwa für die Rehabilitation oder für Pflegefälle verwendet werden. Sie leer zu lassen, ist insofern eine Verschwendung, als sie trotzdem Kosten verursachen. Bei einem einzigen Sanitätsbetrieb muss auch die interne Organisation der Krankenhäuser neu gestaltet werden, indem man die Dienste anpasst und die Strukturen rationalisiert. Wir finden es z.B. eigenartig, dass in Bruneck ein neues Altersheim mit Plätzen für Pflegefälle errichtet werden soll, für das Ausgangskosten in Höhe von 24 Millionen Euro vorgesehen sind, wenn im Krankenhaus des Pustertaler Hauptortes nur 72,8 % der Betten ausgelastet sind.

Eigentümlich ist weiters, dass in der "Sonderrangordnung" über die Auslastung der Betten Innichen mit 61,1 % an letzter Stelle steht, gefolgt von Schlanders mit 65,9 % und Bozen mit 72,2 %. Über Bruneck haben wir bereits gesprochen, während in Brixen nur 78,1 % der Krankenhausbetten ausgelastet sind.

Nach diesen einführenden Überlegungen ist unsere Aufmerksamkeit bei der Behandlung des Gesetzentwurfes, abgesehen von den Aspekten bezüglich des gänzlichen Fehlens der von der Bindi-Reform gewollten Änderungen, die wir im Laufe der Artikeldebatte vorlegen werden, hauptsächlich auf jene Aspekte gerichtet, die mit den beruflichen Garantien für die italienische Sprachgruppe zusammenhängen, sowie auf die Anwendung einer Proporzregelung, welche die Realität in ganz Südtirol widerspiegelt.

Es ist klar, dass eine Partei wie Alleanza Nazionale nicht Aspekte wie den spezifischen Zugang zu gewissen Berufsbildern berücksichtigen kann, den eine derartige Reform der italienischen Sprachgruppe zusehern muss.

Es wurde bereits viel darüber diskutiert, welcher Proporz bei der Verteilung der internen Ämter und Stellen jeglicher Art angewandt werden soll. Die erwogene Lösung - in Bezug auf eine Aufteilung auf Landesebene, wobei die Stellen für jede Sprachgruppe festgelegt werden, und in der Folge auf Bezirksebene, was eine elastischere Verteilung der Arbeitsplätze innerhalb jedes Einzugsgebietes ermöglicht, das den früheren Sanitätsbetrieben entspricht - kann zweifelsohne eine Abdeckung der beruflichen Erfordernisse begünstigen und in jedem



Fall jedem Gesundheitsbezirk eine entsprechende Anzahl an Personal zusichern. Die Tatsache, dass bei diesem System die italienische und die deutsche Sprachgruppe jeweils vier Arbeitsstellen verlieren (auch wenn der Prozentsatz für erstere 0,19 Prozentpunkte, bei letzterer hingegen 0,09 Punkte ausmacht, handelt es sich hier um Minimalprozentsätze), ist nicht von Bedeutung, da im Gesundheitswesen nie Vollbeschäftigung geherrscht hat, weshalb besagte Stellen auch nicht verloren gehen. Ich glaube, dass man mit der gefundenen Lösung über die Anwendung des Proporz bei der Aufnahme von Personal relativ zufrieden sein kann, zumal für die italienische Sprachgruppe im Bezirk Meran theoretisch mehr als 200 Stellen hinzukommen, mehr als 150 in Brixen und fast 250 in Bruneck. Darüber hinaus schafft das neue, von AN geforderte System auch die Grundlage für eine mögliche Zuweisung von 4 zusätzlichen Primariaten an die italienische Sprachgruppe im Bezirk Meran. Nicht nur; dieses System könnte der italienischen Sprachgruppe die Gewähr geben, vier Primariate zu erhalten, über die man früher nicht verfügte. Die Verwendung des Konditionals ist darauf zurückzuführen, dass wegen des Fehlens einer klinischen Reform ein Unsicherheitsfaktor besteht, da man nicht weiß, wie das Gesundheitswesen der Zukunft in beruflicher Hinsicht aufgebaut sein wird, da es möglicherweise neue Berufsbilder geben wird. Artikel 8 des Gesetzentwurfs sieht die Zugangsmodalitäten für einige dieser neuen Berufsbilder vor, die zum General-, Sanitäts- und Verwaltungsdirektor hinzukommen werden: nämlich der Pflegedirektor und die vier Direktoren der Gesundheitsbezirke bzw. die territorial Verantwortlichen, die heute den derzeitigen Generaldirektoren unterstehen.

Die von Art. 8 vorgesehene Abänderung von Art. 12 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 sieht nämlich vor, dass die so genannten Supermanager - wie die acht obgenannten Berufsbilder genannt werden, eigentlich fälschlicherweise, da sie nicht alle der gleichen Funktionsebene angehören - eine einzige Kategorie bilden sollten. Laut dem derzeitigen Proporz stünden der italienischen Sprachgruppe jedenfalls zwei dieser Aufträge zu. Alleanza Nazionale hat es in diesem Zusammenhang für richtig befunden, für diese beiden Stellen eine weitreichende Zugangsmöglichkeit zu fordern, damit die italienische Sprachgruppe beispielsweise nicht nur zwei gleiche Aufträge als Direktor des Gesundheitsbezirkes erhält. Im Gegenteil, die italienische Sprachgruppe muss die Möglichkeit haben, auch eine der vier Stellen eines General-, Sanitäts-, Verwaltungs- und Pflegedirektors zu besetzen. Die Genehmigung eines von AN in Absprache mit dem Landesrat, der diesbezüglich Verständnis gezeigt hat, vorgelegten Änderungsantrages, der uns die von uns gewünschte Sicherheit gibt, kommt einer Schutzbestimmung gleich, nicht aus Misstrauen gegenüber dem Gesetzgeber, sondern als Zugangsmöglichkeit, die ansonsten nicht gesichert gewesen wäre.

Nicht weniger wichtig ist ein zweiter Aspekt, auf den Bezug genommen wurde; nämlich die Forderung, die den Sprachgruppen zugewiesenen Primarstellen ausgewogener zu verteilen, da in der Vergangenheit der italienischen Sprachgruppe allzu oft zweitrangige Primariate überlassen wurden, während die anderen nahezu unerreichbar waren.

*Aus einer im vergangenen Jahr durchgeführten Untersuchung bezogen auf das Jahr 2004 ist beispielsweise hervorgegangen, dass von den mehr als 2.100 Betten in den Südtiroler Krankenhäusern kaum mehr als 320, also insgesamt etwa 15 %, italienischsprachigen Primären unterstanden. Eine lächerliche Anzahl, die in den Augen so mancher davon zeugt, dass den italienischen Ärzten keine wirkliche Qualifikation zuerkannt wird. Dies auch angesichts der Tatsache, dass laut letzter Volkszählung die italienische Bevölkerung in Südtirol mit 11 Prozentpunkten mehr vertreten ist, als ihr effektiv zuerkannt werden. Eine Vertretung, die in einem Land, in dem es den Proporz gibt, notgedrungen auch in der Repräsentativität zum Ausdruck kommen muss. Man darf nämlich nicht glauben, dass es in bestimmten Fachrichtungen, auf welche die deutsche Sprachgruppe ein unantastbares Recht zu haben scheint, keine qualifizierten italienischsprachigen Ärzte gibt.*

*Wenn die Verwaltung von Krankenhausbetten bedeutet, nicht nur zweitrangige Abteilungen zu führen, so liegt es auf der Hand, dass man bei der Neuordnung des Gesundheitswesens nicht von einer gerechteren Aufteilung der Primarstellen absehen kann, so dass auch der italienischen Sprachgruppe eine prestigeträchtiger Rolle zuerkannt werden kann, die ihr bei der Führung der Krankenhausabteilungen zusteht. Wir wissen, dass dies aufgrund obiger Bewertung nicht gewährleistet ist. Es gibt keinen Grenzwert, anhand dessen man bemessen könnte, welche Primariate von Gewicht und welche nur zweitrangig sein könnten. Auch die Feststellung des so genannten Gehaltskoeffizienten - eine weitere wirtschaftliche Bewertung, die der besetzten Primarstelle einen qualitativen Wert verleiht - kann für eine wertfreie Beurteilung im obigen Sinne unzureichend sein. Besagte Koeffizienten berücksichtigen den Proporz nur bei 9 von 21 Primarstellen und nur in Bezug auf den Koeffizienten, der 1,70 mal dem für einen Primar vorgesehenen Gehalt entspricht. Bei allen anderen Koeffizienten (1,90/1,80/1,75/1,60/1,50/1,40/1,30) wird dem Proporz nicht Rechnung getragen, wodurch der Eindruck entsteht, dass den italienischsprachigen Primären nicht einmal bestimmte wirtschaftliche Vergünstigungen zuerkannt werden. So gilt etwa für die allgemeine Chirurgie in Bozen der Koeffizient 1,70, für jene in Bruneck 1,80 oder für die interne Medizin I in Bozen 1,70 und für jene in Brixen 1,80. Dermatologie und Venerologie in Meran sind 1,50 wert, während für jene in Bruneck der Koeffizient 1,60 gilt.*

*Deshalb sind wir der Meinung, dass Artikel 28 eine weitere Schutzbestimmung bzw. den ausdrücklichen Wunsch des Gesetzgebers enthalten muss, dass nämlich die Aufteilung der Primariate gemäß dem Sprachgruppenverhältnis erfolgen muss, wobei auch der Komplexität der Dienste/Abteilungen Rechnung zu tragen ist, die den Primären der verschiedenen Sprachgruppen zugeteilt werden, so dass es zu einer gerechten Aufteilung der Aufträge kommt. Unter diesem Gesichtspunkt ist es überflüssig, sich auf jene Dienste/Abteilungen zu beziehen, deren Einzugsgebiet das ganze Land ist, da es sich paradoxerweise bei allen - zumindest in Zukunft, wenn die Primariate zusammengelegt werden - um solche handeln wird. Und hier geht es wieder, wie oben erwähnt, um die Doppelgleisigkeit bestimmter Primariate, a-*

ber auch um die Tatsache - wenn es sich um eine wirkliche Reform handeln soll - dass es undenkbar ist, in einem einzigen Sanitätsbetrieb andere bereits bestehende Posten aufrecht zu erhalten.

Weiters muss man den Mut aufbringen, im vorliegenden Gesetzentwurf die Angelegenheit der überörtlichen Dienste zu klären und wie sie proporzmäßig einzustufen sind; es geht nämlich nicht an, diesen Sachbereich dem künftigen Gesundheitsplan zu überlassen, wodurch dem Landtag eine seiner besonderen Aufgaben genommen würde, die darin besteht, die Zukunft durch die Vorlage und Behandlung von Gesetzentwürfen zu diskutieren und zu planen. Dies umso mehr, wenn man bedenkt - wie bei den Arbeiten der bereits erwähnten Kommission Prof. Carmine Ruta, Experte für Gesundheitswesen und Sozialpolitik in Mailand, betont hat - dass die Zukunft des Gesundheitsdienstes die Vernetzung ist. Es müssen daher Fachzentren geschaffen werden und - wie nun geschehen - die Logik des einzelnen Krankenhauses oder des einzelnen Sanitätsbetriebes überwunden werden. Gerade unter diesem Gesichtspunkt halten wir es für geboten, dass im Gesetz selbst auch die Schaffung einer Berufskategorie vorgesehen wird, welche die Department-Leiter sowie die Kompetenz- und Fachzentren umfasst, wie Alleanza Nazionale mit einem Änderungsantrag zu Art. 28 des Gesetzentwurfes fordert.

