

SENATO DELLA REPUBBLICA

VI LEGISLATURA

345^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 13 AGOSTO 1974

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente SPAGNOLLI,
indi del Vice Presidente VENANZI
e del Vice Presidente ROMAGNOLI CARETTONI Tullia

INDICE

COMMISSIONE PARLAMENTARE PER LA LOCALIZZAZIONE DEGLI IMPIANTI PER LA PRODUZIONE DI ENERGIA ELETTRICA

Nomina di membri Pag. 16682

CONGEDI 16651

DISEGNI DI LEGGE

Approvazione da parte di Commissioni permanenti 16682

Inserimento nell'ordine del giorno del disegno di legge n. 1708-B:

PRESIDENTE 16651

SEGNANA 16651

Trasmissione dalla Camera dei deputati e deferimento a Commissioni permanenti in sede referente 16651, 16682, 16708

Seguito della discussione:

« Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, re-

cante norme per la estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria » (1774) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Relazione orale):

ARGIROFFI Pag. 16700

AZIMONTI 16676, 16681

BARBERA 16664

BROSIO 16652 e *passim*

CALIA 16692

COLOMBO, *Ministro della sanità* . 16678 e *passim*

* COSTA 16670

DE GIUSEPPE, *relatore* 16676 e *passim*

DEL NERO 16660

DEL PACE 16693

NENCIONI 16688 e *passim*

OSSICINI 16659

PELLEGRINO 16693

PINTO 16666

N. B. — L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore.

Presidenza del Presidente SPAGNOLLI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 9,30).

Si dia lettura del processo verbale

FILETTI, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del giorno precedente.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Nel corso della seduta potranno essere effettuate votazioni mediante procedimento elettronico.

Congedi

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il senatore Bettiol per giorni 1.

Annunzio di disegno di legge trasmesso dalla Camera dei deputati e di deferimento a Commissione permanente in sede referente

PRESIDENTE. Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso il seguente disegno di legge:

Deputati MATTARELLI ed altri; FIORET ed altri; IANNIELLO ed altri; CICCARDINI ed altri; BOFFARDI Ines ed altri; COSTAMAGNA e BODRITO; ALFANO ed altri; LENOCI; GARGANO; MAGGIONI ed altri; FELICI; FLAMIGNI ed altri; DE MICHIELI VITTURI ed altri; RIGHETTI e ORLANDI; BELCI; ALFANO ed altri; LUCCHESI; SACCUCCI. — « Disposizioni a favore di categorie del personale del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza » (1777).

Detto disegno di legge è stato deferito in sede referente alla 1ª Commissione permanente (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno, ordina-

mento generale dello Stato e della pubblica amministrazione), previo parere della 5ª Commissione.

Inserimento nell'ordine del giorno del disegno di legge n. 1708-B

SEGNANA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SEGNANA. Onorevole Presidente, a nome della 6ª Commissione permanente, chiedo, a norma dell'articolo 56, comma quarto, del Regolamento, l'inserimento nell'ordine del giorno della seduta odierna del disegno di legge n. 1708-B riguardante: « Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 1974, n. 254, recante alcune maggiorazioni di aliquota in materia di imposizione indiretta ».

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, la richiesta è accolta.

Seguito della discussione del disegno di legge:

« Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria » (1774) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Relazione orale)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della

spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria», già approvato dalla Camera dei deputati, inserito nell'ordine del giorno, con relazione orale, ai sensi dell'articolo 56, quarto comma, del Regolamento.

È iscritto a parlare il senatore Brosio. Ne ha facoltà.

B R O S I O . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, siamo un po' in difficoltà nell'affrontare questo complesso e importante disegno di legge per ragioni che in parte sono state esposte nella mia dichiarazione di ieri sera relativa alla eccezione pregiudiziale di anticostituzionalità che è stata respinta.

Riteniamo tuttora che questo provvedimento, specialmente nella parti riguardanti l'avvio alla riforma sanitaria e le clausole connesse, avrebbe dovuto essere discusso in ben altre condizioni, direi anche di stagione, ma soprattutto di tranquillità, di preparazione e, permettetemi di dirlo, di serietà.

Quindi mi limiterò a qualche osservazione e a porre soprattutto delle domande sulle quali non mi attendo però dall'onorevole Ministro una risposta; in gran parte saranno domande retoriche, le quali per definizione non esigono risposta. Tali domande però esprimeranno lo stato di imbarazzo e di incertezza nel quale ci troviamo rispetto ad una gran parte di questo provvedimento, che è una delle cause della nostra profonda insoddisfazione.

A questo proposito devo aggiungere che siamo stati delusi nel constatare che, mentre il Governo si era deciso a trasformare in disegni di legge ordinari alcuni dei decreti-legge facenti parte del pacchetto fiscale, non ha creduto invece di farlo per questo decreto, che forse era il più importante e quello che maggiormente lo esigeva. Ieri alla 12ª Commissione, nella quale ero ospite, ho posto una domanda all'onorevole Ministro — il quale mi ha cortesemente e esattamente risposto — che rifletteva questo nostro stato d'animo. Gli ho ricordato che il Ministro per i rapporti col Parlamento mi aveva ufficialmente comunicato come capogruppo quali erano, ad un certo stadio del-

l'iter procedurale sul pacchetto, gli intendimenti del Governo, dopo aver valutato le prime reazioni della stampa, dell'opinione pubblica, dei partiti su taluni di essi. Su questo specifico provvedimento sulle mutue e sull'avvio della riforma sanitaria l'onorevole Gioia mi aveva comunicato che il Governo aveva lasciato al Ministro della sanità la facoltà di considerare quali fossero i punti contestati dello stesso al fine di trasferirli alla discussione del disegno di legge normale sulla riforma sanitaria. Gentilmente l'onorevole Colombo mi ha risposto che effettivamente vi era intendimento di questa fatta, e si era pensato anzi di alleggerire alcuni articoli (se ben ricordo gli articoli 11 e 13), ma che poi anche in considerazione dell'atteggiamento della maggioranza della Commissione si era preferito di non farlo.

Prendo atto di questa risposta — non ho niente da osservare su di essa — ma devo dire che, forse per una mia erronea interpretazione, avevo inteso la risposta dell'onorevole Gioia in un senso molto più ampio. Essa aveva acceso la nostra speranza nel senso che l'intero provvedimento, proprio perchè noi e molti lo si considerava tra i più discutibili, dal punto di vista della procedura e del metodo usato, tra quelli facenti parte del pacchetto, sarebbe stato accantonato e poi discusso insieme al disegno di legge sulla riforma sanitaria che ormai si attende e che è già stato presentato al Consiglio dei ministri.

Faccio questa annotazione senza trarne alcun'altra conseguenza, ma semplicemente per sottolineare come la nostra delusione sia stata profonda e come fossimo — e rimaniamo — dell'opinione che se c'era un provvedimento che avrebbe dovuto essere stralciato, e separato nella parte che riguardava la situazione di emergenza finanziaria delle mutue e degli ospedali da quella che riguardava l'avvio della riforma sanitaria e disposizioni connesse, era proprio questo. Sfortunatamente questo non è accaduto.

Fatta questa constatazione dirò che noi ora non siamo in grado — nè tanto meno sono in grado io che, lungi dall'essere uno specialista in questa materia, posso vantarmi di battere probabilmente il *record* dell'incom-

petenza — di affrontare il provvedimento a fondo, salvo forse per quel che riguarda la sua prima parte e cioè le operazioni di finanziamento d'emergenza al fine di sollevare le mutue e gli ospedali dalla loro estremamente penosa situazione. Naturalmente riconosciamo il problema e l'abbiamo sempre riconosciuto, e proprio per questo abbiamo sempre parlato di stralcio; comprendiamo che non si potevano lasciar fermare gli ospedali e quindi bisognava in qualche modo provvedere. Ma disgraziatamente la soluzione non è brillante, e anche per questo non voglio fare una critica particolare al Governo, perchè è la situazione generale che non è brillante, anzi è purtroppo pessima e disastrosa, e quindi non si possono inventare colpi di bacchetta magica per risolverla in modo soddisfacente. Ma che la soluzione trovata si presti a forti dubbi e a grosse critiche dal punto di vista finanziario e della copertura è indubbio, ed è dimostrato dal parere che ci ha dato la 5ª Commissione al riguardo, che è stato qualificato nella discussione in Commissione di merito come analogo ad una di quelle sentenze suicide, in cui il magistrato relatore, non ben convinto della decisione presa dal tribunale o dalla corte, se la cava con un procedimento che è più o meno corretto ma che è in uso e che io nella mia vita professionale ho visto impiegare parecchie volte, accettando il dispositivo come deciso dai suoi colleghi e aggiungendo una motivazione che è praticamente in contraddizione col dispositivo, di modo che ne facilita la riforma in sede superiore o quanto meno attira l'attenzione del giudice della sede superiore sul fatto che un problema di riforma o di riconsiderazione esiste.

Effettivamente la Commissione ha detto: sì, siamo d'accordo sull'opportunità di approvare il decreto, ma in sostanza dobbiamo confessare che la copertura non c'è o è una copertura estremamente fragile e discutibile. Questo è vero anche a partire dai 2.700 miliardi che occorrono, e che si raccoglieranno ricorrendo al mercato finanziario. E sappiamo tutti in quali condizioni il mercato finanziario sia oggi, e quanto sia non dico difficile, ma quasi impossibile trovare, alle condizioni normali a cui un prestito pubblico

può essere emesso, dei sottoscrittori reali fra i risparmiatori.

Quindi si tratterebbe soprattutto di una operazione fittizia dal punto di vista sostanziale, nel senso che gli enti bancari si divideranno per *tranches*, per fette, l'onere di queste sottoscrizioni, si caricheranno di nuovi titoli e ne gonfieranno i loro portafogli, e praticamente poi lo Stato ne risponderà; cosicchè, come è stato ricordato ancora in Commissione del bilancio ieri, richiamandosi all'autorità di Luigi Einaudi, avverrà ancora una volta che lo Stato continuerà a creare con questa emissione continua di titoli, debiti verso se stesso; è tutto un giro vizioso che certamente appesantisce la situazione finanziaria e che non può certo migliorarla. A parte il fatto che se poi veramente si dovesse ricorrere al mercato finanziario reale, risorgerebbe allora l'alternativa di fronte alla quale ci troviamo e che il Governo e la Banca d'Italia debbono affrontare tutti i momenti, della scelta della fonte di questi miliardi che si tratta di pompare dal mercato finanziario: ossia, se questi miliardi vadano a prosciugare le possibilità di risparmio destinate a impieghi produttivi e quindi a generare un pericolo di depressione e di disoccupazione, o se non debbano invece essere reperiti con altri metodi meno ortodossi elevando però il *plafond* generale del debito pubblico, ricorrendo magari alla stampa di biglietti e quindi aumentando l'inflazione. Purtroppo siamo in questa alternativa continua tra inflazione e depressione e il caso attuale dei 2.700 miliardi — che non è una cifra indifferente — non può sfuggire alla situazione generale.

Vi sono poi gli altri rilievi fatti dalla 5ª Commissione ai quali possiamo rimetterci per la nostra critica. Innanzitutto vi è quello sull'articolo 2-bis che riguarda le sovvenzioni ai comuni per i loro debiti verso gli ospedali, che non potranno essere coperti dai 2.700 miliardi. Essi hanno avuto una particolare assegnazione di 50 miliardi per il servizio di debiti imprecisati, il che è un grave errore di tecnica e di sostanza. Non si è mai visto sinora, come è stato giustamente osservato in Commissione, che sia data la autorizzazione al Governo di indebitarsi fis-

sando una somma a *forfait* di interessi e spese per debiti di cui non si conosce l'ammontare. Queste operazioni si fanno indicando in modo preciso per quanti milioni o miliardi lo Stato è autorizzato ad indebitarsi: poi ne discenderà il peso del debito a seconda, naturalmente, delle condizioni delle operazioni. A parte questo, però, vi è anche un supplemento di indebitamento poichè ai 2.700 miliardi si aggiungerà l'importo capitale corrispondente ai 50 miliardi per interessi e ammortamento. La cifra quindi diventa notevolmente superiore e vale sostanzialmente a proposito dell'articolo 2-bis ciò che dicevo per i 2.700 miliardi.

E inoltre, sempre per un emendamento che è stato approvato alla Camera, all'articolo 14, n. 6, sono spuntati 100 miliardi di apporto integrativo dello Stato al fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera per i quali non si è nemmeno pensato a indicare una copertura.

È stato infine giustamente osservato che all'articolo 23 i 43 miliardi di concorso supplementare dello Stato per questo finanziamento di 2.700 miliardi — a tale scopo infatti l'aumento dei contributi non sarà sufficiente — è stato valutato non tenendo conto che questi contributi sono stati diminuiti con un emendamento concernente i lavoratori autonomi, di modo che rimane una differenza che dovrà essere colmata dallo Stato e che quindi aumenterà i 43 miliardi rimasti a carico del medesimo. Di questo, ripeto, non si è creduto di tener conto rettificando opportunamente l'articolo 23.

Per tutto questo complesso di motivi dovremmo arrivare alla malinconica conclusione che di preciso possiamo dire solo che si tratta di una operazione forzosa, di necessità, davanti alla quale più che consentire siamo disposti a chiudere gli occhi dal momento che non siamo certamente sordi alle esigenze imprescindibili delle situazioni in cui ci troviamo. Ma non possiamo certo, ripeto, consentire apertamente, perchè la vediamo operazione affrettata e sotto molti aspetti non conforme alle buone regole finanziarie e alla legge.

Potrei aggiungere ancora un'altra osservazione che prescinde dalla copertura, e

cioè che con questa operazione di 2.700 miliardi non è affatto detto che copriremo tutti i debiti degli ospedali. Credo che il Governo lo sappia meglio di me: è certamente preferibile pagare una percentuale del 70 o dell'80 per cento dei debiti che non pagare affatto, ma è indiscutibile che, data la situazione degli ospedali, alla fine di quest'anno rimarrà loro ancora una massa considerevole di debiti da pagare. Si calcola infatti che gli ospedali avranno, alla fine dell'anno, debiti di 3.000 miliardi ai quali bisogna aggiungere i circa 270 miliardi dell'onere del contratto degli ospedalieri, più gli interessi che diventano purtroppo sempre più gravosi. In definitiva, in base ad alcuni calcoli abbastanza attendibili, si può dire che alla fine del 1974 gli ospedali avranno un complesso di debiti che si avvicinerà a 3.500 miliardi, per cui rimarranno scoperti circa 800 miliardi. Quindi oltre tutto l'operazione, con tutti i suoi difetti, non riesce a risolvere interamente la situazione ospedaliera.

Passando agli altri punti del disegno di legge, si può dire che il disegno di legge si impernia su quattro aspetti: ripianamento del debito, aumenti dei contributi per far fronte al relativo finanziamento, contenimento delle spese degli ospedali e delle mutue ed infine avvio alla riforma sanitaria, che naturalmente ha delle connessioni con i punti precedenti.

Di queste quattro parti la prima e la seconda sono connesse, mentre la terza e la quarta sono più strettamente legate tra di loro. Per questo proponevamo di mantenere gli articoli dall'1 al 5, nonchè l'articolo 10 e gli ultimi articoli, stralciando tutti gli altri. Tuttavia il centro di questo complesso provvedimento è rappresentato proprio dall'avvio della riforma sanitaria, ed è qui che i nostri interrogativi cominciano e potrebbero non finire. Ci domandiamo infatti: su quali basi e su quali direttive si dà l'avvio alla riforma? Che cosa si può sapere di questo progetto che sembra sia stato approvato dal Consiglio dei ministri ma di cui non conosciamo nulla? È possibile discutere seriamente di parti importanti di una riforma senza conoscere ufficialmente il pensiero del Governo sullo spirito direttivo della riforma,

sui suoi scopi ultimi e sui mezzi che ritiene di utilizzare?

Dobbiamo accettare questa discussione a scatola chiusa? Effettivamente questa è la condizione in cui ci troviamo, e riteniamo che questo sia assolutamente intollerabile non solo in relazione al momento in cui dovremo discutere la riforma vera e propria, ma anche adesso che dobbiamo prendere in considerazione i precedenti che sono importanti e che si rifletteranno sul progetto definitivo. Questo francamente è un argomento che ci sembra talmente decisivo, che ne faremo una richiesta di non passaggio agli articoli. Non vorrò certamente prendere molto tempo all'Assemblea, e se non ho nessuna intenzione di rendermi popolare più di quanto non sia popolare ciascuno dei miei colleghi, non ho neanche desiderio di rendermi estremamente impopolare trascinando questa discussione al 14 di agosto. Credo però che sia doveroso da parte mia sollevare la questione perchè francamente, a parte il fatto della stagione estiva, a parte il fatto che ci sono state concesse anche meno di ventiquattr'ore per questa discussione, proprio per ragioni di sostanza siamo nell'impossibilità di impostare seriamente l'esame di una questione di estrema gravità e di estrema importanza per il paese come questa, senza conoscere nemmeno quali sono gli ultimi intendimenti del Governo.

Naturalmente sappiamo benissimo che queste cose sono state discusse teoricamente in articoli di riviste, in tanti dibattiti pubblici e privati che si sono avuti sull'argomento, ma non è su questo che il Parlamento deve decidere. Noi non abbiamo nemmeno il diritto di ricostruire su dei dati estranei quello che può essere il pensiero del Governo nell'animare la sua riforma e il suo progetto per farne la base della discussione. Queste cose ce le deve dire il Governo, e non ce le deve dire nemmeno alla conclusione di una discussione, ce le deve dire all'inizio, in tempo utile affinché possiamo ragionatamente esaminarle. Tutto questo non è avvenuto, quindi mi pare che noi giriamo a vuoto. E certamente nel corso del mio intervento, che prolungherò il meno possibile, non potrò essere nè serio nè esauriente; a parte il fat-

to che il senatore Premoli, che è molto più competente di me, è assente e non potrà rientrare in tempo utile per prestarmi assistenza.

Ma vi è un altro punto, che rientra poi nello stesso ordine di ragionamento: quali sono le basi finanziarie e le conseguenze finanziarie di questa riforma? Anche questo punto dovrebbe essere discusso fin dal principio. In base agli articoli ed opuscoli che hanno circolato, agli articoli di Ruffolo, a queste stesse discussioni ed anche ai pregevoli contributi dell'ufficio studi del Senato, che ha cooperato molto a questo riguardo, sappiamo che la creazione del servizio sanitario nazionale con la fiscalizzazione delle fonti di finanziamento rientrano nello spirito informatore della riforma: ma questo dovrebbe essere precisato e discusso, e oltretutto a questo stadio presenta una certa contraddizione con quella che è invece la normativa, come si dice, del decreto-legge. Infatti la normativa aumenta i contributi, e l'aumento dei contributi è in contraddizione con l'idea della fiscalizzazione. Mi si dirà che questa misura è provvisoria mentre l'altra sarà definitiva; ma noi vorremmo conoscere il rapporto tra il provvisorio e il definitivo per poter esaminare serenamente se nelle presenti condizioni questo passaggio dall'uno all'altro stadio sia giustificato e come possa avvenire. Ora, questo non siamo in grado di farlo.

Non parliamo poi di sapere quale sarà il costo totale di questa riforma fondata sulla fiscalizzazione! Secondo studi che, a quel che mi risulta, vanno fino al 1971, cioè i calcoli del centro studi del Ministero della sanità, il costo della riforma sanitaria, secondo certe direttive ipotetiche, dovrebbe essere di 5 miliardi e 215 milioni all'anno, più 770 milioni aggiuntivi in base a certe provvidenze specifiche della riforma. Questi calcoli nel 1971 non erano sempre precisissimi e talvolta erano contraddittori, perchè quasi nello stesso tempo, cioè nello stesso anno 1971 il CENSIS aveva fatto degli altri studi analoghi che avevano portato a risultati parzialmente divergenti: per esempio il CENSIS riteneva che nel 1975 il costo di questa riforma sanitaria avrebbe rappresentato il 9,6 per cento del reddito nazionale, mentre secondo gli

studi del Ministero della sanità pare che questa percentuale fosse inferiore e dovesse poi diminuire per ridursi nel 1980 al 5,6 per cento.

Tutti questi dati — che sono difficili da raccogliere, da analizzare e da discutere — avrebbero dovuto fornire la base essenziale di qualsiasi discussione sulla riforma sanitaria sia preliminarmente sia definitivamente. Pertanto il ragionamento torna sullo stesso genere di critiche, senza dire poi che quali che fossero i conti al 1971 circa il costo futuro — cioè nel 1975 — di queste operazioni, tali conti dovrebbero oggi essere inevitabilmente riveduti, perchè purtroppo in conseguenza della inflazione i prezzi sono enormemente cambiati, così come è mutata la situazione finanziaria dello Stato, di modo che si pongono due problemi. Primo: i preventivi fatti allora per via di studi, non ancora interamente ufficializzati, reggono nella situazione attuale dei prezzi, dei costi e del valore della moneta? Secondo: nella situazione attuale della finanza dello Stato è ancora possibile sostenere e preferire un sistema di questo genere che potrà anche presentare dei vantaggi — e sotto questo profilo potrà pertanto essere difeso — ma che è certamente il più costoso perchè implica un allargamento dell'assistenza sanitaria e un maggior peso sull'Erario? È possibile fare oggi quello che si prevedeva di fare qualche anno fa in condizioni finanziarie molto differenti e che non si prevedevano per il futuro disastrose come le attuali?

Pertanto, sia dal punto di vista finanziario sia dal punto di vista della normativa sostanziale si ritorna sempre al punto di partenza, ossia che non siamo in grado di discutere seriamente il problema e quindi non possiamo sviluppare degli interrogativi cui oggi è inutile dare una risposta, perchè la risposta stessa avrebbe dovuto essere data in modo esauriente (e non con la sia pur cortese, intelligente, informata prontezza di un ministro alla chiusura di una discussione) non solo oralmente ma con relazioni serie, documentate e tali da poter costituire il fondamento appropriato per una discussione di questo genere.

Ci sono poi tante altre questioni su cui gli interrogativi si moltiplicano. Si dice che ora si passa tutto in mano alle regioni. Benissimo, ed io credo che in qualunque tipo di riforma sanitaria questo passaggio alle regioni si imporrà. Noi liberali abbiamo combattuto a suo tempo le regioni, ma con uguale lealtà le vogliamo ora rispettare, rafforzare e far funzionare meglio di quello che non funzionino. Si crede però veramente che esse abbiano le strutture per assumere il carico di cui vengono alleggerite le mutue? E come saranno concepite queste strutture? Ci sarà una legge-cornice? Si penserà di disciplinare le unità sanitarie locali, i distretti, le condotte, e in quali rapporti saranno? Cosa uscirà da questo trasferimento? Per adesso non se ne sa nulla: si passa tutto in blocco alle regioni, le mutue rimangono liberate dagli obblighi verso gli ospedali; c'è però il rischio che le mutue colmino questo vuoto ed approfittino di questa libertà per continuare nella loro politica di spesa, che sotto molti aspetti è stata criticata, e c'è il pericolo che ad un certo punto ci si trovi — osservazione svolta giustamente in 5ª Commissione ieri dal senatore Bollini — in una situazione nella quale il vuoto che si è determinato, da un lato per l'impreparazione delle regioni e dall'altro per la maggiore libertà, concessa alle mutue, di spendere, produrrà un peggioramento della situazione finanziaria e un allargamento della già pletorica degenza ospedaliera, con risultati assolutamente indesiderabili.