Aber zurück zu den Überlegungen in Bezug auf die überörtlichen Dienste: wir glauben, dass die Unterlassung jedweder Lösung von einer gewissen Verlegenheit seitens der Landesregierung zeugt. Wenn für die überörtlichen Dienste, der Logik folgend, die derzeitige Proporzregelung beibehalten werden soll (welche die Mitte-Links-Parteien vor einigen Jahren einführt haben, wobei die überörtlichen Dienste für Arbeitsmedizin, Pneumologie, Mikrobiologie und Virologie, Immunhämatologie und Bluttransfusion, Pathologie, Notrufzentrale 118 sowie die beiden tierärztlichen Dienste vom Sanitätsbetrieb Bozen ausgekoppelt wurden, womit der italienischen Sprachgruppe anstelle der 44% an Arbeitsplätzen nur mehr 26 % zustanden, wodurch sie fast 70 Arbeitsstellen verloren hat), dann müsste für sie konsequenterweise der Proporz auf den Bezirk Bozen berechnet werden. Entweder wird auf jeden Dienst einzig und allein der Landesproporz angewandt oder aber auf jeden Dienst - zusätzlich zum Landesproporz - auch der auf Bezirksebene berechnete Proporz.

Eine versäumte Gelegenheit ist weiters die Tatsache, dass der Gesetzentwurf keinerlei Lösung für die Aufnahme von Primaren ohne Zweisprachigkeitsnachweis vorsieht. Seit jeher vertritt Alleanza Nazionale die Meinung, dass das Gesundheitswesen viel eher fähige als zweisprachige Ärzte benötigt und dass die Unbeugsamkeit des Landes in dieser Angelegenheit weder dem Dienst und auch nicht immer dem Patienten zugute kommt. Wir sind der Ansicht, dass die seinerzeit von den so genannten "drei Weisen" zum Ausdruck gebrachte Meinung nicht nur als Anhang zur Studie betrachtet werden darf, sondern als wesentlicher Bestandteil derselben angesehen werden muss, um zu einem immer besseren Gesundheitssystem zu gelangen, in dem die Chance auf Heilung wichtiger ist als die Sprache des Arztes. Auch für die im Gesundheitsbereich provisorisch Bediensteten muss - und dies ist eine moralische Pflicht - eine Lösung gefunden werden,

sowohl zwecks Erhaltung ihres Arbeitsplatzes als auch um die Effizienz des Dienstes zu gewährleisten, der ohne diese 700 Mitarbeiter der verschiedenen Funktionsebenen Gefahr läuft, auf der Stelle zu treten und an Effizienz und Wirkungskraft zu verlieren. Wir glauben, dass man diese fast 1000 Bediensteten nicht ihrem Schicksal überlassen darf, um erst bei den Tarifverhandlungen eine Optimallösung zu suchen, wir sind vielmehr der Meinung, dass es sich um eine ausschließlich politische Angelegenheit handelt, die mit viel Gelassenheit, Ernsthaftigkeit und absolutem Verantwortungsbewusstsein auch mit diesem Gesetzentwurf über den einzigen Sanitätsbetrieb angegangen werden muss, und zwar mittels einer Übergangsbestimmung, die dieses Personal schützen und ihm eine berufliche Zukunft sichern soll.

Bevor wir uns für oder gegen diesen Gesetzentwurf aussprechen, möchten wir abschließend noch erfahren, was das Gesetz über die Vereinheitlichung der Sanitätsbetriebe genau beinhaltet. Es ist klar, dass wir dem Grundsatz zustimmen; und die Tatsache, dass die Landesregierung jenen Weg zu gehen gedenkt, den AN seit Jahren wünscht und vorschlägt, erfüllt uns mit Genugtuung und zeigt, dass AN sehr oft eine Vorreiterrolle hinsichtlich bestimmter Thematiken einnimmt, die durch die zahlreichen politischen Vorurteile häufig vom Tisch gefegt werden. Diese Fähigkeit, der Zeit vorauszuweichen, beweist wiederum, dass unserer Partei nicht nur ethnische Fragen am Herzen liegen, sondern sie auch in der Lage ist, sich um administrative Themen mit Auswirkungen auf die Beschäftigungslage zu kümmern, die der Bevölkerung Südtirols zugute kommen.

Wir bedanken uns bei Landesrat Theiner, dass er sein vor zwei Jahren gegebenes Wort gehalten hat, als die Landesregierung unseren Gesetzentwurf über die Zusammenlegung der Sanitätsbetriebe abgewiesen, sich jedoch verpflichtet hat, das Projekt selbst zu verwirklichen; wir danken aber auch seinem Vorgänger Landesrat Saurer, mit dem diese Diskussion über die Vereinheitlichung der Sanitätsbetriebe ihren Anfang genommen hat.

Wir möchten jedoch unterstreichen, dass es ein politisch, sozial und wirtschaftlich rückschrittlicher Kampf wäre, wenn jemand - wie in der Vergangenheit der ASGB - eine Polemik gegen den einzigen Sanitätsbetrieb entfachen wollte, da damit nicht der Notwendigkeit Rechnung getragen würde, dass sich das Südtiroler Gesundheitswesen weiter entwickeln, rationalisieren und auf Landesebene vernetzen kann. Dabei sind die Kosten zu berücksichtigen, die dafür erforderlich sind, aber auch die nötige Effizienz und Wirkungskraft, die eine Neuverteilung der wirtschaftlichen Möglichkeiten durch die Freisetzung öffentlicher Gelder sowohl unter dem ärztlichen als auch unter dem fürsorglichen Aspekt noch stärker als jetzt fördern kann. Eine Gewerkschaft, die eine Kostenexplosion rechtfertigt, ohne dass diese die Effizienz der erbrachten Dienste gewährleistet, indem sie alte und überholte Thesen vertritt, die - so hat es den Anschein - seinerzeit aufgestellt wurden, mehr um Anhänger anzuwerben und zu begünstigen, als um einen Dienst aufzubauen, ist eine Gewerkschaft, die sich über die vernünftigen Entscheidungen des zuständigen Landesrates hinwegsetzt und zu Demagogie und Populismus greift, welche die Bevölkerung Südtirols nicht nötig hat. Denn eine Gewerkschaft muss im-

*stande sein, sich mit der Politik auseinander zu setzen, sie muss aber auch anerkennen können, dass dann, wenn die Ausgabe zur Vergeudung wird, passendere und rationellere Lösungen gefunden werden müssen, wie eben der einzige Sanitätsbetrieb, auf den AN seit zumindest 5 Jahren drängt.*

*Deshalb steht Alleanza Nazionale diesem Gesetzentwurf "offen" gegenüber, der - so hoffen wir - mit einer Mehrheit verabschiedet wird, die nicht nur "politisch" oder zahlenmäßig sein möge, sondern auf einem weitgehendsten Konsens beruht. Damit dies geschehen kann, ist es nötig, dass die in diesem Minderheitenbericht ausgeführten Themen und einige der Vorschläge, die Alleanza Nazionale als Schutzbestimmungen einbringen wird, im Plenum angenommen werden, da sie unserer Ansicht eine organisatorische Bereicherung für das Gesundheitswesen in Südtirol und eine berufliche Absicherung für die örtlichen Bevölkerungsgruppen darstellen.*

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE:

**ROSA THALER ZELGER**

VORSITZ DER VIZEPRÄSIDENTIN:

**PRÄSIDENTIN:** Die Generaldebatte ist eröffnet. Abgeordnete Klotz, Sie haben das Wort.

**KLOTZ (UFS):** Herr Landesrat! Ich möchte gleich zu Beginn die Frage aufwerfen, ob man das, was man letzten Endes erreichen will, nicht auch durch eine gute Koordinierungsstelle in Bozen erreicht hätte. Ich habe die Erläuterungen und Aussagen Ihres direkt Verantwortlichen Dr. Florian Zerzer aufmerksam gelesen. Er begründet diese Maßnahme der Zusammenlegung der heutigen vier Sanitätsbetriebe zu einem einzigen Betrieb und die darauffolgende Strukturierung in vier autonome Bezirke folgendermaßen: "*... dass sich die Krankenhäuser auf spezifische Kompetenzen konzentrieren können, damit es einen Zuwachs an Kompetenz geben wird, weil nicht jeder alles machen muss, sondern weil man in einer Gesamtprogrammierung die verschiedenen Bereiche auf ein hohes Niveau bringen kann.*" Wenn dem so ist, könnte ich diese Maßnahme voll und ganz unterstützen. In diesem Zusammenhang wurden auch die verschiedenen Dienstleistungen und Neuerungen angesprochen. Beispielsweise will man in Bozen ein neues Tumorzentrum aufbauen und ein kostspieliges Gerät zur frühen Erkennung von Tumoren anschaffen. Auch dies ist meiner Meinung nach eine wirklich gute Maßnahme. Wir hatten gerade in Bezug auf das Krebstherapiezentrum in der Bonvicini-Klinik sehr häufig Auseinandersetzungen mit Ihrem Vorgänger Dr. Saurer. Ich glaube, dass man gegen ein eigenes Tumorzentrum in Südtirol - sprich mit dem gesamten Einzugsgebiet Südtirols - nichts einzuwenden haben kann. Weiters führt Dr. Florian Zerzer noch das Beispiel der "In-vitro-Fertilisation" in Bruneck an. Diese Methode ist meiner Ansicht nach auch in Ordnung, wobei ich allerdings feststellen muss, dass es sich hierbei schon um einen Luxus handelt. Deswegen ist es wichtig,

dass ein solches Zentrum nicht auch noch in Brixen entsteht. Man hat festgestellt, dass es zwischen den Sanitätsbetrieben großes Konkurrenzdenken gibt. Das können wir uns wirklich nicht leisten, denn - wie die Ärzte sagen - die Errichtung eines solchen Zentrums in Bruneck ist eine großzügige Leistung und sollte für das gesamte Einzugsgebiet von Südtirol Anwendung finden. Die Qualität sollte im Vordergrund stehen, auch aufgrund der Tatsache, dass viele Prozeduren damit verbunden sind. Man sollte die Einrichtungen deshalb nicht splintern. Die grundsätzliche Frage, Herr Landesrat, ist tatsächlich, ob es mit dieser verwaltungstechnischen Maßnahme gelingt, die Zielsetzung der Qualitäts- und Effizienzsteigerung, aber auch der Kosteneinsparung zu erreichen. Später wird dann auch noch die klinische Reform folgen. Die Kosteneinsparung ist natürlich eine große Frage. Ich bin nicht abgeneigt, Änderungen durchzuführen. Ich bin auch nicht gegen die Idee, das Ganze zu reorganisieren und zu einer einzigen Struktur zusammenzufassen. Ich bin aber dafür, dass die kleinen Krankenhäuser aufrecht erhalten bleiben, denn auf kurz oder lang - wie schon Dr. Florian Zerzer sagt - hätten die kleineren Spitäler zusperren müssen. Dazu würde es wahrscheinlich kommen, wenn man diese Maßnahme nicht ergreifen würde. Man will in diesem Zusammenhang auch die Wartezeiten verkürzen. Aber diesbezüglich stellt sich wirklich die Frage, ob dies nicht auch eine Koordinierungsstelle mit einer guten technischen Besetzung hätte leisten können. Frau Kury hat nicht Unrecht, wenn Sie davon spricht - dies war auch mein erster Gedanke beim Durchlesen der verschiedenen Artikel -, dass es bis zum Schluss nur die Einsetzung einer neuen "Drüberstruktur" sein wird. Wenn dem so wäre, würde es teuer werden. Wir haben gehört, dass die Besoldung aller bisherigen Sanitätsdirektoren, Verwaltungsdirektoren und Pflegedirektoren, die jetzt die Bezeichnung "Koordinatoren" erhalten, gleich bleibt. Die Frage ist, ob diese Maßnahme jene Wirkung hat, die Sie anstreben. Dr. Zerzer spricht davon, dass der gesamte Sanitätsapparat verschlankt werden muss. Wenn es in den vier Südtiroler Sanitätsbetrieben bisher 30 Abteilungs- und 70 Amtsdirektoren gab, welche weiterhin aufrecht bleiben, dann habe ich meine Zweifel, ob es wirklich zu einer Verschlinkung des Verwaltungsapparates kommen wird. Ich verstehe schon, dass diese Positionen, sobald die Verträge nach drei oder fünf Jahren auslaufen, nicht mehr nachbesetzt werden. Wir haben gehört, dass die Verträge bis zu fünf Jahren verlängert werden können. Auf lange Sicht sind die Effizienzsteigerung und die Verschlinkung des Apparates das Ziel, während die kleinen Krankenhäuser in ihrer Struktur sehr wohl beibehalten werden. Für unbedingt notwendig erachte ich die Versorgung in den bisherigen Sprengeln nach dem Subsidiaritätsprinzip. Die kleinen Einheiten sollen das leisten, was in ihrer Macht steht, und den Rest delegieren bzw. diese Dienste auslagern. Dr. Florian Zerzer wirkt sehr geschickt für diese neue einheitliche Struktur. Er sagt, dass der Patient die Wahl hat, ob er drei Monate warten will, um in Bozen operiert zu werden, oder ob er in der nächsten Woche in Bruneck operiert werden möchte. Das wäre sicher der Optimalfall. Man zitiert dabei auch einen Urologen mit seinem Namen, den ich jetzt nicht nennen möchte. Er hat sich bereit erklärt, Operationen, welche er normalerweise in Bozen

durchführt, zu einem früheren Zeitpunkt auch in Bruneck vorzunehmen. Wir haben gehört, dass in der Bozner Struktur angeblich nicht genügend Operationssäle vorhanden wären. Dabei erinnere ich mich an Primar Panagia, der mir damals einen leerstehenden Trakt im Regionalkrankenhaus Bozen gezeigt und erklärt hat, dass zwar die Operationssäle vorhanden wären, aber nicht genügend Personal zur Verfügung stünde. Somit war laut Panagia die Lage anders, nämlich, dass man in Bozen zwar die Operationssäle hatte, das Pflegepersonal aber fehlte. An diesem Punkt stelle ich mir natürlich die Frage, worauf die angesprochene Ärztemobilität zurückzuführen ist. Ich verweise nochmals auf den Urologen, der normalerweise fix in Bozen stationiert ist und dort operiert. Er ist - wie gesagt - bereit, die gleiche Operation auch im Krankenhaus von Bruneck durchzuführen. Geschieht dies wegen des Mangels an Operationssälen im Bozner Krankenhaus oder aufgrund der Tatsache, dass im bisherigen Sanitätsbetrieb Bruneck ausreichend Pflegepersonal vorhanden ist? Oder will man den Patienten diese Operation vielleicht deshalb in Bruneck anbieten, weil wir wissen, dass viele Leute aus der Peripherie aus verschiedenen Gründen nicht gerne ins Krankenhaus nach Bozen kommen? Das ist nun mal eine Tatsache. All das hängt vom Idealismus und vom Einsatz der Ärzte ab und nicht so sehr von der "Drüberstruktur". Die Wartezeiten verringern sich in dem Moment, in dem die Ärzte bereit sind, solche Fahrten in Kauf zu nehmen. Es bedarf schon einer großen Bereitschaft vonseiten der Ärzte. Aber auch dann bleibt die Frage aufrecht, ob man dies nicht auch mit einer guten Koordinierungsmannschaft hätte bewerkstelligen können. Diese Stelle würde alle strategischen Abläufe durchführen und könnte einen Überblick über die Koordination des Ganzen haben. Wo haben wir genügend Personal für Operationen, wo haben wir die Maschinen und wo haben wir die Ärzte?

Man sagt außerdem, dass das, was in der Peripherie besser gemacht werden kann, auch dort erfolgen soll. Die sieben öffentlichen Spitäler sollen in ein Netz eingebunden werden, was zu einer Effizienzsteigerung führt. Es ist richtig, dass wir nicht überall alles anbieten sollen. Die Zeiten, in denen man - auch in Konkurrenz - in jedem Krankenhaus in Südtirol alles anzubieten versucht hat, sind sicher vorbei. Man verweist auf die Region Latium, in der man darüber diskutiert, die regionalen Steuern zu erhöhen, damit das Sanitätswesen finanziert werden kann. Man nennt auch das Beispiel der Region Marken, wo man 13 Betriebe in einen einzigen Sanitätsbetrieb zusammenlegt, um die ausufernden Kosten einzudämmen. Der Südtiroler Weg geht dahin, dass wir eine Autonomie in den Bezirken nach dem Prinzip der Subsidiarität vorsehen. Aber man soll nicht alles überall anbieten. Die große Frage wird sein, ob dies nicht ein Widerspruch ist. Es stellt sich die Frage, ob die Autonomie der bisherigen Sanitätsbetriebe bzw. die Autonomie der Bezirke infolge der Drüberstülpung einer Überorganisation mit einem Generaldirektor, einem Verwaltungsdirektor, einem Sanitätsdirektor und einem Pflegedirektor noch vereinbar sind wird. Wir fragen uns, Herr Landesrat, ob man diesen Grundsatz dadurch nicht wieder verhindert. Ich habe weder etwas gegen Veränderungen noch gegen die Verschlinkung der Struktur. Ich kann Ihre

Argumentation im Grunde genommen ohne großen Vorbehalt nachvollziehen. Ich stelle sehr wohl Überlegungen an, da sehr viele Gründe für diese Zusammenlegung der Sanitätsbetriebe sprechen. Man kann die angeführten Beispiele sicherlich nachvollziehen. Die Frage ist nur, ob diese neue zentrale Struktur mit dem Generaldirektor, dem Verwaltungsdirektor, dem Sanitätsdirektor und dem Pflegedirektor harmonieren kann. Deswegen stellt sich immer wieder die grundsätzliche Überlegung, ob nicht auch eine gute technische, zentral angelegte Koordinierungsstelle, die den Überblick über alle Abläufe, über alle Strukturen, aber auch über alle zur Verfügung stehenden Operationssäle hat, denselben Zweck erfüllen könnte, ohne einen einzigen Sanitätsbetrieb zu gründen.

Über die Fragen des Prozesses können wir anschließend noch anlässlich der Behandlung der entsprechenden Artikel sprechen. Wir können feststellen, dass Vorläufe mehr oder weniger zentralisiert worden sind. Ich habe hier einige Meldungen aus den bisherigen Sanitätsbetrieben, dass viele Einkäufe zentral getätigt werden, dass vor allem Schulungskurse für technisches Personal zentral ablaufen und dass Gebrauchsanweisungen, Beschreibungen für Maschinen und Anwendungen nur in Italienisch erfolgen würden. Auch die Schulungen in Bozen, welche allesamt zentral durchgeführt werden, werden nur in italienischer Sprache abgehalten, weil der zuständige technische Fachmann aus Mailand natürlich nur Italienisch sprechen kann. Diese Art von Verschlankung und Kosteneinsparung geht dann auf Kosten eines unserer Grundrechte. Ich ersuche Sie, diese Dinge ernst zu nehmen, da wir die Folgen jetzt schon sehen! Wenn wir dem Generaldirektor, dem Verwaltungsdirektor, dem Sanitätsdirektor und dem Pflegedirektor soviel Macht in die Hand geben, besteht die Gefahr, dass einiges auf der Strecke bleibt. Deswegen frage ich nochmals, ob diese "Drüberstruktur" wirklich notwendig ist oder ob nicht auch eine Koordinierungsstelle mit einem guten Überblick ausreichend wäre. Am Ende hat selbstverständlich die Politik, sprich die Landesregierung, die Verantwortung. Wir wissen aber, wie heikel die Lage in den bisherigen vier Sanitätsbetrieben gewesen ist. Wir finden in unseren Spitälern hochspezialisierte Leute, Primare und teilweise sogar namhafte Wissenschaftler. Alle sind natürlich nicht bei uns geblieben. Ich frage mich, ob diese Sache gut gehen wird. Ansonsten habe ich nicht sehr viele Vorbehalte gegenüber dieser Reform. Nur dieser eine Zweifel beschäftigt mich.

Sowohl die Bildung des Netzwerks als auch die Kosteneinsparung stellen eine Notwendigkeit dar. Wir wissen, dass sehr viele Leute nach Südtirol kommen, um die sanitären Leistungen in Anspruch zu nehmen. In den letzten Jahren sind die diesbezüglichen Zahlen ziemlich rapide angestiegen. Wir wissen, dass diese Leute die sanitären bzw. ärztlichen Leistungen bei uns sehr schätzen. Viele wundern sich über den großzügigen Umgang mit wertvollen Materialien und Hilfsmitteln. Diesbezüglich gibt es bei uns in manchen Bereichen großzügige Regelungen. Ich will jetzt nicht leichtfertig von Verschwendung reden, da dies nicht richtig wäre, aber es stellt sich die Frage, ob Sie das durch die Reform in den Griff bekommen. Tatsächlich könnten Ressourcen



eingespart werden. Der zentrale Einkauf ist auch so eine Sache. Die Frage ist, ob durch diese zentralen Ankäufe und Dienste die Wege nicht etwa verlängert werden. Ich denke an die Auslagerung verschiedener Dienste, vom Geschirr bis zur Wäsche und dergleichen mehr. Wir wissen ja, dass es Krankenhausstrukturen gibt, welche die Wäsche - wenn ich richtig informiert bin - bis nach Spital an der Drau ausgelagert haben. Es erhebt sich die Frage, ob die Wartezeiten in dem Moment wirklich verkürzt werden bzw. diese "Drüberstruktur" tatsächlich dazu geeignet ist, die Wartezeiten einzuschränken.

Man kann gegen diese neuen angekündigten Strukturen wie ein eigenes Tumorzentrum in Bozen, das "In-vitro-Fertilisation-Zentrum", das Zentrum für plastische Chirurgie in Brixen und dergleichen Dinge mehr nichts einwenden. Diese Zentren werden sehr wohl funktionieren, da die Leute für eine ordentliche Leistung sicher bereit sind, längere Wege in Kauf zu nehmen. Auch in diesem Fall stellt sich aber die Frage, ob es dazu wirklich diese "Drüberstruktur" braucht. Kostet sie nicht mehr Geld als sie uns bringen wird? Ich hoffe, dass der eine dem anderen bis zum Schluss nicht ein bisschen im Wege steht!

Lange Zeit bestand die Gefahr - dieses Gespenst ist herumgegeistert -, dass die Kleinspitäler schließen müssen, wenn es nicht gelingt, effizienter und kostengünstiger zu arbeiten. Wenn wir diese einzige Sanitätsstruktur nicht schaffen würden - hieß es -, müssten die Kleinspitäler schließen. Ich glaube nicht, dass das eine etwas mit dem anderen zu tun hat. Wie gesagt: Wenn man die Leistungen in der Peripherie erbringt und sie im Sinne der Subsidiarität in den kleinen Spitälern in Sterzing, Schlanders und Innichen - ohne den Ankauf großer kostspieliger Einrichtungen, wie zum Beispiel das Gerät zur Früherkennung von Tumoren für das Tumorzentrum in Bozen - anbietet, dann bin ich davon überzeugt, dass eine gruppentechnische Koordinierung funktionieren könnte.