Nè crediamo che si possa far fronte a questa situazione con la semplice nomina di commissari che non sappiamo se potranno modificare o no una tradizione, una abitudine di discutibile amministrazione ormai consolidata. Tutto ciò si riflette anche sul problema della compressione delle spese. È logico che il criterio ispiratore di queste norme, volto a comprimere le spese, determina delle difficoltà, ma non si può contestare. Si può però discutere sulle responsabilità; chi sono i responsabili di tutte queste spese? Non è una discussione vana e oziosa; non si tratta di schierarsi a favore o contro i medici, a favore o contro le industrie farmaceutiche. È una discussione sui rimedi

da trovare per impedire che questa moltiplicazione delle spese si ripeta e si perpetui.

È indubbio ora che, mentre ci potranno essere anche responsabilità della classe medica — e noi non siamo qui per difendere alcuna categoria o alcun interesse privato o settoriale — certamente c'è stato un enorme errore di carattere politico che ha pesato e pesa sulle mutue e sugli ospedali e di cui bisogna tener conto. Se si vuole porre rimedio a questa situazione, bisogna trovare i mezzi per porre fine a questo sistema clientelare che si è infiltrato negli ospedali e nelle mutue.

Come privato cittadino sono rimasto spesso sbalordito e umiliato nel vedere nella mia città, Torino, che vanta una tradizione di decenza amministrativa, e a Genova, dove qualche volta ho occasione di andare, gli ospedali principali di queste città, dei quali non voglio fare i nomi, designati come democristiani, socialisti, eccetera. Si tratta di definizioni correnti dei funzionari, degli impiegati che si ritenevano facenti parte di un feudo alle cui leggi dovevano sottostare. Quindi, dal punto di vista dell'assunzione del personale e della disciplina, ogni ospedale aveva la sua impronta politica. Non dico che questi ospedali fossero sempre mal gestiti, anzi, malgrado l'impronta politica, alcuni erano tecnicamente e sanitariamente ben gestiti, ma, dal punto di vista amministrativo, ciò ha inevitabilmente generato un aumento di numero e di pretese, non sempre giustamente soddisfatte, del personale, il che ha gravato notevolmente sui bilanci.

Si può porre rimedio a tutto ciò nominando un commissario? Può un commissario porre fine a questa situazione? Ne dubito fortemente e quindi, anche sotto questo aspetto, il problema della responsabilità si risolve in quello delle misure da prendere, e le misure che sono oggi proposte appaiono quanto meno insufficienti, e in ogni caso non sufficientemente motivate e esaurientemente discusse in modo convincente per noi e per il paese.

Non mi soffermo su un dettaglio, come quello relativo alle regole per i bilanci degli ospedali, che sono regole ragionevoli fissate in un articolo di cui non ricordo il numero.

Sono stato però colpito dalla norma « i bilanci saranno strutturati su base economica ». Che cosa voglia dire questo non so esattamente. Mi ha fatto venire in mente un precedente che per me non è molto soddisfacente, cioè quello relativo alla famosa norma sulla gestione economica degli enti di gestione, che è stata stabilita solennemente nella legge e che di mese in mese e di anno in anno è evaporata fino a quando il Ministro delle partecipazioni statali non è venuto a dirci candidamente, ufficialmente, che in realtà gestione economica voleva dire gestione sottomessa al criterio politico del Ministro. Quindi, « strutturati su base economica » spero voglia dire qualche cosa, spero anche che questa frase possa essere chiarita in avvenire e che abbia una sorte meno infelice di quella che ha avuto la analoga disposizione concernente gli enti di gestione delle partecipazioni statali.

Non mi soffermo di più sui dettagli. Ho già accennato ai medici e ai farmaci e vorrei menzionare pure le cliniche private. Su tutto questo ci sono delle norme nel decreto-legge che possono essere discusse — sono state anche modificate con emendamenti — che in parte ci soddisfano e in parte no. Ma anche qui esse presuppongono che si sia presa una direttiva per ciò che riguarda il trattamento della professione di medico, il futuro delle cliniche private e la disciplina delle industrie farmaceutiche rispetto alle autorità sanitarie e agli ospedali. Tutto questo dovrebbe essere un presupposto. Le norme che dovremmo approvare sono sintetiche, quasi telegrafiche e hanno dietro di sé naturalmente tutto uno sfondo preparatorio di discussioni e di studi. Ma questo sfondo non viene alla luce né nella relazione che accompagna il provvedimento, che è molto sintetica, né, mi si permetta, nella pregevole relazione del nostro relatore. Tutto questo non viene alla luce proprio per il difetto fondamentale sul quale mi permetto di insistere e cioè che di fronte all'anticipo di una riforma grossa in cui si giocano grandi interessi dei malati prima di tutto, dei cittadini italiani e poi anche di tutti quelli che dovrebbero servirli ed aiutarli, anticipo che ha sollevato grosse questioni sulle quali bisogna

prendere posizioni di indirizzo e contingenti, noi siamo chiamati a dire sì o no senza essere illuminati da alcuna indicazione di criterio direttivo.

Quindi praticamente constatiamo che stiamo oggi assistendo ad una specie di terremoto. Non è una rivoluzione, non è una riforma per adesso: abbiamo un piccolo terremoto transitorio — speriamo che finisca — in tutta questa materia dell'assistenza sanitaria. Dove ci porterà questo terremoto non lo sappiamo. È come una marcia o una corsa piuttosto precipitosa e forzata verso l'ignoto. Che cosa rimarrà dopo lo ignoriamo. Lo vedremo forse quando discuteremo la vera riforma sanitaria. Ma intanto tutto quello che sarà avvenuto prima sarà avvenuto e noi non avremo potuto adeguatamente discuterlo. E quanto durerà questo terremoto, questa serie di scosse? Anche la riforma sanitaria infatti esigerà una lunga discussione, richiederà del tempo; e intanto matureranno gli avvenimenti; forse migliorerà, forse peggiorerà la situazione finanziaria. Noi non sappiamo tutto questo e quindi siamo nell'incertezza e riteniamo che sarebbe stato molto meglio, molto più tranquillante per tutti spendere magari ancora un anno, in una discussione seria, ma avendo fin dall'inizio tutto il quadro completo; sapere che cosa si intendeva fare, discuterlo, criticarlo, dire di sì, dire di no, ma arrivare alla fine ad una soluzione che veramente tranquillasse le nostre coscienze di parlamentari e soprattutto chiarisse al paese di che cosa si trattava, in che modo si voleva risolvere il problema e quanto questa soluzione sarebbe costata.

E a proposito di costo ho da dire ancora un'ultima cosa su un emendamento che noi presenteremo, perchè, quando si parla di riduzione delle spese, si è molto discusso anche all'estero il problema di responsabilizzare il senso di economia del cittadino bisognoso di prevenzione e di cura nel senso di farlo contribuire con una piccola percentuale al pagamento dei medicinali. Non è una questione nuova, ma è una questione che risponde ad un'esigenza sentita profondamente, chiedo, da tutti i ceti della cittadinanza. Noi abbiamo proposto alla Camera un

emendamento che riproporremo in questa sede ed è uno degli emendamenti sul quale profondamente insisteremo e cioè che per ogni farmaco venduto il cittadino paghi una modestissima somma di 200 lire, come segno della partecipazione allo sforzo generale, ma anche e soprattutto come controllo e come stimolo a impedire una indubbia esagerazione di corsa ai farmaci che il metodo attuale ha facilitato. Credo siamo tutti d'accordo sul fatto che attualmente anche le persone più umili, più modeste che non possono certo scialare sono state incoraggiate a riempirsi la casa di boccettine, di specialità di tutti i generi prescritte dai medici con grande facilità e che poi magari spesso sono andate a finire nelle immondizie. E non dico che non concorra anche qui l'effetto di un eccesso di pubblicità ed invadenza delle ditte farmaceutiche; tutti i fenomeni hanno delle cause molteplici. Bisogna esaminarli, bisogna provvedere ma da tutti i lati. Ora quando mi si risponde, come mi è stato risposto, che la responsabilizzazione del cittadino si può ottenere con la sua partecipazione democratica alla gestione degli enti sanitari, francamente io non trovo questa una risposta seria, perchè la vecchia aurea regola è che per avere titolo a partecipare alla discussione degli affari di tutti bisogna dimostrare anzitutto di avere il senso di responsabilità sugli affari propri. Se non partiamo da questo dato fondamentale che è un dato civico e un dato morale non concluderemo mai niente di serio e non faremo mai della democrazia una cosa seria.

Per noi questo è un elemento che avrebbe potuto essere utilizzato dal momento che si volevano prendere dei provvedimenti di urgenza su materie tanto delicate, e al quale tutti si sarebbero sottoposti volentieri e che avrebbe avuto certamente la sua parte calmieratrice sullo spreco di denaro e di medicinali che attualmente avviene. Quindi — e mi pare di avere già detto fin troppo per un incompetente confessato tale e che probabilmente rimarrà tale anche in avvenire — la mia conclusione è proprio questa: che questo decreto per noi, a parte i suoi vizi legali su cui si può discutere da un punto di vista o dall'altro, è rimasto un completo *rebus*, un

enigma; è una specie di terno al lotto che noi giuochiamo sull'avvio della riforma sanitaria. E questo in problemi tanto delicati francamente non si sarebbe dovuto fare. Questo cataclisma transitorio potrà avere degli effetti imprevedibili in termini del resto indefiniti, e quindi veramente ci lascia in una posizione di estremo imbarazzo, di estrema incertezza e di estrema insoddisfazione.

Viceversa noi abbiamo l'impressione dolorosa che da parte del Governo e dei partiti che lo sostengono — che non sono solo i partiti della maggioranza, ma ancora una volta i partiti dell'opposizione e dell'opposizione di sinistra — si esprima in questa maniera — mi dispiace di dirlo, ma devo farlo e credo di non sbagliarmi — una deliberata volontà di rompere gli indugi e di creare un fatto compiuto su una questione che non è stata ancora democraticamente discussa e decisa dal Parlamento del popolo italiano. E noi non possiamo che ribellarci a questo modo di procedere. (*Applausi dal centro-destra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Ossicini. Ne ha facoltà.

OSSICINI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, dirò poche parole non perchè sia entrato in un'ottica di ferragosto, nella quale non riuscirei mai ad entrare, specialmente per provvedimenti di questa portata, ma perchè in questo pur importante decreto-legge che dovremo convertire gli argomenti sono sì importanti ma entro certi limiti abbastanza ristretti e quindi finiamo per ripetere tutti le stesse cose.

Non sono affatto contrario, anzi trovo positivo che ci sia un certo anticipo, pur nella urgenza delle decisioni che dobbiamo prendere, di alcuni aspetti della riforma sanitaria. Avevo detto tempo fa, invocando questa riforma sanitaria, che era come quella commedia famosa « Aspettando Godot », dove questo Godot, che era la riforma sanitaria, non arrivava mai e la scena era sempre vuota. Adesso in scena è entrato il ministro Colombo, non ancora la riforma sanitaria, ma è già qualche cosa: per lo meno qualcosa vediamo e qualcosa aspettiamo.

Rotti gli indugi di questa attesa, però, devo dire, senza accentuare una polemica che poi finirebbe per essere fine a se stessa, che indubbiamente c'è un notevole disagio — nonostante il fatto che qualcosa di questa ipotetica riforma ormai per fortuna conosciamo — a discutere la figlia senza conoscere bene la madre. La madre, cioè la riforma sanitaria, la conosce il Consiglio dei ministri; noi discutiamo della figlia, cioè di una parte di essa. Questo rende evidentemente difficile il nostro compito, ma ciò non toglie che dobbiamo esprimerci su questo argomento abbastanza seriamente. La fretta non è un fatto positivo, perciò penso che dovremmo, se ancora possibile, riflettere su alcuni problemi, anche a costo di prolungare non i discorsi — perchè si possono dire molte cose con poche parole — ma le riflessioni. Ricorderò sempre — lo voglio dire perchè è una delle cose che mi ha più angosciato in questa mia esperienza parlamentare — una discussione sugli invalidi civili, quando dicevo che votare un certo articolo, che prevedeva il finanziamento per dei bambini handicappati ricoverati in istituti e non per l'assistenza dei bambini che si trovavano a casa, era il rovesciamento di 30 anni di lotte che noi facevamo e non andava approvato. Ma mi si disse: c'è fretta e lo dobbiamo approvare. E fu approvata, dopo 30 anni di lotta, una norma gravissima. Comunque quello che voglio dire — io non sono competente in materia, altri parleranno dell'articolo 18 — è che vi sono alcune cose inaccettabili in questo decreto-legge sulle quali dobbiamo comunque riflettere anche se i tempi (non i tempi del Parlamento che non esistono, ma i tempi del paese, poichè questi sono i tempi che ci spingono a fare delle cose con una certa urgenza) sono evidentemente modesti.