Abschließend möchte ich dem Landesrat noch folgende Frage stellen: Wann rechnen Sie damit, diesen Apparat so verschlankt zu haben, wie Sie es möchten, und die Effizienz bzw. Leistung so zu steigern, wie wir es uns alle wünschen? Wir sind natürlich für mögliche Einsparungen. Allerdings sollte dies nicht auf Kosten einer Qualitätsminderung geschehen. Es sind die nötigen Maßnahmen zu treffen, um das Pflegepersonal und die Ärzte in ihrem Einsatz zu unterstützen bzw. sie nicht zu demotivieren. Die zweite Frage ist, wie viele Ärzte zu einem solchen Mobilitätsdienst wie der vorhin erwähnte Urologe bereit sind? Der Betitelte, der an und für sich in Bozen seinen Aufgabenbereich hat, wäre demnach bereit, die Operationen in Bruneck zu einem früheren Zeitpunkt durchzuführen. Stimmt es, dass die Wartezeiten verkürzt werden können, wie Ihre direkte Vertrauensperson Dr. Florian Zerzer sagt? Laut ihm könnte der Patient wählen, ob er drei Monate warten will, um in Bozen operiert zu werden, oder ob er sich der Operation eine Woche später in Bruneck unterziehen möchte. Ich habe meine Zweifel in Bezug auf die Schaffung dieser "Drüberorganisation". Wie gesagt, Herr Landesrat, ich habe im Grunde genommen nichts gegen Ver-

änderungen. Sehr viele Dinge haben sich bereits geändert. Die Bedürfnisse und Möglichkeiten, auf die man reagieren muss, haben sich verändert. Wir wissen, dass das Gesundheitswesen ein Fass ohne Boden ist. Frau Kury hat in Ihrem Minderheitenbericht sehr gut herausgearbeitet, dass diese Regelung der Pro-Kopf-Dotierung einen Schwachpunkt darstellt. Außerdem stellt sich die Frage, wie es mit speziellen Leistungen steht und wie diese abgegolten werden? All das sind wichtige Fragen. Ich warte gespannt auf Ihre diesbezüglichen Ausführungen und bin ohne Vorbehalt gegen die Zusammenlegung der vier Sanitätsbetriebe. Trotzdem frage ich mich, ob nicht all das auch mit einer guten technischen Koordinierungsstelle in Bozen, welche den zentralen Überblick über die Abläufe hat, möglich gewesen wäre.

**KURY (Grüne Fraktion – Gruppo Verde – Grupa Vërda):** Die von Eva Klotz gestellte Schlussfrage ist tatsächlich berechtigt. Wenn wir davon ausgehen, dass diese Reform, über die wir jetzt diskutieren, praktisch das einzige ist, was der Landtag in dieser Legislatur zustande bringt, dann denke ich, wäre es tatsächlich berechtigt, davon auszugehen, dass all das, was wir damit beschließen, eigentlich auch durch eine bessere Koordinierung erfolgen könnte. In diesem Moment müsste man sich auch die Frage stellen, warum diese Koordinierung in den letzten Jahren nicht funktioniert hat. Diesen Umstand muss man leider Gottes feststellen. Wir haben zwischendurch vom EDV-Dienst gehört, dass jeder Sanitätsbetrieb sein eigenes System hat, und man sich weigerte, mit dem anderen zu kommunizieren. Ein Patient, der zuvor im Krankenhaus Brixen behandelt wurde, ist danach in das Krankenhaus von Meran gegangen. Dort wusste man seine Krankengeschichte nicht, weil man diese nicht übermitteln konnte. Hier hat man Selbstverständliches massiv versäumt. Diesbezüglich möchte ich die Generaldirektoren der Sanitätsbetriebe fragen, warum sie hier die Zusammenarbeit gescheut haben und warum sie sich nicht alle vier zusammengesetzt haben, um ein gemeinsames Konzept zu erarbeiten. Dieses Manko hat tatsächlich der Qualität der Übermittlung geschadet und unnötige Kosten verursacht. Somit ist die Frage von Kollegin Klotz berechtigt, wenn das, was wir hier beschließen sollen, alles ist, was wir tun wollen. Wenn das Ziel der Gesundheitsreform ausschließlich darauf ausgerichtet ist, die Einkäufe und das Wäsche-Waschen besser zu koordinieren, dann hätte man nur auf den Tisch hauen und sagen sollen: Wir wollen die Sanitätsbetriebe jetzt besser miteinander koordinieren. Ich denke aber, dass das Ziel der Gesundheitsreform ein anderes sein muss. Eigentlich sollten wir uns alle mit größter Anteilnahme mit folgender Frage beschäftigen: Wie sichern wir Südtirols Gesundheitssystem für die Zukunft? Dies ist für mich jedenfalls eine der großen Herausforderungen, denen wir uns heute stellen müssen. Dies nicht etwa deshalb, weil Herr Masten oder andere Wirtschaftskreise gemammert haben, das Gesundheitssystem würde zu viel kosten. Wir haben gesehen, dass alles, was uns Herr Masten damals in einer Anhörung vorgetragen hat, wie eine Seifenblase zerplatzt ist. Fakt ist, dass sich unsere Gesellschaft rasant verändert. Tatsache ist auch, dass wir älter und die geburtenstarken Jahrgänge nach dem Jahre 1945 sehr

alt werden. Die Medizin kostet immer mehr, weil sich deren Bereich technisch immer mehr spezialisiert. Wie werden wir damit fertig, uns und unseren Mitbürgern trotz dieser Veränderung auch in Zukunft einen guten Gesundheitsdienst und die bestmögliche Betreuung im Falle von Krankheit, aber auch die bestmögliche Vorsorge zur Verhinderung von Krankheiten sicherstellen zu können? Das ist die Herausforderung unserer Zeit, die wir angehen müssen. Eine Reform ist notwendig, wenn wir davon ausgehen, dass unsere finanziellen Mittel nicht unbeschränkt sind und wir in Zukunft nicht unseren gesamten Landeshaushalt für den Gesundheitsdienst hernehmen können. Hier liegt meiner Meinung nach die große Frage. Landesrat Theiner, wir sollten ehrlich sein und sagen, dass hier von Kosteneinsparung wahrscheinlich nicht viel übrig bleiben wird. Wir können froh sein, wenn wir die Kostenexplosion verhindern können. Das ist unser Ziel! Dass wir die momentanen Ausgaben reduzieren können, ist einfach eine reine Illusion! Aber wenn wir die Kostenexplosion verhindern können, hätten wir bei gleichbleibender Qualität bereits viel geleistet. Die bleibende Qualität ist das Anliegen, von dem wir momentan beseelt sind.

Aus unserer Sicht geht es um sehr viel mehr als um die Reform der Verwaltung in diesem beschränkten Ausmaß, welches wir vorliegen haben. Aber ich denke, dass die Zusammenlegung bzw. Einheitlichkeit der Sanitätsbetriebe die Voraussetzung dafür ist, um klinisch tatsächlich etwas verändern zu können. Die Einsparungspotentiale durch die Zusammenlegung der Sanitätsbetriebe sind schwindend klein. Darüber brauchen wir uns nicht freuen. Ich meine dies immer im positiven Sinn und komme anschließend noch zum negativen Fall. Sollte uns die Umsetzung dieser Zusammenlegung der Sanitätsbetriebe gelingen, dann sind die Einsparungen, die sich daraus ergeben, sicherlich verschwindend klein. Wo können die Einsparungen tatsächlich das Kraut fett machen, wie kann die Qualität gesichert werden und wo sitzt der Hase im Pfeffer? Um dies zu beantworten, braucht es die klinische Reform. Davon steht in diesem Gesetzentwurf nichts drinnen. Landesrat Theiner, ich denke, dass es unendlich schwierig sein wird, diese Reform umzusetzen, dazu brauchen Sie großen Mut! Sie müssen einen mutigen Ansatz wagen, wohl wissend, dass Sie dabei ganz sicherlich auf viele gewichtige Zehen treten werden. Ich habe bereits vorhin auf die mangelnde Koordination der vier Sanitätsbetriebe verwiesen, was ein großes Versäumnis ist. Ähnliches spielt sich auch im klinischem Bereich ab. Wir brauchen uns nicht so dumm zu stellen und so zu tun, als ob sehr viele Strukturen in Südtirol in den letzten Jahren aus epidemiologischer Notwendigkeit heraus entstanden wären, sondern dies ist wohl eher aufgrund von anderen Bedürfnissen geschehen. Ich verweise auf die Verdoppelung und Verdreifachung des Angebotes, bestimmte Sturheiten darauf, dass Operationssäle leer sind, da sie von anderen nicht genutzt werden dürfen usw. In Bezug auf die Nutzung der Ressourcen waren in den letzten zehn Jahren tatsächlich viele Abläufe bedenklich, aber auch das medizinische Angebot war nicht immer auf die Gesundheitsbedürfnisse zugeschnitten. Man hat Angebote geschaffen, die anschließend von ganz wenigen in Anspruch genommen wurden, obwohl sie riesige Ressourcen gefressen ha-

ben. Das muss man einmal feststellen. Wenn Kollege Minniti gefragt hat, wie viel Krankenhausbetten kosten und diese dann nicht benützt werden, oder wenn wir wissen, dass bestimmte Bereiche am Leben erhalten werden, obwohl in den letzten Jahren eine minimale Inanspruchnahme stattgefunden hat, dann ist das ein Problem. Es ist nicht nur ein Geldproblem, sondern bringt vor allem ein Risiko für die Patienten mit sich, da sie sozusagen Versuchskaninchen für eine Operation sind, die in dem Krankenhaus bzw. in dieser Struktur nur zweimal pro Jahr stattfindet. Die Ressourcen, die Materialien, die Maschinen, die Ärzte und die Krankenpfleger stehen dafür aber trotzdem bereit. Deshalb sage ich, dass der wesentliche Schritt die klinische Reform sein wird. Wenn es uns gelingen würde, am Ende dieser Legislatur sagen zu können, dass wir dazu beigetragen haben, die Qualität des Gesundheitswesens für die nächsten zehn Jahre zu sichern und die Kostenexplosion einzudämmen, dann hätten wir schon sehr viel geleistet. Das sollte unser Ziel sein. Deshalb sehen wir momentan auch über einige Mängel hinweg und sagen: Dieser Schritt ist richtig. Schaffen wir diesen einheitlichen Sanitätsbetrieb, aber unterstützen wir alles, was in die Richtung einer mutigen klinischen Reform geht! Diese Reform wird notgedrungen, auch parteipolitisch innerhalb der SVP, nicht immer auf Konsens stoßen, weil Macht, Einfluss, Geld und Wählerstimmen auf dem Spiel stehen. Es hängt also wirklich vom Verantwortungsbewusstsein ab, ob wir unser Gesundheitssystem retten wollen oder weiterhin jene, die loyal zu uns stehen, mit irgendetwas belohnen wollen. Dann werden wir aber das Gesundheitssystem irgendwann einmal nicht mehr finanzieren können. Diese Herausforderung, Landesrat Theiner, werden Sie zu meistern haben. Wir versprechen Ihnen unsere Unterstützung, wenn wir das Gefühl haben, dass Sie mutig in diese Richtung gehen!

Der vorliegende Gesetzentwurf ist ein ganz kleiner Schritt, obwohl er bereits mit großen Schwierigkeiten und Widerständen verbunden ist. Ich habe bereits in der Gesetzgebungskommission gesagt, dass es schwierig ist, einen einheitlichen Sanitätsbetrieb zu schaffen, wenn man vorher vier Sanitätsbetriebe eingerichtet hat. Es ist schwieriger, mehrere Sanitätsbetriebe abzuschaffen, als von Grund auf nur einen Sanitätsbetrieb zu konzipieren. Vielleicht hätten die alten Abgeordneten unter uns - ich bin Gott sei Dank nicht Schuld daran - schon damals, als die Diskussion über den einheitlichen Sanitätsbetrieb in Südtirol gelaufen ist, gut daran getan, diesen Schritt zu machen. Ich glaube, dass Landesrat Saurer dieses Vorhaben massiv vertreten hat. Ich möchte jetzt nicht die Lorbeeren des Kollegen Minniti schmälern, aber so ganz alleine ist es nicht auf Alleanza Nazionale zurückzuführen, dass wir jetzt einen einheitlichen Sanitätsbetrieb schaffen sollen. Ich kann mich noch gut daran erinnern, dass Landesrat Saurer diesen Vorschlag damals massiv forciert hat, er allerdings innerhalb der SVP damit baden gegangen ist. Jetzt hat man den Salat, vier Sanitätsbetriebe, die zumindest formal abgeschafft werden müssen! Wie gesagt, das ist schwierig, da man sich in der Zwischenzeit an die Macht und einen bestimmten Einfluss gewöhnt hat. Ich möchte betonen, dass die vier Sanitätsbetriebe in der Theorie abgeschafft werden, de facto aber nur vom Namen her nicht mehr existieren werden. In Wirklichkeit werden sie

unter einem anderen Namen weiterbestehen. Auch darin liegt ein Problem. Eva Klotz hat aus unserem Minderheitenbericht richtig herausgelesen, dass es die erste Herausforderung sein wird, mit der wir uns bei der Umsetzung dieser Reform beschäftigen müssen. Wird es uns gelingen, diese strategische, neue Führungsebene des einheitlichen Sanitätsbetriebes tatsächlich mit solchen Kompetenzen auszustatten, dass einheitliche Ziele vorgegeben werden? Die Direktoren auf Gesundheitsebene sollten soviel Verantwortungsgefühl haben und einen Teil ihrer Macht nach oben abgeben und bei der Umsetzung der gesamten Ziele in unserem lokalen Bereich kooperieren. Die Herausforderung besteht also darin, dass einerseits das Verantwortungsgefühl vorhanden ist, zusammen zu erweitern, andererseits aber auch die Autorität der übergelagerten strategischen Ebene, welche die Gesamtverwaltung für den einheitlichen Sanitätsbetrieb hat, zu akzeptieren. An diesem Punkt möchte ich gleich meine Kritik anbringen. Wenn der neue Generaldirektor, der von der Landesregierung ernannt wird, die gesamte Verantwortung für Gedeih und Verderb des einheitlichen Sanitätsbetriebes hat, dann muss er seine engsten Mitarbeiter selbst ernennen können. Außerdem muss er die Möglichkeit haben, diese Leute "in die Wüste zu schicken", wenn sie die Zielvereinbarungen in ihrem Bereich nicht erfüllen. Das ist das Einmaleins eines jeden Managements! Wenn ich jemandem eine Verantwortung übertrage, kann er ihr nur dann nachkommen bzw. sie erfüllen, wenn er mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet ist. Sonst ist dies nicht möglich. Da haben wir ein grundlegendes Problem mit dem vorliegenden Gesetzentwurf. Der Generaldirektor befindet sich an der Spitze und ist logischerweise - wie vorhin ausgeführt - auf die Direktoren der Gesundheitsbezirke angewiesen. Wenn sie nicht mitmachen, wird alles blockiert und die Reform wäre umsonst. Die Direktoren auf Gesundheitsbezirksebene werden nun aber von der Landesregierung ernannt und abgesetzt. Sie können die Ansuchen stellen, aber die Landesregierung ist schlussendlich die beschließende Kraft. Da stimmt das Konzept nicht. Ob die Reform glückt, hängt im Wesentlichen von der Rolle ab, welche die Politik in diesem Zusammenhang einnehmen will. Wird die Landesregierung ihre Aufgaben hundertprozentig wahrnehmen, das heißt klare Zielvereinbarungen und Zielvorgaben festlegen sowie die Erreichung dieser Ziele kontrollieren? Darin wäre ich streng. Wenn diese Ziele nicht erreicht werden, würde ich nicht davor scheuen, auch Konsequenzen zu ziehen. Die Umsetzung dieser Ziele muss dem Sanitätsbetrieb überlassen werden. Der Sanitätsbetrieb muss am Ende den Erfolg, was die Umsetzung dieser Ziele angeht, vorweisen. Was in Südtirol aber leider Gottes fehlt, ist die klare Trennung zwischen Politik und Verwaltung. Deswegen kommen dann solche Fehler heraus. Ich empfinde es als Fehler. Vielleicht kann ich mich mit Landesrat Theiner darauf einigen, dass es sich um einen Fehler handelt, der in Artikel 1 Buchstabe b) in Bezug auf die Befugnisse der Landesregierung enthalten ist. Ich muss gestehen, dass mir dieser Fehler bei der Behandlung des Gesetzentwurfes in der Kommission nicht aufgefallen ist. In Bezug auf die Zuständigkeiten der Landesregierung verweist man auf "*die Befugnis zur Ersetzung der Leitungsorgane des Sanitätsbetriebes*". Diesen Passus brauche ich

nicht weiter ausführen. Mein Vorschlag war, dass die Landesregierung nur jene Direktoren, welche sie selber ernannt hat, absetzen kann. Folglich soll sie nicht auch den Sanitätsdirektor absetzen können. Das muss man einmal klarstellen! Die derzeitige Formulierung lässt einen zu großen Spielraum für die Landesregierung offen. Worin die Herausforderung für Landesrat Theiner besteht, habe ich jetzt genannt. Damit diese Koordinierung zwischen strategischer Führung und den vier Direktoren sowie die Umsetzung jener Ziele, die auf gesamter Ebene beschlossen werden, auf lokaler Ebene tatsächlich funktionieren kann, braucht es Verantwortungsgefühl, Zusammenarbeit, Wille, aber auch klare Definitionen und Kompetenzzuschreibungen. Deswegen möchte ich mit Landesrat Theiner darüber verhandeln, ob es nicht möglich wäre vorzusehen, dass die Direktoren auf Gesundheitsbezirksebene vom Generaldirektor ernannt werden.

Solche eigenartige Kurven gibt es des Öfteren. Lobenswerterweise wird der Pflegedirektor in Zukunft auf der strategischen Ebene angesiedelt. Wir empfinden es als ganz wesentlich, dass die Anliegen im Pflegebereich auf die strategische Ebene gehoben und von Grund auf die Bedürfnisse des Pflegebereiches mitbedacht werden. Dieser Umstand ist äußerst lobenswert. Wenn wir uns allerdings anschauen, welche Kompetenzen dieser Pflegedirektor hat, beginnt die Regelung bereits zu hapern. Die Abgrenzung zum Sanitätsdirektor ist schwierig. Nicht akzeptabel ist aber, dass der Pflegekoordinator im Gesundheitsbezirk nicht vom Pflegedirektor, sondern vom Generaldirektor ernannt wird. Das ist nicht richtig. Wenn wir den entsprechenden Artikel lesen, sehen wir, dass die Verantwortung des Pflegedirektors und des Pflegekoordinators eigentlich im Widerspruch zu dem steht, der ihn ernennt. Ihm wird somit eine Verantwortung aufgebürdet, die er nicht erfüllen kann. Deswegen ersuche ich Sie, darüber nachzudenken, weil der Pflegekoordinator im Grunde genommen dem Direktor des Gesundheitsbezirkes untersteht. Wenn er vom Generaldirektor ernannt würde, dann wäre er ein armer Teufel, weil er ja zwei Menschen unterstehen würde, die ihm gegenüber weisungsbefugt sind. Jener, der für den Pflegebereich zuständig ist, sprich der Pflegedirektor, hat ihm dagegen nichts zu sagen. Das sind Widersprüche, die wir mit unseren Änderungsanträgen ausräumen wollen.

Ich möchte mich in Bezug auf die Verwaltungsreform ganz kurz fassen. Es geht um die termingerechte Umsetzung der Verwaltungsreform. Ich nehme mit großer Skepsis den Änderungsantrag von Landesrat Theiner zur Kenntnis, laut dem die Gesundheitsdirektoren als Generaldirektoren weiterbestehen sollen, bis der Generaldirektor die Kompetenzen widerruft. Das ist ein schlechter Anfang. Ich fordere Klarheit! Ab 1. Jänner gibt es einen Generaldirektor, der die gesamte Verantwortung trägt. Was er selbst nicht schafft, kann er delegieren. Aber es sollte nicht so sein, dass der Generaldirektor den anderen Direktoren die Kompetenzen nimmt, weil wir wissen, dass gewichtige Personen da sind, die sich nicht gerne Kompetenzen nehmen lassen wollen. Wichtig sind die termingerechte Umsetzung der Reform und parallel dazu die Neukonzeption der klinischen Reform. Damit dies funktionieren kann, muss maximale

Transparenz in der Entscheidung bestehen. Wir halten es für wesentlich, dass diese Entscheidungen auf der wissenschaftlichen Untersuchung über den epidemiologischen Zustand in Südtirol fundieren. Nur so kann die Reform funktionieren. Deshalb empfinden wir den Finanzartikel für sehr fragwürdig. Man gibt der Landesregierung im Grunde genommen die Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen, die nicht an diesen Bedürfnissen, sondern an politischen Bedürfnissen ausgerichtet sind. Ich fordere Transparenz und die Einbeziehung der Betroffenen, die - wie wir gesehen haben - sich gerne einbeziehen lassen. Wenn die Betroffenen öffentlich Stellung beziehen - wir haben es bereits bei der Anhörung gehört -, äußern sie sich sehr verantwortungsbewusst und meiden Wutausbrüche. Sie versuchen tatsächlich zu argumentieren, statt nur zu schimpfen. Ich empfinde es als wichtig, der Öffentlichkeit zu zeigen, dass nicht die Kontakte zu irgendwelchen Beschützern, sondern Argumente zählen. Der Schritt zur Grundlage der Wissenschaftlichkeit ist nicht leicht, Landesrat Theiner! Ich beneide Sie nicht darum, aber er ist zu tun. Wir werden Sie mutig unterstützen, allerdings sollten Sie wissen, dass man hier dem einen und dem anderen nicht immer nach dem Mund reden kann.

Dieser Gesetzentwurf gibt keine Antwort auf große Herausforderungen. Einer dieser Herausforderungen ist der Mangel an qualifiziertem Personal. Wir lesen täglich von den Überstunden, die die Ärzte leisten müssen. Wir wissen auch, wie es um den Pflegedienst steht. Da möchte ich alle ersuchen, weniger Ideologie und mehr Hausverstand anzuwenden! Wenn wir Personal brauchen, weil wir die Grundversorgung nicht gewähren können, dann dürfen wir ideologisierte Prinzipien nicht höher als die Notwendigkeit der Grundversorgung stellen. Wir wissen - ich habe es bereits im Minderheitenbericht erwähnt -, dass wir im Pflegebereich, im Sozialbereich, in Altersheimen usw. eine Rotation von Pflegepersonal haben. Jeder, der keine fixe Stelle hat, wird in dem Augenblick, in dem sich anderswo eine fixe Stelle bietet, diese annehmen. Davor können wir nicht die Augen verschließen. Es ist eine riesige Herausforderung, die Zweisprachigkeit in diesem Bereich zu garantieren. Darin unterscheidet sich meine Meinung von jener des Kollegen Minniti. Ich bin der Ansicht, dass die Kommunikation in der Sprache des Patienten im medizinischen Bereich wesentlich ist. Aber wie erreichen wir, dass die Menschen diese Sprache lernen? Wir müssen davon ausgehen, dass eine ganze Reihe von Ausländern diesen Dienst leisten. Wie schaffen wir es, dass diese Menschen die Sprache der Patienten erlernen? Schaffen wir das, indem wir - wie es zur Zeit der Fall ist - zuerst den Zweisprachigkeitsnachweis fordern und ihnen dann ermöglichen, tätig zu werden? Die Folge davon ist, dass das Pflegepersonal fehlt oder einsprachige bzw. fremdländisch sprechende Leute dauernd einen Sechs-Monate-Vertrag bekommen. Die Betroffenen sind oft viele Jahre da und genießen diesen Ausnahmestatus. Aber gerade deswegen, weil sie diesen Ausnahmestatus genießen, haben sie keine Lust mehr, die beiden Landessprachen zu erlernen. Sie betrachten Südtirol im Grunde genommen nur als Übergangstatus und warten ab, bis sie zum Beispiel im Veneto eine Stelle erhalten. Damit werden wir die Einsprachigkeit bzw. die Nicht-

Kommunikation eigentlich eher perpetuieren, da wir strikt auf die Erfordernis der Zweisprachigkeit bestehen. Wenn ich jemandem aber sage, dass wir ihn brauchen und ihm eine Anstellung bieten, mit der Bitte, so schnell wie möglich die Landessprachen zu erlernen, dann wird die Motivation dafür sehr groß sein. Er müsste die Landessprachen natürlich kommunikationsbezogen erlernen und keine Übersetzung einer literarischen Vorlage machen. Der Betroffene wird es automatisch tun, weil er weiß, dass die unbefristete Stelle davon abhängt, dass er diesen Nachweis erbringt. Ich muss die Menschen also in die Lage versetzen, die Sprachen im Lande auch am Arbeitsplatz lernen zu können. Wenn ich die Kenntnis der beiden Landessprachen bereits bei Dienstantritt voraussetze, wird man wohl kaum daran gehen, die Sprache zu erlernen. Kein Kroatier wird einen Italienisch- bzw. Deutsch-Kurs in Kroatien besuchen, bevor er sich in Südtirol um eine Arbeit bemüht. Ich habe wirklich gute Erfahrungen gemacht. Wir wissen, innerhalb welcher kurzer Zeit beispielsweise Kellner die Sprache - selbstverständlich beschränkt auf den Kommunikationsbereich - erlernen. Diese Sache müsste man mutiger angehen. Wir sollten die Leute, die wir als Pflegepersonal notwendig brauchen, nicht davonjagen.