Ci sono, non c'è dubbio, dei fatti positivi: il previsto scioglimento degli enti mutualistici a scadenza precisa, l'impegno per il ripianamento dei debiti dei comuni nei confronti degli ospedali per andare incontro alle necessità degli enti locali, la rivalutazione annuale delle somme attribuite allo Stato per l'assistenza ospedaliera delle regioni e così via. Di tutto questo ho anche parlato a suo tempo. Vi sono cose di cui abbiamo spesso

discusso e che non sono per noi accettabili. Si prevedono, per esempio, altri contributi a carico dei lavoratori e ciò proprio nel momento in cui si chiedono loro maggiori sacrifici. La stessa prospettiva poi dell'articolo 4 va contro gli stessi indirizzi della riforma sanitaria, che prevede la fiscalizzazione degli oneri sociali e c'è poi il famoso problema, sul quale tutti torniamo — io non sono un competente in fatti economici ma la cosa è evidente — del come trovare questi famosi 2.700 miliardi; col ricorso alle banche purtroppo e perciò con gli interessi che aggravano la situazione.

Comunque voler almeno avviare un discorso di questo tipo è un fatto positivo ed io debbo darne atto al Ministro. Però il problema è più vasto: a parte l'aspetto più generale dell'inquadramento della riforma sanitaria, vorrei osservare che, secondo me, non è stato prudente avere inserito questo provvedimento nell'ambito del pacchetto fiscale che ha una sua logica per noi errata. Ho già detto che ci sono degli elementi positivi, ma penso che un provvedimento di questa portata, in parte anticipatore della riforma sanitaria, non può non reggersi su un certo tipo di politica economica che non crediamo attualmente sia seguita. Questo è doloroso ma è purtroppo la realtà. Non potremo mai stralciare questo tipo di discorso da una problematica più generale. Anche molte perplessità tecniche vediamo che in realtà non sono solo tecniche. Infatti certe difficoltà, di cui ho sentito l'eco nelle varie Commissioni che hanno esaminato il problema, possono essere anche superate con certi accorgimenti; quello che è difficile accettare è questa logica di politica economica nella quale il provvedimento si inserisce.

Ora, noi ci auguriamo — ed in questo senso faremo un'opposizione costruttiva e leale, come sempre — che si superi la settorialità e si dia l'avvio ad un certo tipo di riforma sanitaria. Del resto sono convinto che non sia preoccupante sempre la settorialità dei provvedimenti. Anzi, a questo proposito, voglio aggiungere che in certi casi dobbiamo anche fare provvedimenti settoriali, che la sanità è in condizioni tali per cui anche leggi parziali, naturalmente in armonia con il quadro ge-

nerale, debbono essere fatte. L'ho detto tante volte e lo ripeto. Basti pensare ad alcuni settori come quello degli handicappati, anche se l'argomento sembra estraneo al mio discorso, per renderci conto che ci troviamo in una situazione che fa vergogna a tutto il mondo. Leggevo oggi ad esempio sul giornale che i bambini del Nido verde a Roma non trovano posto. Non parliamo poi dell'ottavo padiglione di Santa Maria della Pietà. Si tratta di cose allucinanti per cui qualsiasi provvedimento parziale mi trova consenziente purchè sia nella linea della riforma sanitaria.

Ma esistono drammatici problemi economici e già un'altra volta dicevo che non è possibile per un medico accettare il ragionamento che le cure siano proporzionali ai soldi. Le cure sono proporzionali alla malattia. Una dose di un farmaco, sotto un certo limite, crea resistenze, non cura, per cui è meglio non curare affatto ma lasciare che l'organismo trovi le sue difese. Perciò è evidente che non possiamo dimensionare le cure ai bilanci se non entro limiti estremamente larghi. Invece purtroppo questo non avviene, anche nell'ottica di questo parziale tentativo di riforma sanitaria. Anche in questo caso la politica economica condiziona in modo, secondo me, drammatico le scelte che dobbiamo operare.

Per questo, dato che, onorevole Ministro, non possiamo dare un voto ad un Ministro ma dobbiamo darlo alla politica economica del Governo, pur sottolineando le non poche positività del decreto-legge, in questo quadro generale, debbo purtroppo mantenere l'opposizione del mio Gruppo. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Del Nero. Ne ha facoltà.

D E L N E R O . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli senatori, la veramente egregia relazione del senatore De Giuseppe e gli interventi già pronunciati in Commissione e in Aula hanno chiaramente messo in risalto l'importanza e l'urgenza del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, del quale stiamo discutendo la conversione.

Sull'urgenza di assicurare agli ospedali la riscossione dei crediti verso le mutue e i comuni nessuno può sollevare dubbi. La situazione è veramente al di là del limite di rottura ed impone drastiche e immediate misure. Tale urgenza però non poteva indurre ad adottare un nuovo provvedimento che consentisse agli ospedali di sopravvivere per qualche mese senza affrontare le cause di tale crisi finanziaria, senza riconoscere che il sistema attuale dell'assistenza ospedaliera richiede profonde modifiche e trasformazioni. D'altra parte sarebbe stato illogico predisporre interventi radicali di riorganizzazione del sistema senza collegarli con la riforma sanitaria che è ormai improcrastinabile, tanto che il ministro Colombo ha operato con decisione, affinché il disegno di legge relativo fosse approvato dal Consiglio dei ministri contemporaneamente alla discussione del decreto-legge in esame da parte del Parlamento.

Per questo giustamente il Senato ha ieri respinto la pregiudiziale di incostituzionalità del decreto-legge: perchè era serio, era necessario riconoscere l'urgenza di pagare i crediti degli ospedali, ma era logico e politicamente indispensabile, e conseguentemente urgente, porre rimedio alle cause che sono all'origine delle disfunzioni attuali e muoversi in una direzione nuova che inquadrasse i provvedimenti attuali nella logica della riforma sanitaria.

Il decreto, integrato e migliorato dalla Camera dei deputati, si ispira infatti ai principi fondamentali della riforma sanitaria qual è andata delineandosi nei programmi governativi, nelle indicazioni del Parlamento e di forze sociali che affermano l'assistenza sanitaria quale diritto del cittadino come tale, garantita da un sistema di sicurezza sociale basato sulla totalità e globalità dell'intervento e sviluppantesi nei tre momenti: preventivo, curativo e riabilitativo; riforma realizzata non più attraverso una struttura verticale e settoriale, ma con una struttura orizzontale e partecipata che fa perno sulle regioni e sugli enti locali. Un'assistenza che raggiunga *standards* qualitativi validi in tutto il paese, che garantisca la libertà della cura e della scelta del medico e dell'ospedale, che sia in

grado di garantire la prevenzione, la diagnosi precoce, il controllo dell'ambiente di lavoro e di vita, che rispetti la personalità e la dignità umana di ogni cittadino.

Il decreto ha pertanto senso solo se ad esso segue tempestivamente la riforma, altrimenti esso potrebbe aumentare il caos e le difficoltà che vi sono negli ospedali. In questo spirito esso non vuole avere intenti punitivi verso la mutualità. Le mutue hanno assolto un compito preciso; esse sono frutto delle lotte dei lavoratori e di questi hanno rappresentato delle valide conquiste. La mutualità, specialmente attraverso i grandi istituti, è stata uno strumento valido per assicurare assistenza sanitaria per i lavoratori ed i loro familiari, ha diffuso in tutto il paese presidi sanitari, ha assolto compiti di sperimentazione e progresso sanitario, ha curato impegni ed attività che garantissero l'assistenza sanitaria di base. Le mutue degli autonomi inoltre hanno sviluppato particolarmente un'azione partecipativa delle categorie.

Ora alla mutualità deve succedere la sicurezza sociale e ciò va fatto presto, ma senza denigrare quanto di positivo vi è stato fino ad oggi; per questo si può essere più decisi a superare gli aspetti negativi e a realizzare una radicale riforma che non sposti o riproduca i difetti di ieri, ma raggiunga nuovi e più moderni traguardi. Così il decreto non vuole avere carattere punitivo verso i medici, particolarmente verso quelli che hanno lavorato negli ospedali o nella mutualità e che hanno assicurato con serietà e sacrificio, anche in situazioni difficili, la garanzia dell'assistenza sanitaria soprattutto nella fase curativa. Certo essi devono capire che i tempi cambiano, che non si può chiedere di avere tutti i vantaggi dell'attività professionale e di quella di pubblico dipendente, che si deve costituire un nuovo rapporto che faccia prevalere i compiti e gli interessi del servizio pubblico, pur rispettando gli elementi fondamentali della professionalità e della libertà del medico e dell'ammalato.

Il decreto è semplice e lineare. Non vediamo, per chi segue i problemi dell'assistenza sanitaria, tutti i punti oscuri e delicati ai quali accennava testè il senatore Brosio e

che ne renderebbero quasi impossibile per noi oggi l'approvazione.

Esso si pone chiaramente sulle linee più volte indicate della riforma sanitaria, che non sono certamente un mistero o qualcosa di astruso, perchè queste linee sono state ampiamente affermate nei programmi di Governo e in varie discussioni in Parlamento e altrove. L'impegno di realizzare la riforma sanitaria permea invero tutto il decreto, che ne diventa un anticipatore. Sottolineo in proposito l'estensione dell'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini, l'istituzione del fondo nazionale ospedaliero, il blocco delle assunzioni da parte degli enti mutualistici, la fissazione dello scioglimento dei consigli di amministrazione, il trasferimento dei compiti dei predetti enti in materia di assistenza ospedaliera alle regioni, la costituzione dei comitati regionali di coordinamento.

Lo stesso ripianamento dei disavanzi delle mutue, l'assunzione da parte dello Stato dei debiti dei comuni verso gli ospedali, il blocco degli organici, delle nuove istituzioni di divisioni e servizi negli ospedali e l'adeguamento del fondo ospedaliero esprimono la volontà di consegnare alle regioni una situazione ospedaliera risanata e di evitare un periodo transitorio di provvedimenti convulsi, campanilistici o clientelari tali da rendere difficile la prima applicazione della riforma. Il passaggio dei compiti delle mutue alle regioni è previsto con una gradualità biennale. Apprezziamo tale gradualità. Alcuni passaggi di competenze effettuati in modo rapido, semplicistico ed intempestivo non hanno dato esito positivo. Il Governo dimostra così impegno e serietà seguendo questa strada che darà buoni frutti.

Il provvedimento rappresenta uno sforzo finanziario considerevole e credo che tutti ci dovremo sentire impegnati affinché il ricorso al mercato finanziario non voglia significare una operazione cartacea, che porti una ulteriore grave spinta sulla china inflazionistica, mentre sollecitiamo il Ministro affinché i primi pagamenti agli ospedali avvengano al più presto, non dovendosi dimenticare che diversi ospedali non potranno provvedere alle necessità urgenti di settembre, non essendo probabile che i tesorieri siano dispo-

sti a concedere altri aumenti di anticipazioni dopo il breve respiro concesso dopo l'approvazione del decreto. Contrariamente alle osservazioni di alcuni, concordo sul pagamento fatto tramite le mutue e con gli opportuni controlli istituiti. Non si tratta di una scelta politica, ma di una evidente semplificazione tecnica della quale gli ospedali hanno solo da essere lieti, essendo stato loro evitato di ripresentare richieste e contabilità con nuove procedure sempre difficili e incerte nella loro prima attuazione.