Ein Letztes noch, Landesrat Theiner! In letzter Zeit wurde viel über den Vorschlag diskutiert, die Studierenden, welche eine Facharztausbildung machen, mehr ans Territorium zu binden. Es läuft momentan folgendermaßen: Die Leute erhalten ihr Diplom als Arzt und machen irgendwo eine Spezialisierung in einem Krankenhaus in Italien, in Österreich oder wo auch immer. Dafür erhalten sie Stipendien. Nachdem dies vor allem in jener Zeit geschieht, in der man sich vielleicht bindet, häuslich niederlässt oder einfach nur gute Erfahrungen in dieser Struktur gemacht hat, bleiben sie vor Ort. Sie bezahlen das Stipendium zurück und bleiben am Ausbildungsort, weil sich die Nähe zur Struktur in diesen Jahren der Ausbildung herausgebildet hat. Nun bin ich im Prinzip dafür, dass man die Auszubildenden anderswohin bzw. ins Ausland schickt. Aber wenn wir in Südtirol einen Mangel an zweisprachigen Ärzten haben, dann sind natürlich die Südtiroler die ersten, die diese Voraussetzungen erfüllen könnten. Deswegen müssen wir danach trachten, einen Teil der Facharztausbildung in Südtirol anzubieten. Dazu braucht es Stellen. Die Finanzmittel könnten natürlich dadurch gesichert werden, dass man den Betroffenen anstelle des Stipendiums ganz einfach ein Gehalt für den geleisteten Dienst zahlt. Es wäre absolut anzustreben, diese Möglichkeiten zu prüfen. Wir haben entsprechende Änderungsanträge eingereicht.

Uns ist es ganz wichtig, dass der nächste Schritt so schnell wie möglich gemacht wird. Dieser nächste Schritt sollte mutig und transparent sein. Die Diskussionen sollten öffentlich geführt werden und man sollte vor allem jene Leute, die danach von der Reform betroffen sind, miteinbeziehen. Die Entscheidung über die klinische Reform sollte nachvollziehbar sein. Das heißt, man sollte verstehen, weshalb beispielsweise ein Kompetenzzentrum dort und nicht anderswo angesiedelt wird. Man wird es hoffentlich dort ansiedeln, wo man sich bereits jetzt in einem bestimmten Bereich ausgezeichnet hat. Wenn die Entscheidung nicht transparent ist, ist sie auch nicht hun-



dertprozentig sicher. Deswegen legen wir Wert auf die öffentliche Begleitung durch den Landtag. Damit würde man den Landtag aufwerten und vielleicht auch die Botschaft an die Bevölkerung senden: Liebe Leute, es geht hier um etwas ganz Wichtiges!

**MAIR (Die Freiheitlichen):** Frau Präsidentin, ich möchte gleich vorausschicken, dass dieser Gesetzentwurf positive Ansätze beinhaltet, dennoch lässt er unserer Meinung nach sehr viele Fragen offen. Wir haben in gewissen Bereichen Zweifel und Bedenken. Ich möchte in einer Chronik die Ereignisse auflisten, die die Öffentlichkeit in den letzten Jahren im Zusammenhang mit der Sanitätsreform aus den Medien erfahren hat. Rückblickend und nach zahlreichen Gesprächen, die ich geführt habe, möchte ich persönlich sagen, dass es seit Ihrer Ernennung zum Landesrat vor allem beim Personal in den Sanitätsbetrieben zu großen Unsicherheiten gekommen ist. Sie haben sicher keine einfache Aufgabe übernommen, aber diese Unsicherheiten sind nun mal eine Tatsache.

Nun kurz zu meiner Chronik! Im Mai 2004 wurde ohne jede rechtliche Basis ein Aufnahmestopp in den Sanitätsbetrieben veranlasst. Im Juli 2004 hat die Landesregierung eine Klausurtagung abgehalten. Dort wurde entschieden, dass es in Südtirol weiterhin vier Sanitätsbetriebe geben wird. Im Juli 2004 hat die Landesregierung beschlossen, dass sogenannte "Departments" errichtet werden sollen. Im Herbst 2004 sind Sie als Landesrat durch alle Südtiroler Krankenhäuser "getourt", um diese sogenannten "Departments" vorzustellen. Sie haben damals dem angestellten Personal aller Sanitätsbetriebe Ihr Versprechen gegeben, dass Sie die Bediensteten vor jeder wichtigen Reform, die das Sanitätswesen betrifft, aufsuchen und informieren würden. Vom Jänner 2005 bis Juni 2005, also circa ein halbes Jahr lang, haben die Medien immer wieder davon berichtet, dass von der Zusammenlegung der Verwaltung die Rede sei. Gerade das Sanitätspersonal wurde in diesen Artikeln von allen Seiten - oft auch ungerechtfertigt - als ein reiner Kostenfaktor hingestellt. Im August 2005 haben Sie zum ersten Mal von einem einzigen Sanitätsbetrieb gesprochen. Daraufhin wurde eine Expertengruppe eingesetzt. Die sogenannten "drei Waisen" wurden beauftragt, zu recherchieren und einen Entwurf auszuarbeiten. Im Herbst 2005 hatten diese drei Waisen ihre Arbeit abgeschlossen. Der fertige Bericht wurde dem SVP-Parteiausschuss vorgelegt, dort diskutiert und letzten Endes auch gutgeheißen. Im Jänner 2006 hat man folglich mit den Arbeiten zur Schaffung eines einzigen Südtiroler Sanitätsbetriebes begonnen. Im März 2006 hat der ASGB eine Umfrage gestartet, weil sich vor allem die Bediensteten der Peripherie in den Krankenhäusern Brixen und Bruneck massiv gegen diese geplante Reform ausgesprochen haben. Damals haben sich über 70 Prozent der Befragten - bei dieser Umfrage wurden immerhin knapp 3.000 Mitarbeiter befragt - gegen die Zusammenlegung der vier Sanitätsbetriebe zu einem einzigen Sanitätsbetrieb ausgesprochen. Die Hauptgründe für die Ablehnung waren einerseits das Risiko, welches die Bediensteten gesehen haben, andererseits aber auch die Angst vor einem Autonomieverlust für die einzelnen Betriebe in der Peripherie. Herr Landesrat,

Sie versichern uns, dass diese Betriebe weiterhin autonom arbeiten können. Fakt ist aber, dass die Angst der Bediensteten nach wie vor besteht. Ein weiterer Grund für diese Angst bestand in der Abnahme der Versorgungsqualität und im Arbeitsplatzverlust. Es werden immer wieder Stimmen laut, und zwar vor allem in Kreisen der Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe, dass in den letzten Jahren vor allem beim Personal bzw. bei den Dienstleistungen für Bürger und Patient gespart wurde. Von Ihrer Seite wird nach wie vor behauptet, dass mit dieser Zusammenlegung der vier Sanitätsbetriebe in einen einzigen Südtiroler Sanitätsbetrieb die Qualität verbessert und Einsparungen erzielt werden können. Wenn man sich diese Chronik ein bisschen durch den Kopf gehen lässt und das Gesetz genauer durchliest, dann muss man feststellen, dass es eigentlich nichts Konkretes enthält. Es sind lediglich einige Ansätze vorhanden. Die Landesregierung plant und gebraucht wie immer, wenn ein solches Thema zur Debatte steht, die Begriffe "Gesamtkonzept" und "Maßnahmenkatalog", aber - wie gesagt - viel Konkretes kann ich aus diesem Entwurf nicht herauslesen. Was die Einsparungen anbelangt, frage ich mich, wie und wo diese vonstatten gehen sollen. Wie sollen Qualitätsverbesserungen für den Patienten erzielt werden? Wenn man jetzt peinlichst genau wäre, müsste man auch noch darauf hinweisen, dass das Wort "Qualität" im Gesetzestext überhaupt nie erwähnt wird. Für diesen geplanten Schritt der Schaffung eines einzigen Sanitätsbetriebes fehlen unserer Meinung nach wichtige Zahlen, Fakten und - wie gesagt - konkrete Vorschläge, gerade was die Einsparungen anbelangt.

Es fehlt an einem kurz- bzw. längerfristigen Konzept. Fakt ist, dass es mit der Schaffung eines einzigen Südtiroler Sanitätsbetriebes zu einem Überbau von neuen Direktorenposten kommt: Generaldirektor, Verwaltungsdirektor, Sanitätsdirektor und Pflegedirektor. Die derzeitigen Generaldirektoren werden künftig in "Bezirksdirektoren" umgetauft und auch die Gehälter der bisherigen General-, Verwaltungs- und Sanitätsdirektoren werden bis zum Vertragsende weiterbezahlt. Nach dem 31.12.2006 werden diese Posten nicht mehr bestätigt.

Wie schon Kollegin Klotz erwähnt hat, möchten auch wir die Kritik in Bezug auf den Einkauf von medizinischen Geräten anbringen. Man spricht von Einsparungen beim Einkauf von medizinischen Geräten und im EDV-Bereich, da diese Geräte - wie es im Gesetzentwurf heißt - künftig nur mehr zentral eingekauft werden sollen. Ich möchte an diesem Punkt aber die konkrete Frage stellen, warum man dies nicht bereits in der Vergangenheit so gehandhabt hat. Bereits in den letzten Landesgesundheitsplänen - wenn ich mich nicht irre - war immer die Rede davon, dass im EDV-Bereich sowie beim Ankauf neuer Geräte eine landesweite Ausschreibung durchgeführt werden sollte. Auch was den Bürokratieabbau anbelangt, darf die Notwendigkeit nicht als Vorwand für die Personalreduzierung verwendet werden. Das heutige Ausmaß der Bürokratie im Sanitätswesen ist politisch gewollt. Als Beispiel möchte ich die Einführung des Tickets für Spitalsaufenthalte anführen. Es ist immer wieder vorgekommen, dass das Personal beschuldigt bzw. sogar bestraft wurde.

Kurz zur klinischen Reform! Diesbezüglich haben wir einen Beschlussantrag bzw. eine Tagesordnung eingereicht. Unserer Meinung nach fehlen konkrete Vorschläge. Gerade in diesem Bereich müsste eine Reform stattfinden, die Verbesserungen für den Patienten bringen könnte. Man hat zwar im Jahr 2004 die vorhin erwähnten "Departements" in den vier Südtiroler Sanitätsbetrieben errichtet, jedoch ist auch zu sagen, dass es zu deren Umsetzung hauptsächlich bei nicht-ärztlichem Personal gekommen ist. Aber dort, wo diese Umsetzung wirklich sinnvoll gewesen wäre, nämlich bei den Ärzten, hat man sie bis heute nicht vollzogen. Vor allem im sanitären Bereich bräuchte es unabhängige Qualitätskontrollen. Diese sind in der Vergangenheit zwar mehrmals angekündigt worden, aber anstatt immer neue Projekte zu starten und immer wieder Experten und Waise zu beauftragen, sollten die erarbeiteten Standards umgesetzt werden.

Wie schon erwähnt, fehlt es unserer Meinung nach an einem längerfristigen Konzept. Als Beispiel, wenn ich mich nicht irre, hat man die Region Marken angeführt, was irgendwo bezeichnend ist. Vergleichsweise hat es dort für die Errichtung eines einzigen Sanitätsbetriebes einen Übergang von drei Jahren gegeben. Bei uns soll der Umstieg innerhalb eines Jahres erfolgen, was sicherlich zu einigen Ungereimtheiten und zu einem Chaos führen wird. Anschließend an das Gesetz wird es sicherlich zahlreiche Übergangsregelungen brauchen. Ansonsten ist wirklich zu befürchten, dass die Bediensteten ab dem 1.1.2007 nicht mehr wissen, wofür sie eigentlich zuständig sind. Der Leidtragende wäre neben dem Personal natürlich der Patient, was unserer Meinung nach sehr negativ wäre. Ich möchte Sie ersuchen, uns für die folgenden Fragen die diesbezüglichen Zahlen darzulegen. Wie viel wird die Umsetzung zu einem einzigen Sanitätsbetrieb in Südtirol kosten? Wie steht es mit den von mir erwähnten Direktorengehältern? Ich bitte Sie um eine Auflistung! Es ist bedenklich, wenn man jetzt an einer Verwaltungsreform bastelt, die faktisch gar keine ist. Immerhin weiß ich, dass Sie, Herr Landesrat, den jetzigen Abteilungs- und Amtsdirektoren bereits für weitere fünf Jahre dasselbe Gehalt zugesichert haben. An diesem Punkt müssen wir uns fragen, worin die großen Sparmaßnahmen liegen sollen.

Was die klinische Reform anbelangt, haben wir irgendwo den Verdacht, dass diese wahrscheinlich nicht vor den nächsten Landtagswahlen erfolgen wird. Noch einmal: Es gibt im Gesetzentwurf - darauf wird wahrscheinlich morgen noch Kollege Leitner eingehen - sicherlich positive Ansätze, die erkennbar sind, aber dennoch bleiben viele Fragen, die bereits meine Vorredner gestellt haben, offen. Wir erwarten uns klare Antworten. Wir wollen den Gesetzentwurf mit Sicherheit nicht verdammen, aber einige Zweifel und Bedenken sind meiner Meinung nach angebracht. Wir wünschen uns, dass Sie uns eines Besseren belehren und uns die nötige Information und Aufklärung dazu liefern.

**PASQUALI (Forza Italia):** Sarò molto breve, come è mio costume, anche perché dovremo ritornare sull'argomento con la discussione articolata. Anzitutto esprimo una valutazione complessivamente favorevole alla costituzione di una unità sanitaria unica, non solo per la migliore organizzazione e un migliore coordinamento, ma anche soprattutto per l'eventuale risparmio di costi e di spese che gravano a carico della Provincia autonoma di Bolzano. Sarebbe interessante conoscere poi l'entità di questo risparmio. Chiedo all'assessore se è fatto un calcolo, grosso modo, di quello che effettivamente è il risparmio dovuto alla costituzione di una unica Unità sanitaria locale. Sarebbe importante conoscere in che direzione poi vengono investiti questi risparmi, in che misura percentuale c'è un risparmio e in che misura vengono reinvestiti.

Se posso dare nel complesso una valutazione positiva alla proposta di legge, devo invece esprimere alcune contrarietà rispetto alcuni principi fondamentali contenuti nel disegno di legge, soprattutto rispetto all'articolo 8 dove si parla di appartenenza linguistica. La mia forma mentis liberale mi ha sempre indotto ad una valutazione contraria della proporzionale, perché viola il principio fondamentale della meritocrazia. Si privilegia l'appartenenza linguistica rispetto la competenza, la capacità, la professionalità della persona. Nei lavori preparatori dello Statuto di autonomia del 1972 si prevedeva un termine di 30 anni per la durata della proporzionale, per cui in 30 anni si sarebbe dovuto riottenere quel riequilibrio fra gruppi linguistici che effettivamente è stato conseguito.

Prendo atto della conquista fatta dal consigliere Minniti per ciò che riguarda la rivendicazione e l'ottenimento di alcune concessioni a favore del gruppo linguistico italiano, ma in questo delicato settore, la sanità, deve esserci quanto meno una eccezione al principio della proporzionale. Ricordiamo che l'art. 32 della costituzione afferma che la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interessi della collettività. Questo viene prima di tutto e per raggiungere questo scopo, la salute, non ci devono essere strumenti di limitazione come è la proporzionale. Questa deroga al principio della proporzionale va applicato all'intero settore sanitario, non solo per i medici - credo che a tutti interessi avere un medico bravo, competente, capace, e non un medico che sappia le tre lingue, indipendentemente quindi dall'etnia o dalla lingua - quindi anche ai dirigenti amministrativi, per un'evidente analogia. Questi dirigenti dovrebbero essere scelti in base a concorsi e non per una scelta politica da parte dell'amministrazione provinciale.

Questa deroga al principio della proporzionale porterebbe automaticamente a risolvere il problema dei precari, per la salvaguardia occupazionale di questi lavoratori e per la tutela del loro futuro professionale. Oltre al resto pare che sia necessario sempre ricorrere ogni giorno a nuove assunzioni fuori provincia per la mancanza di personale qualificato nel settore sanitario con contratti ad hoc.

Gli argomenti da trattare sarebbero moltissimi su questa proposta di legge. Io mi riservo di intervenire sui singoli articoli. In questo momento non posso anticipare il mio sì a questo disegno di legge per i motivi che ho enunciato.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE:

**Dott. RICCARDO DELLO SBARBA**

VORSITZ DES PRÄSIDENTEN:

**PRESIDENTE:** Ha chiesto di intervenire il collega Minniti, ne ha facoltà.

**MINNITI (AN):** "Qui dentro, non da oggi, abbiamo sempre fatto riferimento alla politicizzazione di questi enti di gestione, e concordiamo con questa proposta di gestione di un'unica Unità sanitaria per la provincia di Bolzano". Non cado dal cielo e dalla luna iniziando così il mio intervento, perché ho voluto riprendere appositamente un verbale del 2 dicembre 1992, relativo ad un dibattito che c'è stato in Consiglio provinciale durante il quale l'allora consigliere provinciale del Movimento Sociale Italiano, Luigi Montali, espresse questa opinione sostenendo una mozione dell'oppositore Romano Viola, il quale poi riuscì ad accedere al posto di presidente del Consiglio e dopo a quello di assessore. Nel tempo si era persa questa spinta da parte della sinistra, del centrosinistra, verso un progetto di unificazione delle aziende sanitarie. Come cambiano le cose! Tanto è vero che se noi già nel 1992 sostenevamo questa azione di unificazione delle aziende sanitarie intese come strumenti di politicizzazione, dieci anni dopo, passata Fiuggi per la destra nazionale, Alleanza Nazionale propose un proprio disegno di legge attraverso il quale si chiedeva l'unificazione delle aziende sanitarie, rilanciando quindi un progetto che Alleanza Nazionale aveva inteso fare proprio in attesa di altre proposte in questo senso che noi tutti dell'opposizione avremmo preferito che venissero, in quei dieci anni di deserto legislativo in materia, dallo stesso consigliere Viola, nel frattempo divenuto assessore, o dagli eredi di quel partito che lui rappresentava in Consiglio, ovvero la sinistra, il partito comunista, i Democratici di Sinistra, e in linea di massima da tutto il centrosinistra che oggi siede in questa maggioranza. Abbiamo dovuto aspettare dieci anni, e poi abbiamo rilanciato noi questa tematica. Ricordo ancora certi sorrisi ironici da parte di molti colleghi della maggioranza circa la nostra proposta di unificare le aziende sanitarie, perché nel frattempo, oltre ad una convinzione che era nata in noi come partito di opposizione e che comunque non era solo nostra, ricordo che le mozioni e anche il disegno di legge che Alleanza Nazionale aveva presentato a suo tempo riuscirono a riscuotere l'adesione di altre forze politiche di opposizione, a quel tempo c'era il collega Benedikter assieme alla collega Klotz. Allora noi, al di là di aver maturato questa convinzione per nostra cultura, avevamo anche assistito ad una grossa, severa posizione assunta dalla Corte dei Conti che denunciava lo sperpero che le quattro aziende sanitarie, si chiamavano ancora Unità Sanitarie locali, producevano sul territorio altoatesino. Se era vero che la spesa delle quattro aziende sanitarie non portavano comunque al quadruplicamento dei costi, era comunque vero che l'organizzazione così come avveniva, e purtroppo dob-

biamo dire così come verrà, visto e considerato come questo disegno di legge nasce e si evolve, veniva a determinarsi tutta una serie di costi.

Veniamo ad oggi. In questi quattro anni e mezzo Alleanza Nazionale ha continuato nella sua azione convinta, ha cercato di far maturare questa convinzione anche in altri soggetti, e comunque arriviamo alla coraggiosa iniziativa, post elettorale per una volta, dell'assessore Theiner che all'indomani delle elezioni di questo Consiglio provinciale dichiarò di voler unificare le aziende sanitarie, anche con la condivisione del presidente della Giunta provinciale, un primo passo importante. Abbiamo assistito a tre anni di lavoro su questo, siamo arrivati a questo disegno di legge che nel principio - lo abbiamo già detto nella relazione di minoranza - sposa pienamente. Nel principio riconosce e rivendica quasi il diritto di unificare queste aziende sanitarie nell'idea così come espressa dall'assessorato, non nei contenuti purtroppo. Ci saremmo aspettati un disegno di legge "più ricco", ovvero che tenesse conto non solo di un quadro "amministrativo" ma anche di un quadro prettamente clinico, che tenesse conto di quelli che sono i provvedimenti, forse impopolari all'interno delle Aziende sanitarie, che si sarebbero dovuti effettuare e concretizzare. Più di una volta Alleanza Nazionale ha detto che con l'azienda sanitaria unica non ce n'è per nessuno, si dovrà procedere con il taglio di alcuni primariati. E' impensabile che esista ancora un'azienda sanitaria unica dove però c'è il moltiplicarsi dei primariati, come se nulla fosse cambiato.

Comprendiamo il fatto che ci sono dei contratti stabiliti fra la Giunta provinciale, le aziende sanitarie e alcuni primari, ma questi contratti devono essere a termine, e in ogni caso si sarebbe dovuto indicare un periodo entro il quale intervenire per creare delle condizioni veramente unitarie e che portassero ad una riduzione dei costi sanitari, partendo magari, se non vogliamo procedere con un "tabula rasa" fin dall'inizio, dalla situazione di quegli ospedali periferici a cui abbiamo fatto riferimento nella nostra relazione di minoranza. E' veramente un istituto di clientela quanto sta avvenendo ormai da anni presso strutture ospedaliere come Silandro, San Candido, Vipiteno, dove esistono sei primariati per struttura, che sono l'esatta fotocopia di quelli presenti presso le strutture di Merano, Brunico e di Bressanone. Credo che sia un caso unico al mondo, che ci siano doppi primariati a 30 km di distanza! Sono primariati che producono costi, ovviamente, unitamente agli altri doppiati che rimangono in piedi attraverso la presenza di primariati presso l'ospedale di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. Non solo, durante l'audizione che la quarta Commissione legislativa ha avuto con alcuni esponenti interessati tra la società cosiddetta civile, medici, infermieri, sindacati, direttori generali ecc., abbiamo appreso che gli stessi acquisti non avverranno unificati, che si procederà ad unificare solo una piccola parte di acquisti nel settore dell'amministrazione, ma che gli altri continueranno ad essere slegati l'uno dall'altro e ogni comprensorio procederà sostanzialmente con una separata procedura di acquisto del materiale. Anche questo ci lascia molto perplessi, perché o è Azienda sanitaria unica, e allora lo è anche nell'unificazione degli acquisti stessi, delle gare di appalto, così come la stessa Corte dei Conti invitava a fare se non erro nel 1997 o 1999, oppure

è solo un'etichetta che mettiamo sulla porta dell'ospedale di Bolzano dicendo che ormai non c'è più un'Azienda sanitaria di Bolzano, una di Merano, una di Bressanone, una di Brunico ma una Azienda sanitaria unica. Non è questa l'unicità alla quale Alleanza Nazionale guardava! Era ben altra. Paradossale è ancora il fatto che quando in commissione, all'inizio di agosto, ci trovammo a chiedere quale fosse il risparmio che tale iniziativa, tale provvedimento avrebbe potuto portare alla sanità altoatesina, non ci fu una risposta chiara, si parlò di 27 milioni di euro, ma era una cifra non ufficiale, tutti avevano paura di dire qualsiasi cifra. Mi ricordo che non si parlò ufficialmente di cifre, perché non si possono sapere quelli che possono essere i risparmi prodotti da un suddetto disegno di legge proprio perché non si mira anche alla riduzione dei costi che possono provenire da una riforma clinica anche della materia, e non solo amministrativa.