Particolarmente valido è poi l'articolo 2-bis che ha permesso di venire incontro ai comuni e di non lasciare bloccata questa parte di crediti ospedalieri. Tale disposizione, unita all'ultimo comma dell'articolo 13 che solleva dal 1° gennaio 1975 i comuni dagli oneri per le spedalità dei non abbienti, è un beneficio per i comuni ed una semplificazione di compiti. In sede di attuazione vorrà il Governo esaminare l'opportunità di distinguere tra debiti di comuni che non hanno pagato gli ospedali per semplice carenza di liquidità da quelli che non hanno pagato per carenza di stanziamenti ed effettive possibilità di bilancio.

Concordo in modo particolare con il nuovo testo dell'articolo 6 che ha consentito l'espletamento dei concorsi già indetti e le assunzioni nei limiti degli organici. Il provvedimento di blocco però occorre che sia di breve durata e che non si mortifichino le possibilità di nuove istituzioni che rispondono ad effettive esigenze, onde non rallentare lo sviluppo e la qualificazione ospedaliera specialmente in settori di personale paramedico o qualificato che in alcune zone solo ora si comincia a reperire.

Tale provvedimento però male si concilia con il vincolo sugli straordinari. In alcuni ospedali si potranno verificare casi di gravi difficoltà per assicurare certi servizi. Occorre che le regioni possano autorizzare delle deroghe eccezionali, particolarmente per gli ospedali che hanno reparti di eccezionale qualità o siti in zone dove vi sono forti movimenti di popolazione stagionale o continuativa. Più equilibrato è il comma relativo ai compensi medici, così come è stato modificato dalla Camera. Occorre in merito evi-

tare abusi, ma anche fughe dagli ospedali di medici capaci e non causare l'impossibilità di assicurare servizi per gli esterni all'ospedale in zone ove non vi siano valide attrezzature extra-ospedaliere.

Molte perplessità lascia il blocco indiscriminato delle convenzioni e tariffe stipulate dagli enti mutualistici con personale sanitario e ausiliario. Ci sembra discutibile il principio che con decreto-legge si possano bloccare i contratti di lavoro. È un principio grave che meriterebbe alcuni ripensamenti. Tali convenzioni inoltre, in molti casi, non prevedono solo le prestazioni di opera ma anche di strumenti e di materiali. È possibile bloccarle in un periodo di aumenti delle materie prime? Alludo particolarmente alle convenzioni esterne con radiologi, laboratoristi, ecc. Comprendo l'eccezionalità del provvedimento, ma non posso non esprimere molte perplessità su questo punto. Del prontuario INAM già il Ministro prevedeva ieri la necessità di un approfondimento e di direttive in via amministrativa. Occorre dare un certo tempo per non togliere agli assistiti dei vari enti — ENPAS, ENPDEDP, Cassa Mutua elettrici ecc. — certi medicinali fino ad ora consentiti e che sono di particolare importanza. Siamo d'accordo su un prontuario unico ed anche su un unico ricettario e su uguali modalità di prescrizione, come è stato previsto già nelle premesse dell'accordo per l'assistenza diretta ENPAS-ENPDEDP che fu approvato dal Ministero del lavoro alcuni mesi or sono.

Se non si vorrà però che tale articolo resti lettera morta occorreranno urgenti incontri interministeriali, con le organizzazioni mediche e con i singoli enti mutualistici e precise direttive amministrative per superare le serie difficoltà che senza dubbio si andranno delineando.

Le modifiche apportate dalla Camera all'articolo 10, anche se corrispondono a criteri di semplificazione, ci appaiono veramente ingiuste. L'estinzione dei crediti degli ospedali verso la Cassa conguaglio contrasta con la legge approvata solo un mese fa dal Parlamento e punisce gli ospedali che hanno applicato le normative sui trattamenti economici. Si tratta inoltre di bilanci chiusi e di consuntivi approvati mantenendo quei resi-

dui attivi. Occorrerà almeno — e per questo ci rivolgiamo al Governo — che siano date istruzioni che, qualora tali residui attivi non possano in qualche modo essere riassorbiti e parificati, possano essere almeno portati a disavanzo del primo bilancio utile che gli ospedali andranno redigendo.

Gli articoli 12 e 18, pur con alcune inadeguatezze, riflettono la libertà di scelta dell'ammalato, garantendo l'assistenza indiretta e la possibilità di avvalersi delle case di cura. Questa clausola tuttavia, che indica « se necessario », appare pleonastica o discriminatoria e sembrerebbe opportuno precisarla. Opportuna è infine la riaffermazione del diritto-dovere del Governo di dare direttive alle regioni con le modalità dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4. È chiaro che, quando si parla nel decreto-legge di schemi per le convenzioni si allude a schemi generici, che vogliono fissare le direttive che il Governo è autorizzato a dare alle regioni nelle materie in cui è prevista la competenza regionale, direttive che devono esser date per garantire equilibrio ed uniformità in tutto il paese.

Signor Presidente, signor Ministro, sono stato estremamente breve anche se la necessità di rendere sollecita la discussione in Commissione ha fatto sì che nel mio intervento si facessero accenni ad aspetti particolari che potevano trovare maggiore spazio in Commissione. Ho ritenuto tuttavia di sottolinearli anche quali momenti di riflessione per la riforma sanitaria. Il giudizio sul disegno di legge di conversione è pertanto, nella sua globalità, positivo. Esso ha colto contributi di maggioranza e opposizione, di regioni, di sindacati, di forze sociali e rappresenta un valido avvio ed un impegno di ristrutturazione del sistema sanitario del nostro paese.

Le esperienze che dall'attuazione del decreto deriveranno potranno essere utili suggerimenti per la riforma che non dovrà accentrare i compiti gestionali dell'ospedale nella regione, alla quale spettano gli indirizzi, i programmi, il coordinamento e neppure esclusivamente nell'unità sanitaria che avrà una molteplicità di compiti di prevenzione, cura e riabilitazione e che è pertanto opportuno che dia all'ospedale un'autonomia funzionale di gestione su un programma e

un bilancio approvati dalla stessa unità sanitaria. Né si dovrà mai distaccare totalmente l'ospedale dall'ambiente umano di tradizioni e rapporti che lo legano alla comunità locale, ma insieme si dovranno superare visioni locali ed egoistiche.

Si chiederanno sacrifici, e in questo spirito vanno accolte le addizionali ai contributi, che sono state fissate dall'articolo 4. Mi si permetta di dire che l'addizionale dello 0,15 a carico dei lavoratori è veramente estremamente modesta per cui non si giustificano alcune proteste che sono state sollevate. Credo anzi che in questo momento da parte di tutti si debba assumere un impegno di serietà e di sacrificio se si vuole realizzare un migliore sviluppo sociale e civile.

Un nuovo periodo si apre per garantire il bene primario della salute. Per raggiungere tale fine la Democrazia cristiana si sente impegnata e decisa, certa di servire ancora una volta gli interessi del popolo italiano. (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

P R E S I D E N T E. È iscritto a parlare il senatore Barbera. Ne ha facoltà.

B A R B E R A. Onorevole Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, il fatto che mi sia imposto l'opportunità di un intervento breve non significa certo che il mio Gruppo politico abbia sottovalutato l'importanza del problema in esame, non significa certo che ne disconosca il contenuto e lo spirito realistico e pratico ma nel contempo innovato. Si tratta solo di non voler ripetere cose già dette da molti altri prima di me e certamente meglio di me. Si tratta di un doveroso rispetto alla pazienza e alla resistenza dell'Assemblea, già così a lungo provata, convinto come sono, del resto che sia possibile dire tutto quanto occorre in modo sintetico.

In effetti, se andiamo a cercare la logica, la logica sintetica del decreto, vediamo come essa si possa compendiare essenzialmente in due concetti: mettere rapidamente a disposizione degli ospedali i fondi necessari per risanare una situazione talmente grave ed insostenibile da compromettere addirittura l'erogazione delle più modeste prestazioni;

creare le premesse per dare avvio alla riforma sanitaria.

Ebbene, esaminando il decreto, dobbiamo convenire sul fatto che entrambi i presupposti che costituiscono questa logica del decreto sono adempiuti attraverso una serie di disposti che ne confermano la validità.

Innanzitutto, viene fissato cronologicamente un criterio per l'estinzione dei debiti, estendendo la sua azione anche nei confronti delle posizioni debitorie dei comuni e delle provincie; in secondo luogo si costituisce il fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, con le sue variazioni adeguate annuali, sotto il controllo del CIPE. E questa mi pare una misura importante perchè consente una liquidità permanente utile anche per il finanziamento di nuovi impianti e attrezzature. Evidenzia il ruolo degli enti locali e lo qualifica; stabilisce un freno alla lievitazione della spesa ospedaliera e degli enti mutualistici e consente così la possibilità di bilanci rigidi sulla base delle somme messe a disposizione dalle regioni e non più sulla base della retta, che si sa mal definibile e soprattutto mal controllabile; estende giustamente il prontuario INAM agli altri enti mutualistici fissandone il periodico annuale aggiornamento e controllo da parte del Ministro della sanità.

Così concepito, il decreto avvia la riforma sanitaria, la esige e la condiziona. Avvia la riforma sanitaria trasferendo le competenze alle regioni e avviando il processo di liquidazione delle mutue, di cui il commissariamento degli enti mutualistici è il primo valido strumento; coordina infine l'attività delle mutue con la programmazione regionale.

Possiamo, quindi, riassumere il decreto in tre parti: la prima è quella del ripiano dei debiti verso gli ospedali, la seconda concerne le misure di salvaguardia per il contenimento della spesa e la terza, la parte riformistica, che prevede atti fondamentali come il passaggio delle competenze alle regioni — che attua finalmente un disposto costituzionale — e che costituisce il fondo sanitario nazionale e il commissariamento delle mutue con data certa. Una data certa è stabilita anche per il passaggio di tutte le competenze sanitarie e patrimoniali ai vari livelli del servizio sanitario nazionale.

Presidenza del Vice Presidente VENANZI

(Segue B A R B E R A). L'insieme di queste tre fasi racchiude il senso politico del problema perchè rappresenta il concreto superamento della mutualità ospedaliera e rende irreversibile il cammino verso la riforma sanitaria che è ormai alle porte.

A proposito di questa, il cui disegno di legge è stato recentemente approvato dal Consiglio dei ministri, dobbiamo dire che la adesione dei socialisti democratici sul piano generale è incondizionata per quanto riguarda il disegno politico. Ma dobbiamo anche formulare fin d'ora riserve per quanto riguarda i contenuti sui quali sarà necessario ampiamente confrontarci in sede di discussione per la loro definizione e realizzazione.

Benchè il testo non sia ancora giunto al Senato, è chiaro che questo è un po' il segreto di Pulcinella; per cui si può anticipare, per esempio, che ci lasciano dubbiosi le troppe numerose deleghe al Governo che si dovrebbero dare, così come si vede in una prima lettura. Riserve ci sembrano avanzabili anche sulle strutture e sulle gestioni delle unità sanitarie locali e sui rapporti tra queste e gli operatori sanitari. Il discorso sarà ovviamente più opportuno approfondirlo e precisarlo più avanti. In questo quadro naturalmente bisognerà approfondire anche il discorso sul settore farmaceutico.

Ritornando al decreto, non va dimenticata la quota di sacrifici richiesta un po' a tutte le categorie, dagli imprenditori ai lavoratori dipendenti, dai lavoratori autonomi agli operatori sanitari ai vari livelli. Per quanto riguarda i medici si è creduto di vedere nel decreto un'azione a sfondo punitivo per i sanitari. Certo che almeno il sospetto di una piccola azione punitiva resta in questo senso specie quando si pensa, in particolare, alla pericolosità di quanto contenuto nell'articolo 8.

Intendo qui, a nome del mio Gruppo, confermare il giudizio di serena solidarietà con

questa categoria di operatori validi nella loro globalità, anche se non possiamo non differenziare tra la classe medica, e nella classe medica, una sparuta minoranza di privilegiati i quali non rappresentano — nè in assoluto nè in relativo — la vera classe che opera nei vari settori della medicina.