Rimaniamo quindi in un ambito molto astratto, e diventa anche difficile per il consigliere che viene chiamato a valutare un provvedimento importante come questo, poter avere un quadro completo della situazione e poter con coscienza decidere come rapportarsi di fronte a questo disegno di legge. Questo per quanto riguarda una valutazione prettamente amministrativa, tecnica. Poi c'è l'aspetto politico.

Dobbiamo riconoscere all'assessore e ai suoi uffici, che ringrazio per la capacità che hanno avuto di individuare una soluzione ottimale per quanto riguarda la proporzionale, ma anche per il sostegno che ci è stato dato nel chiarirci alcune perplessità che nel dibattito preparatorio hanno saputo fare, di aver trovato una soluzione, per quanto riguarda la proporzionale, tutto sommato positiva. Rimane anche qui aperta la questione riguardante i servizi multizonali, che deve essere affrontata in maniera seria, serena, con coraggio, così come con coraggio dovrebbe essere affrontata la situazione dei contrattisti. Ci sono 800 contrattisti all'interno della sanità altoatesina, e quando parlo di contrattisti, faccio riferimento a certe figure considerate precarie dal punto di vista politico-occupazionale ma anche di quei liberi professionisti, soprattutto nel settore infermieristico, che non si sentono tutelati attualmente dai contratti in essere e che comunque non hanno chiara anche loro una visione futura della prossima Azienda sanitaria unica. Ci sarebbe voluto più coraggio magari nell'affrontare tematiche di questo genere. E rientriamo nel discorso che forse sarebbe stato meglio attendere un anno in più ma discutere anche sulla riforma clinica della sanità, anche perché così Lei lascia ai suoi eredi, qualora non sia più assessore alla sanità ma sarà diventato assessore in qualche altra competenza, questa eredità sicuramente grave per chi La sostituirà come assessore alla sanità futura.

Per quanto riguarda la proporzionale, un partito come Alleanza Nazionale non avrebbe potuto apprezzare un sistema che avrebbe potuto portare una penalizzazione alla comunità linguistica italiana. Sappiamo che, al di là del fatto che il sistema scelto in qualche maniera rende più elastica l'assunzione anche all'interno dei vari comprensori, anche perché sappiamo che qualora non venissero occupati dei posti in uno dei quattro comprensori, quei posti che rimangono liberi possono in qualche ma-

niera essere giostrati sugli altri tre comprensori, creando quindi una minore rigidità nell'assunzione del personale, il gruppo linguistico italiano non rimane più penalizzato di altri da una nuova applicazione della proporzionale. Nella relazione di minoranza dicevamo che rispetto al passato con il nuovo sistema perdiamo quattro posti su un totale di oltre 2000. È vero, ma cosa sono quattro posti di fronte all'assenza della piena occupazione? Sono posti che quindi in realtà non si perdono, perché non si sono mai occupati. Però il gruppo linguistico italiano poi recupera la possibilità di avere quattro nuovi primariati. Infatti in questo non concordo con alcune dichiarazioni che ho letto sul quotidiano "Alto Adige" di ieri dove si diceva che veniva azzerata la dirigenza italiana con la nuova legge sulla Azienda sanitaria unica. Proprio grazie ad un emendamento di Alleanza Nazionale, che abbiamo considerato una norma di garanzia, faccio riferimento all'articolo 8, viene assicurato al gruppo linguistico italiano, la possibilità di accedere a tutte e due qualifiche previste per i cosiddetti "super manager", ovvero per i quattro direttori: direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, direttore tecnico-assistenziale, poi i quattro direttori di comprensori. L'impostazione precedente dell'art. 8, così come era stato proposto dall'assessorato, non garantiva al gruppo italiano di poter accedere a uno dei quattro posti di direttore superiore diversi da quelli di direttore di comprensori. Proprio quella norma di garanzia che abbiamo voluto e che ha trovato riscontro positivo nell'assessore competente, ha assicurato che il gruppo italiano possa accedere anche lì.

Così come riteniamo si debba fare qualcosa di importante, coraggioso, qualcosa di più relativamente al ruolo dei primariati. È un'antica critica quella che adesso faccio, che Alleanza Nazionale ha avanzato ormai da tempo. Abbiamo denunciato in più di una occasione come i primariati che vengono assegnati al gruppo linguistico italiano siano per gran parte primari di servizi: radiologia, servizi igiene e sanità, e comunque primariati che in qualche maniera non danno quel prestigio professionale occupazionale che invece magari il gruppo linguistico tedesco può vantare. Lo abbiamo scritto nella relazione di minoranza, abbiamo fatto alcuni esempi lampanti, abbiamo anche indicato nelle varie forme di considerazione di primariati di prestigio o meno, considerando i coefficienti stipendiali, considerando i posti letto che gestisce il gruppo linguistico italiano, considerando tutta una serie di questioni, come se bastassero queste comunque ad indicare quale sia il prestigio o meno di un primariato ma abbiamo comunque denunciato ormai da anni come per il gruppo linguistico italiano sembra che alcuni primariati siano inaccessibili. Crediamo che invece la nuova legge in discussione debba prevedere una norma di garanzia anche in questo senso. Bisogna garantire al medico di lingua italiana di poter accedere ad alcuni primariati considerati "di peso". Abbiamo anestesia e rianimazione su Bolzano e Merano, primariato di biochimica, di cardiologia, di chirurgia generale su Bolzano, di dermatologia su Merano, direzione medica, che è considerata un primariato, su Bolzano e Merano. Abbiamo radiodiagnostica a Bolzano e a Bressanone. Ci manca qualche primariato. Purtroppo un primariato importante come la neurochirurgia è stata abbandonata ed è stata assegnata al gruppo



linguistico tedesco, anche se vi era comunque un accordo ben preciso fatto negli anni in base al quale, come la chirurgia 1 sarebbe andata al gruppo linguistico tedesco, la neurochirurgia sarebbe rimasta al gruppo linguistico italiano. Abbiamo perso anche quel primariato, e il gruppo linguistico italiano si trova a gestire purtroppo primariati considerati in ambito sanitario, non da Alleanza Nazionale perché noi ci guardiamo bene dal disconoscere una specialità piuttosto che un'altra, primariati di serie B.

Questo disegno di legge dovrebbe prevedere anche una migliore distribuzione proporzionale proprio in riferimento a quelle che sono le complessità dei servizi ovvero dei reparti che vengono assegnati ai singoli medici e che quindi al gruppo linguistico italiano vengano riconosciuti comunque dei primariati complessi per quanto riguarda i servizi e i reparti, che oggi magari non sono ad esso riconosciuti. Questo è un altro passo in avanti nello sviluppo del rispetto fra i gruppi linguistici e delle specificità, della qualità e capacità dei medici, anche di quelli italiani.

Così come avremmo preferito, lo sosteniamo in un ordine del giorno che presenteremo prima della conclusione del dibattito generale, che la Giunta provinciale prendesse forza, si facesse coraggio anche su un altro aspetto, quello del patentino per i primari, ovvero prevedere che possano essere assunti, almeno per il primo incarico quinquennale, anche primari non in possesso del patentino, e che ciò possa comunque permettere alla sanità altoatesina di godere della qualità, delle capacità di primari che altrimenti non potrebbero esercitare in provincia di Bolzano. Ricordiamo tutti il caso Scienza, neurochirurgo stimatissimo in tutta Europa, ma che in Alto Adige non ha potuto ricoprire l'incarico primario della neurochirurgia perché non provvisto di patentino nonostante in più di una occasione abbia cercato di farlo. Nel rinunciare attraverso la ferrea imposizione di un principio dello statuto, che però deve essere più elastico secondo noi anche di fronte a queste cose, alle prestazioni che voleva offrire il prof. Scienza, la Giunta provinciale negò alla popolazione altoatesina di poter godere di un professionista dalle qualità e dalle capacità eccelse riconosciute da molte strutture.

Queste sono delle lacune. Le abbiamo sottolineate nei vari incontri che abbiamo avuto con l'assessore, in commissione, durante l'audizione, però avremmo preferito che su questi aspetti ci fosse, da parte dell'assessore, quel pizzico di coraggio in più che era necessario di fronte ad una normativa così importante e così imponente, perché è una piccola-grossa rivoluzione. Diceva un filosofo che si assiste ad una rivoluzione quando le cose si cambiano. Si possono cambiare di poco o tanto, comunque è sempre una rivoluzione. Questo disegno di legge rappresenta una rivoluzione nell'organizzazione della sanità. Avremmo preferito che fosse fatto diversamente. Attendiamo lo sviluppo del dibattito. Abbiamo presentato degli emendamenti, in particolar modo sull'art. 28 che riguarda l'applicazione della proporzionale anche ai primariati, abbiamo degli ordini del giorno, rimaniamo un po' alla finestra. Noi vogliamo essere un partito aperto, non chiuso come a volte ci sembra la Giunta provinciale, a qualsiasi valutazione, serena, seria, leale e sincera, ma è ovvio che alla fine dei conti dovremo tirare le somme. Auspichiamo che non si perda un'occasione importante come questa

affinché un disegno di legge possa passare non con i voti di una maggioranza politica ma di un ampio consenso, che significa essere riusciti a realizzare un atto legislativo che possa essere largamente condiviso da tutti e che soprattutto possa veramente ricoprire tutte le necessità di cui si ha bisogno nell'ambito sanitario.

Rimaniamo in attesa. La nostra espressione su questo disegno di legge l'abbiamo scritta nella relazione di minoranza e l'abbiamo detto in più occasioni. Aspettiamo che questa apertura mentale di Alleanza Nazionale questa volta ci sia anche da parte della Giunta provinciale.

**PRESIDENTE:** Siccome sono le ore 18.45 chiudiamo i lavori. Ricordo che la discussione generale proseguirà domani.

La seduta è tolta.

ORE 18.45 UHR

## **SEDUTA 100. SITZUNG**

**20.9.2006**

Sono intervenuti i seguenti consiglieri:  
Es haben folgende Abgeordnete gesprochen:

**BAUMGARTNER** (9)  
**KLOTZ** (16, 26, 30, 124)  
**KURY** (6, 26, 34, 36, 39, 129)  
**LAIMER** (20, 38)  
**LEITNER** (3, 11, 12, 19, 21, 24, 29)  
**MAIR** (136)  
**MINNITI** (140)  
**MUSSNER** (27)  
**PASQUALI** (27, 139)  
**SEPPI** (7)  
**SIGISMONDI** (8, 15)  
**THEINER** (16, 33, 40)  
**URZÌ** (14, 16, 32, 34)