Crediamo fermamente — tutti dobbiamo fermamente credere — che una riforma sanitaria non si fa, non si può fare senza il valido apporto dei sanitari che chiamo fin da ora alla collaborazione.

Il mio Gruppo politico ha sostenuto il decreto-legge sugli ospedali nelle sue diverse fasi: in sede di Governo fornendo alla sua formulazione il dovuto contributo; oggi lo sostiene in sede parlamentare. Così che lo si può ritenere non come opera di una sola parte politica ma come il frutto di collaborazione di tutta la maggioranza con il contributo non indifferente dell'opposizione.

Ma se una lacuna il decreto ha essa è, a nostro avviso, da ricercarsi nel fatto di non aver trattato il settore psichiatrico. Intendo riferirmi al baillame del regime manicomiale. Le malattie psichiatriche nelle loro varie forme in genere subiscono un costante incremento in relazione ad un certo tipo di sviluppo della società. L'interesse dei pubblici poteri è gravemente carente in questo settore sino ad assumere il significato di colpevolezza politica ove si tenga conto del progresso scientifico che consente per le malattie psichiatriche mezzi terapeutici più validi ed umani in contrapposizione a quelli tradizionali della custodia, della segregazione, dell'autoritarismo in nome di una concezione antistorica, incivile ed asociale basata sulla pericolosità del malato, sull'inevitabilità del ricovero per una non meglio intesa difesa della società. Bisogna prendere politicamente coscienza — e non lo si è fatto ancora a sufficienza — della tragica realtà manicomiale. Occorre dare all'assistenza psichiatrica

una sua svolta decisiva in senso civile ed umano. Su questo, onorevole Ministro, chiediamo un impegno. Lo stesso impegno che lei, onorevole Ministro, ha dimostrato nell'avviare la riforma sanitaria. Abbiamo uno strumento per poter cominciare, e cioè la legge cosiddetta della sanatoria, la quale ci dà la possibilità di alcuni significativi allineamenti tra medici psichiatrici e medici ospedalieri. Bisogna arrivare al più presto all'unificazione degli stati giuridici ed economici dei due settoni mentre bisogna eliminare o superare la discriminante della dipendenza degli ospedali psichiatrici dalle provincie. È nella logica di una corretta impostazione della riforma sanitaria, infatti, la dipendenza degli ospedali psichiatrici dalle regioni.

Su un altro punto che è in connessione con il decreto la mia parte politica vuol richiamare l'attenzione del signor Ministro ed è la programmazione ospedaliera come prevista dalla legislazione vigente, venendo a colmare le inadempienze del non aver presentato la legge di programmazione ed avviato la programmazione ospedaliera nazionale. Una tale mancanza a livello centrale ha costretto molte regioni ad autonome iniziative che, anche se apprezzabili per se stesse, rischiano comunque di compromettere il quadro generale a danno delle regioni socio-economicamente più depresse. Il Governo ha gli strumenti legislativi per operare nel settore con la massima celerità. Debbo ricordare in proposito che il Partito socialista democratico ha presentato, fin dal 1973, una proposta di legge alla Camera che porta la firma dell'onorevole Cariglia e di altri per un piano quinquennale che si propone tra l'altro di superare il divario esistente al riguardo tra Nord e Sud. È noto infatti che accanto a regioni che hanno superato anche l'*optimum* dei posti letto ve ne sono altre che hanno indici bassissimi, ed in generale questa è la situazione del Meridione e delle isole. Qualora non fossimo capaci, in sede politica, di affrontare i problemi strutturali del nostro sistema sanitario è mia opinione che gli aspetti qualificanti della riforma istituzionale potrebbero essere alquanto vanificati.

Quindi, per concludere, io vorrei affermare che il decreto-legge sottoposto al nostro esame è nel suo insieme lo strumento necessario ed idoneo a risolvere i problemi che si pone, perchè, in sostanza, si deve ammettere che è un grande anticipatore di un più grande discorso innovatore e riformatore sia pure con le riserve e con le apprensioni cui abbiamo fatto cenno. Per queste ragioni, il Gruppo dei socialisti democratici darà voto favorevole. (*Applausi dal centro-sinistra*).

P R E S I D E N T E. È iscritto a parlare il senatore Pinto. Ne ha facoltà.

P I N T O. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, le difficoltà dei nostri ospedali erano da tempo ben note. Eravamo tutti a conoscenza delle difficoltà economiche degli ospedali, giunte a un punto da mettere in discussione la sopravvivenza stessa degli enti. Vi erano e vi sono difficoltà a pagare anche gli stipendi; vi erano e vi sono difficoltà ad ottenere le forniture. All'origine di queste difficoltà vi era il particolare sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie e in modo particolare le prestazioni ospedaliere. La mutualità nel nostro paese copre i cittadini per il rischio di malattia per l'85 per cento per modo che i ricoveri ospedalieri vengono effettuati per la quasi totalità con rette a carico della mutualità. Ma questi enti non riescono a coprire con i loro bilanci le spese che sono a loro carico e tanto meno riescono a far fronte alle spese di degenza degli assistiti col ricovero ospedaliero. E poichè questa condizione si trascina da anni il debito delle mutue è lievitato in maniera progressiva, con l'aggiunta degli interessi che in questi ultimi tempi sono saliti in modo eccezionale, e i debiti della mutualità hanno raggiunto la cifra di circa tre mila miliardi. E bisogna tener presente che si tratta di una cifra in un certo senso approssimativa in quanto non è definitivamente stabilita.

Con una tale situazione debitoria, che ha portato, di conseguenza, alla paralisi quasi completa degli ospedali, un intervento diretto del Governo era necessario. Non poteva-

mo di certo assistere alla crisi totale degli ospedali, con tutti i disagi che ne conseguono per i cittadini bisognosi di ricovero, senza predisporre un intervento capace di restituire agli enti ospedalieri la possibilità di offrire agli ammalati prestazioni civili, senza la mortificazione di dover rinviare magari un intervento chirurgico per mancanza di plasma. Non si poteva continuare ad assistere passivamente ad una condizione di disagio senza soluzione per l'impossibilità delle mutue a far fronte ai propri impegni.

Ma se questo decreto-legge fosse stato solamente un provvedimento di impegno del Governo per il ripiano della passività delle mutue nei confronti degli ospedali forse non sarebbe stato neppure necessario un dibattito, e certamente dalla mia parte politica non sarebbe stato ritenuto necessario un intervento nella discussione. Si sarebbe trattato di un provvedimento di necessità che non avrebbe potuto trovare opposizioni perchè nessuno avrebbe potuto dissentire dalla necessità di riportare ordine economico negli ospedali.

Questo decreto-legge però non si limita solamente a stabilire un intervento del Governo per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali. Rileviamo con soddisfazione che contestualmente al ripiano dei debiti vengono affermati principi che sono l'avvio effettivo alla riforma sanitaria. Viene finalmente fissato un limite di tempo per la fine della mutualità, ed è ineluttabile che nel momento in cui la mutualità si esaurisce la riforma sanitaria diventi una necessità; vengono emanate norme capaci di creare negli ospedali condizioni per cui non si dovrebbero verificare ulteriori situazioni di difficoltà come quelle attuali.

Nel campo dell'assistenza ospedaliera non si poteva continuare ancora in un sistema assolutamente anomalo, prerogativa solamente degli enti ospedalieri, di procedere alla formulazione del bilancio a fine gestione. Fino ad oggi come è stata fatta l'amministrazione dei nostri ospedali? Era l'unico ente pubblico nel quale non si faceva un bilancio preventivo, ma solamente un bilancio con-

suntivo. E sulla base delle risultanze del bilancio consuntivo si procedeva poi alla fissazione della retta di degenza. Gli organi di controllo, quando la spesa era stata già deliberata e comunque consumata, non avevano altra possibilità che approvare le tante delibere. Così è stato possibile alle amministrazioni ospedaliere procedere alle assunzioni di cui noi tutti siamo a conoscenza: sono stati assunti medici, paramedici, inservienti, tanto personale senza alcuna qualificazione, fino al punto che un grosso ospedale è arrivato ad assumere ben 23 giardinieri. Era effettivamente tempo che si arrivasse a porre un freno a questa corsa sfrenata alle assunzioni, tanto spesso lottizzate a livello politico, in spregio alle difficoltà finanziarie in cui da tempo si dibatte il paese.

Gli enti ospedalieri saranno finalmente sistemati con il finanziamento da parte del fondo nazionale, saranno a conoscenza delle somme di cui potranno avere disponibilità; nell'ambito di tali somme dovranno regolare i propri bilanci ed entro i limiti delle disponibilità dovranno organizzare i servizi nell'interesse degli utenti. Si potrà finalmente valutare la capacità degli amministratori nei vari ospedali. Era troppo facile amministrare con la certezza di poter poi scaricare sulla mutualità e quindi sulla collettività gli oneri di una amministrazione non rigorosa.

Noi repubblicani giudichiamo particolarmente positiva questa norma. Auspichiamo però che le regioni siano rigide e non accettino deroghe.

Consequente a questo principio innovatore è la norma con la quale si bloccano ulteriori assunzioni. Non era possibile continuare a fare assunzioni e procedere contemporaneamente ad una amministrazione corretta. Sappiamo che da parte di alcune amministrazioni ospedaliere già si sono levate parole di protesta contro questa norma perchè si dice che con questo blocco si potrebbero fermare gli ospedali, specie per alcuni servizi per i quali sono necessarie una presenza ed una assistenza di continuità. Non neghiamo che vi possano essere dei casi particolari, dei casi di necessità, dei casi nei

quali si deve assolutamente procedere alla sostituzione degli assenti. Ma non dimentichiamo che abbiamo una presenza di medici in ospedale in Italia che è rilevante nei confronti di altri paesi civili. In alcuni ospedali si arriva ad un rapporto di un medico per ogni quattro ammalati; e nel contesto degli ospedali italiani vi è una media di un medico per ogni sei ammalati. In Inghilterra, dove gli ospedali certamente funzionano un poco meglio che da noi, vi è una media di un medico per ogni sette ammalati. Concorriamo tutti, e prima degli altri i signori amministratori degli enti ospedalieri, a utilizzare i medici in servizio nei nostri ospedali in modo efficiente, in maniera utilitaristica. Non è possibile continuare ad operare con nuove assunzioni ogni volta che viene a mancare sia pure momentaneamente una unità.

Apprezziamo anche, e per le stesse motivazioni di cui ho detto innanzi, la norma, di cui all'articolo 6, con la quale viene finalmente posto un freno alla istituzione di nuovi reparti e nuovi servizi. Era certamente una necessità procedere alla istituzione di reparti nei vecchi ospedali, e a maggior ragione nei nuovi ospedali. Era di certo necessario provvedere per offrire servizi civili agli utenti. Ma sappiamo che tante volte vi è stata all'origine di questo pullulare di nuovi reparti, con nuove nomine di sanitari, di paramedici e di inservienti, una gara a sfondo provincialistico, paesano, per portare l'ospedale ad una classificazione di maggiore prestigio per il proprio paese. Vi è stata questa deformazione provincialistica a base della lievitazione della spesa ospedaliera.

Apprezziamo anche alcune norme, di cui all'articolo 7, di moralizzazione, anche se questa parola non mi piace, nell'interno dell'ospedale. Non era possibile continuare nell'andazzo di medici ed amministrativi (perchè non l'hanno fatto solo i medici) con oltre duecento ore di straordinario al mese. Non era possibile continuare ancora a pagare oltre mezzo milione per compensi ai commissari per un concorso per un solo concorrente, che a volte durava un'ora scarsa, con il compenso di duecentomila lire per ogni commissario.

Ma dobbiamo esprimere anche delle riserve in rapporto ad alcune norme che non possiamo pienamente condividere.

La riduzione della compartecipazione dei sanitari ai proventi derivanti da attività facoltative libero-professionali extra-orario non ci trova consenzienti, neppure sulla base delle modificazioni che la norma ha subito alla Camera, con l'aumento della percentuale al 40 e 60 per cento della retribuzione mensile.

Si tratta di una norma che è contro gli interessi degli ospedali, che mortifica i medici e che non sarà bene accolta dagli utenti, dagli ammalati che dovessero avere bisogno di prestazioni particolari.

Quando il medico espleta in ospedale tutta la sua attività professionale, di medico dipendente e di medico libero professionista, l'ospedale diventa il centro vero dell'assistenza sanitaria, il cittadino trova nell'ospedale il soddisfacimento di tutte le sue esigenze per la tutela della sua salute.

Anche noi vogliamo dei presidi di medicina sociale, dei presidi pubblici capaci di soddisfare pienamente e compiutamente tutte le richieste. È naturale, è nella logica del bisogno di conservazione dell'uomo, rivolgersi in caso di malattia, con una esigenza sempre più pressante quanto più grave è la malattia, ad un sanitario che goda di maggior prestigio e che offra in conseguenza maggiori garanzie. Da questa esigenza nasce la giustificazione dell'attività libero-professionale, da questa esigenza nasce la libera professione del medico. Ed in questa società, in questo sistema, non potremo mai impedire che vi siano medici che svolgano libera professione. E che allora la svolgano in ospedale questa attività; l'ospedale ci guadagnerà in prestigio, ed anche economicamente perchè una parte del compenso rimane all'amministrazione ospedaliera.

Con questa norma, e con la conseguente impossibilità del cittadino di trovare in ospedale anche la prestazione privata da parte di un medico di fiducia, noi concorriamo a svuotare l'attività ospedaliera e ad incrementare le attività sanitarie delle strutture private a svantaggio delle strutture pubbli-

che. Il medico affermato, il medico che sa che vi sono richieste per sue prestazioni private di una certa consistenza lascerà lo ospedale per andare verso le strutture private; perchè non è pensabile che un medico continui, in questa nostra società, a fare prestazioni a pagamento oltre le ore di servizio quando è a conoscenza che il compenso viene pagato all'ospedale. Che se poi questa è una norma che vuole essere punitiva verso una categoria, che imprudentemente è stata definita braminica, certamente cominciamo male il cammino della riforma sanitaria.

La riforma sanitaria è un momento importante e qualificante sul cammino di questa nostra democrazia, è un momento che deve qualificare questa democrazia italiana, ma è importante sapere da parte di tutti che la riforma non si può fare senza i medici o, peggio ancora, contro i medici. La categoria dei medici ha indubbiamente delle colpe anche gravi: per condizioni ambientali, e io direi molto per colpa del sistema mutualistico, ha acquisito una coscienza errata della propria posizione nella società. Sono d'accordo che i medici si debbono inserire in modo diverso, con una diversa visione, nel contesto sociale, ma non si arriva certamente a questo obiettivo con provvedimenti ad orientamento punitivo: perchè punitiva è la norma dell'articolo 8 con la quale si stabilisce che i compensi delle categorie sanitarie debbono rimanere bloccati fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria.

Signor Ministro, noi repubblicani siamo per il blocco dei salari e abbiamo il coraggio di dirlo, però non si può bloccare il salario di una sola categoria, se veramente vogliamo porre rimedio allo stato di difficoltà che ci ha portato a questi decreti. Dobbiamo avere il coraggio di bloccare i salari di tutte le categorie. Comunque io denuncio al Governo e all'Assemblea il pericolo di questa norma, perchè si comincia con la categoria dei medici, poi si potrà arrivare ai superburocrati, poi si potrà arrivare agli operai più pagati, e non si sa dove si potrebbe finire. In effetti questa è la proibizione del diritto di sciopero: perchè è vero che i medici possono ancora scioperare, come ha detto l'ono-

revole Ministro, però non possono avere un aumento di salario. Questa è una norma pericolosa sulla quale dobbiamo molto riflettere, senza lasciarci prendere da risentimenti verso una categoria che ha delle colpe ma che indubbiamente ha anche molti meriti.

Ebbene, quale incentivazione può ancora spingere un medico ospedaliero ad aggiornarsi, a studiare, a migliorare in questo contesto, in questa prospettiva di riforma così come la stiamo elaborando? Non può fare attività libero-professionale in ospedale perchè viene limitato il suo guadagno; ha la possibilità di fare carriera solo per anzianità, perchè nella legge di sanatoria che stiamo approvando vi è la norma assurda che il medico per entrare nell'ospedale e per progredire nell'ospedale ha a sua disposizione cinque punti su cento per le attività scientifiche, e ben 35 punti di carriera, in modo che la carriera si fa per anzianità e non per merito e il medico non è spinto e spronato a studiare perchè la sua attività scientifica non vale niente: basta aspettare un anno in più e si arriva ai gradi superiori; a meno che non si arrivi al medico unico, come vorrebbero cente parti politiche.

Noi esprimiamo in modo particolare queste riserve perchè vogliamo la riforma sanitaria, ma proprio perchè siamo fautori di una riforma seria ed efficiente vogliamo che si parta bene, come si deve partire in questo sistema, non come bisognerebbe partire in un altro sistema, senza prevenzioni, con la volontà di operare nell'interesse di tutti, degli ammalati innanzitutto ma anche delle categorie professionali che debbono concorrere ad un servizio efficiente e capace di dare una risposta adeguata alle aspettative di tutti.

Siamo sostanzialmente favorevoli a questo decreto-legge perchè vediamo che esso pone le premesse per un diverso modo di erogare l'assistenza sanitaria nel nostro paese. Vi è la liquidazione della mutualità, punto essenziale della riforma, vi è il trasferimento alla competenza regionale di tutti i compiti in materia di assistenza ospedaliera, vi è la fine del regime della retta, la costituzione di un fondo nazionale di assistenza ospedaliera, il blocco delle assunzioni da parte degli enti

mutualistici con la proibizione dell'istituzione di nuovi presidi: sono tutti elementi innovativi nel nostro sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie e sono certamente l'inizio di una riforma più completa e generalizzata. Direi anzi che l'approvazione di questo decreto-legge ci impegna ad operare, e anche con una certa sollecitudine, verso la riforma. In questo decreto-legge vi sono delle norme cui ho fatto cenno innanzi che rendono ormai ingovernabile il sistema mutualistico con i metodi tradizionali per cui si impone un successivo intervento in sintonia con i principi che lo hanno ispirato. Di fatto questo provvedimento viene a creare una condizione per cui la riforma non sarà ulteriormente rinviabile, anche se ci dovesse essere una volontà politica in tal senso.

Vi sono però anche altri motivi alla base di una sollecita approvazione della riforma sanitaria. Non è possibile lasciare a carico delle singole categorie dei lavoratori dipendenti ed autonomi l'onere dell'assistenza sanitaria; si impone la fiscalizzazione degli oneri — vedremo poi come — per ripartire egualmente l'onere dell'assistenza tra tutti i cittadini e non soltanto tra alcune categorie.

Nel complesso, ripeto, approviamo questo decreto-legge perchè lo riteniamo l'inizio di una riforma sanitaria. E' proprio nella convinzione che questo decreto-legge costituisce l'inizio di un processo di riforma sanitaria, pur con le riserve che abbiamo espresso in merito al ruolo che i medici debbono avere in questa trasformazione, noi repubblicani diamo la nostra approvazione ed il nostro voto favorevole.

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Costa il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato insieme ad altri senatori. Se ne dia lettura.

F I L E T T I , *Segretario:*

Il Senato, in sede di esame del decreto-legge n. 264,

constatato che uno dei motivi della lievitazione della spesa ospedaliera è determinato dal numero eccessivo delle degenze e

dal prolungarsi delle stesse al di là delle effettive necessità,

impegna il Governo ad invitare le Regioni a vigilare a chè gli ospedali non effettuino ricoveri che non rispondano ad effettive esigenze e comunque ad utilizzare, procedendo al rinnovo di relative convenzioni, tutte le case di cura private classificate dall'apposita Commissione centrale presso il Ministero del lavoro per la convenzionabilità con gli enti mutualistici.

L'intervento richiesto è necessario allo scopo di:

a) ridurre il numero e la durata delle degenze;

b) evitare il permanere non necessario di degenti nelle corsie ospedaliere a volte in condizioni disumane;

c) non aggravare lo stato di carenza dei posti-letto disponibili specialmente nel Mezzogiorno;

d) garantire a tutti i cittadini la libera scelta del luogo di cura;

e) assicurare la conservazione del posto di lavoro ai 130 mila dipendenti della ospedalità privata ed una razionale utilizzazione delle sue strutture.

3. **COSTA, PINTO, DEL NERO, DAL CANTON** Maria Pia, **LEGGIERI, BARBARO, PECORARO, SENESE**

P R E S I D E N T E . Il senatore Costa ha facoltà di parlare.

* **C O S T A .** Signor Presidente, onorevoli Ministri, onorevoli colleghi, per ultimo chiudo la serie degli interventi su questo decreto-legge e debbo constatare anzitutto un fatto importante, la sostanziale adesione di tutti i Gruppi alla pregevole relazione svolta ieri in Aula dal nostro collega De Giuseppe.

Ciò costituisce un fatto importante che va al di là della legittimità costituzionale, al di là dei tempi brevi che abbiamo adottato nella approvazione di questa legge — forse perchè sospinti dal Ferragosto incombente — perchè sta a significare che è un problema sentito da tutti, anche se con ottiche diverse, con modalità diverse e con interpretazio-

ni diverse; sta a significare che il Parlamento della Repubblica è sensibilizzato all'allargamento della riforma sanitaria italiana. Perché? Perché indubbiamente ci troviamo dinanzi ad un sistema mutualistico-previdenziale che, se ha avuto delle grosse benemerienze, oggi però è superato e risente del momento storico, del tempo in cui ebbe vita: è un sistema che si è smembrato in centinaia di enti diversi, difforni nelle organizzazioni, spesso corporativi nella loro costituzione, che purtroppo non hanno evitato alcune carenze nella vita sanitaria della nazione. A questo proposito vorrei ricordare in quest'Aula la mortalità infantile che affligge l'Italia, le malattie epidemiche ed infettive che ancora esistono in Italia e che sono purtroppo un retaggio nostro. In tempi di epatite virale si dice che la sola Lombardia ne registri tanti casi che equivalgono a quelli di tutta l'Europa messa insieme.

Ci sono stati anche alcuni eccessi del sistema come l'iperconsumo dei farmaci da alcuni ieri addebitato alla propaganda indiscriminata dei farmaci stessi. Le cause sono molteplici però e alla base vi è anche indubbiamente il problema della propaganda. Vorrei a questo proposito ricordare il disegno di legge presentato dal senatore Leggieri che era in discussione in Commissione e che si è arenato perché una Sottocommissione doveva interrogare dei tecnici e degli esperti a livello ministeriale e regionale per ascoltare i quali si incontrano delle difficoltà procedurali.

Alla base di tutto ciò però, alla base cioè di questo iperconsumo di farmaci degli italiani c'è un altro elemento. Non dimentichiamo che solo trent'anni fa l'unico farmaco consentito al popolo italiano era il chinino dello Stato; non dimentichiamo che fino a tre anni fa i coltivatori diretti, gli artigiani, i commercianti non avevano la possibilità di avere gratuitamente la distribuzione dei farmaci. La mutualità ha coperto il 95 per cento dei cittadini italiani e ha avuto delle notevoli benemerienze, ma oggi dobbiamo guardare ad un traguardo diverso che si inquadra negli articoli 32 e 38 della Costituzione: ci avviamo verso la sicurezza sociale, verso il pieno benessere del cittadino sotto il pro-

filo fisico e psichico; ci avviamo al controllo sanitario del cittadino dalla nascita alla fine della vita, ipotizziamo cioè una sorta di anagrafe sanitaria, da non confondersi con l'anagrafe tributaria meno accettata al popolo italiano. Il cittadino nasce e il servizio sanitario ha l'incombenza di seguire tutta la sua attività. È una fase delicata e che presuppone soprattutto la creazione di una coscienza sanitaria nuova nel popolo italiano.

Bisogna capire che la sicurezza sociale è qualcosa che ci interessa molto da vicino, interessa tutti coloro che sono gli utenti del servizio sanitario. Bisogna capire che il servizio sanitario non è qualcosa al di fuori di noi e abbiamo altresì la necessità di attuare i tre momenti che compongono il servizio sanitario: la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

Vorrei soffermare, sia pur rapidamente, la nostra attenzione sul momento della prevenzione che è a monte e che è la base del sistema sanitario. È inutile insistere sul momento ospedaliero, sul momento curativo se a monte non abbiamo un efficiente servizio di prevenzione capace di evitare gli eventi morbosi o taluni eventi traumatici che purtroppo infestano largamente la nostra società. L'aspetto curativo va poi migliorato.

Il collega Del Nero ci ha parlato della situazione degli ospedali. Noi dobbiamo tendere ad una qualificazione maggiore negli ospedali più che ad un maggior infittimento della rete ospedaliera. Oggi chiediamo agli ospedali una maggiore qualificazione per certe prestazioni specializzate in rapporto agli eventi morbosi che hanno subito delle profonde modificazioni. Per quanto riguarda il settore della riabilitazione esso è in Italia ancora agli albori e dobbiamo intensificarlo se non addirittura costituirlo *ex-novo* essendo pressochè inesistente e tutto ciò dobbiamo fare utilizzando le esperienze che abbiamo acquisito in questi anni, alcune delle quali largamente positive, e chiamando i protagonisti e gli interessati del servizio sanitario a partecipare alla trasformazione che stiamo imponendo alla sanità italiana. Mi rivolgo soprattutto ai medici, perchè non c'è riforma sanitaria che potremo attuare bene se non avremo la compartecipazione del

mondo sanitario e soprattutto dei principali attuatori della riforma sanitaria, ossia i medici dei quali purtroppo si indugia a dire tutto il male possibile.

Questi giorni qualcuno ha parlato di brimini o di baronie. Al di là di certa stampa e di certi *films* che abbiamo avuto modo di vedere in questi ultimi tempi, c'è una grossa realtà in Italia: ci sono 120.000 medici che vivono momenti di difficoltà nell'attuale servizio mutualistico, che vivono nell'incertezza del domani perchè il sistema mutualistico è basato sempre sulla libera scelta del mutuato, sull'incostanza delle mutue nel mantenere certe situazioni e il medico deve spesso soggiacere al ricatto del mutuato che gli chiede certe prescrizioni che forse in altri momenti non chiederebbe. Questi medici hanno mantenuto in vita l'attuale sistema, dando al popolo italiano quanto hanno potuto ma oggi sono minacciati dal nuovo pericolo costituito dalla pleora sanitaria che è alle nostre spalle. Sappiamo infatti che gli studenti universitari iscritti alle facoltà mediche rappresenteranno nei prossimi anni una minaccia per la classe medica.

D'altra parte i medici furono i protagonisti di un'altra riforma, quando si passò cioè dalla fase della beneficenza al sistema mutualistico, quando si cambiò in effetti qualcosa e al vecchio rapporto malato-medico si sostituì il rapporto malato-medico con la mediazione dell'ente mutualistico. Iniziò allora la trasformazione del sistema sanitario perchè il fattore economico venne ad incidere sul libero rapporto professionale una volta esistente.

Sappiamo bene che dobbiamo chiedere ai medici anche dei sacrifici, come dimostra il provvedimento in esame, e credo che la classe medica sia disposta ad accettarli, ma vuole sentirsi protagonista di questa riforma. D'altra parte siamo consapevoli che in questi anni la medicina si è trasformata; qualcosa è cambiato in rapporto alle ricerche, alle acquisizioni, alle tecnologie più avanzate. E vorrei ricordare tre momenti storici della medicina: l'asepsi, l'antibiosi, e la bioingegneria che ha sviluppi che è difficile oggi prevedere. Quindi qualcosa è cambiato e l'attuale sistema mutualistico e ospedaliero non ha la capacità di reggere all'impatto con queste nuove realtà. E affrontiamo tutto questo in un momento in cui ci sono enormi difficoltà economiche. Si è detto che il servizio sanitario forse all'inizio rappresenterà il 5 per cento del bilancio nazionale. Mi auguro, onorevole Ministro, che questo 5 per cento sia sufficiente a portare avanti il discorso sanitario nazionale, ma ritengo che dovremo orientarci su una fetta maggiore anche perchè è evidente in tutto il mondo una certa lievitazione dei costi sanitari. E questo fatto non si registra solo in Italia, ma anche in Inghilterra, in Germania, negli Stati Uniti, dove i servizi sanitari diventano sempre più costosi. Quindi si dovrà arrivare dal 5 al 7-8 per cento per questo importante settore.

Possiamo fare oggi questo discorso in rapporto all'esperienza che abbiamo alle nostre spalle, all'esperienza delle altre nazioni europee, che ci consentirà di scegliere, dopo tanti anni, quanto di meglio è stato fatto.

Presidenza del Vice Presidente ROMAGNOLI CARETONI Tullia

(Segue C O S T A). A questo punto e con queste premesse, diciamo che il decreto-legge in esame è un fatto altamente positivo non solo perchè ci dà la possibilità di effettuare il famoso ripianamento dei debiti degli ospedali e delle mutue che, di per se stes-

so, se non fosse accompagnato dalla seconda parte del decreto, non rappresenterebbe assolutamente niente perchè il prossimo anno staremmo qui a discutere del quarto, e fra due anni del quinto risanamento delle mutue, ma perchè indubbiamente con questo

provvedimento diamo l'avvio definitivamente al discorso sulla istituzione del servizio sanitario nazionale.

Naturalmente abbiamo, per necessità di tempo, per necessità stagionale, per date da rispettare (gli italiani sono attaccati a certe tradizioni: la domenica, il santo protettore e anche il 15 agosto) forse strozzato — lo si è detto da più parti e ne convengo anch'io — il nostro discorso su questo tema così importante. Ma è un invito, onorevole Ministro, ad approfondire maggiormente questo discorso quando esamineremo il disegno di legge che lei ha presentato al Consiglio dei Ministri mantenendo una parola da lei data. Diamo atto alla Democrazia cristiana che attraverso il suo Ministro ha presentato nei tempi promessi il disegno di legge per la riforma sanitaria in Italia.

La legge che discutiamo può essere ritenuta completa o incompleta, perfetta o imperfetta. Io credo che non esistano provvedimenti di legge al cento per cento perfetti o imperfetti. Ogni legge rispecchia la volontà del legislatore di fare tutto il possibile perchè la collettività riceva dei vantaggi dalla legge stessa dando l'apporto di tutta la propria esperienza e di tutte le proprie conoscenze.

Desidero ora fare alcune osservazioni, onorevole Ministro. Vogliamo che nel passaggio dei poteri dalle mutue alle regioni siano dati i fondi con una certa sollecitudine e nel contempo siano dati anche i funzionari, gli uomini che attualmente agiscono all'interno degli enti mutualistici perchè si possano creare subito presso gli enti regione questi centri funzionanti per l'assistenza. Oggi invece le regioni non hanno la possibilità, *ex abrupto*, di creare delle istituzioni funzionanti, capaci di provvedere all'assistenza. Vorremmo poi invitare a cercare di creare disposizioni regionali il più possibile omogenee fra di loro in modo che non si abbiano tra regione e regione normative dissimili sull'attuazione dell'assistenza. Vogliamo che il criterio ispiratore non sia solo quello di migliorare il servizio, ma sia anche quello di attenersi ad un concetto di economia. A questo proposito pregherei che nel provvedimento di riforma che è stato presentato si tenga in

considerazione l'articolo 11 che è stato depennato dalla Camera, il quale, unito all'articolo 6, aveva una significazione specifica perchè dava una certa disciplina agli esercizi, ai bilanci, alle amministrazioni degli enti ospedalieri.

Mi sembra che l'articolo 18 crei sotto certi aspetti una disparità di trattamento tra l'ospedalità religiosa e l'ospedalità privata che spero trovi una possibilità di essere sanata in occasione della legge definitiva di riforma sanitaria. Infatti mi sembra una discriminazione ingiusta essendo sia l'una che l'altra attività di provenienza privata, avendo l'una e l'altra delle benemerenze specie nel Mezzogiorno d'Italia, occupando esse circa 130.000 dipendenti e dando la possibilità della libera scelta al mutuato e oggi al cittadino di rivolgersi a questo o a quell'ente. Ricordo anche che abbiamo dato la possibilità di scegliere l'assistenza indiretta e quindi per quanto riguarda questa questione si potrebbe finire col favorire solo alcune zone e non altre.

Abbiamo offerto la manifestazione dell'impegno della Democrazia cristiana, onorevoli colleghi, per questa nostra riforma sanitaria. È una riforma che apre una nuova pagina nella storia della vita nazionale: essa deve trovarci tutti uniti per avere la sua migliore collocazione tra di noi. È una riforma che non ci consente di poter sbagliare, è una riforma che interessa la salute nostra, di coloro che ci sono vicini e di coloro che ci seguiranno; la salute del paese dipenderà da quanto sapremo fare nei prossimi mesi e dall'avvio che oggi abbiamo dato a questi lavori, con questa legge che è una legge di avvio della riforma sanitaria e che a mio avviso trova la sua qualificazione in tre punti specifici: il superamento della mutualità, l'estensione dell'assistenza a coloro che non sono coperti da assistenza mutualistica ed infine l'aver dato in modo concreto e definitivo l'avvio al grande discorso della riforma sanitaria in Italia. (*Applausi dal centro*).

P R E S I D E N T E . Non essendovi altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Da parte dei senatori Brosio e Balbo è stata presentata una proposta di non passare all'esame degli articoli. Se ne dia lettura.

F I L E T T I, *Segretario*:

Il Senato,

atteso che il disegno di legge 1774 riguarda la conversione in legge del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, il quale contiene quattro ordini di disposizioni, l'uno relativo all'estinzione dei debiti delle mutue, il secondo all'aumento dei contributi, il terzo al contenimento delle spese delle mutue e degli ospedali, e il quarto all'avvio della riforma sanitaria;

che le quattro parti del decreto-legge sono considerate dal Governo e dal relatore inscindibili e connesse come le tessere di un mosaico;

che l'aumento dei contributi e il contenimento delle spese non possono essere nè valutati nè attuati se non in connessione con le norme di avvio alla riforma, ma queste alla loro volta non possono essere seriamente esaminate e discusse se non si conoscono le direttive e le norme della riforma stessa, che formano oggetto di un disegno di legge governativo già presentato al Consiglio dei ministri;

che il Senato, non conoscendo nè le direttive nè il contenuto del disegno di legge di riforma, non è in grado di esaminare e di discutere a ragion veduta sulle norme preparatorie e di avvio che dovrebbero ad essa condurre;

che d'altra parte il Governo insiste nel considerare il decreto-legge n. 264 nella sua unità e si rifiuta di stralciare le misure finanziarie d'emergenza dalle rimanenti;

visto l'articolo 96 del Regolamento del Senato,

delibera il non passaggio agli articoli del decreto in esame.

B R O S I O. Domando di parlare.

P R E S I D E N T E. Ne ha facoltà.

B R O S I O. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, dirò pochissime parole ad illustrazione della nostra proposta la quale per chi ha avuto la pazienza e la cortesia di leggerla è molto chiara nella sua brevità. Del resto, come ho già accennato nella discussione generale (quanto dico valga per coloro che non erano presenti al mio intervento di stamane) noi abbiamo impostato la nostra opposizione continua a questo disegno di legge essenzialmente sul fatto che stiamo ragionando di un decreto-legge che aveva la sua autonoma ragione di essere per la sistemazione del debito delle mutue, ed insieme di un avvio di riforma sanitaria la quale non può invece essere discussa seriamente se non conoscendone le linee direttive, se non proprio il progetto, che del resto il Governo ha presentato, e pare sia stato già approvato dal Consiglio dei ministri, ma non è noto al Parlamento.

Non è possibile discutere una cosa senza l'altra. Non si può parlare di una riforma sanitaria o di una riforma qualsiasi in astratto. Bisogna ragionarne in concreto, e non si può ragionarne in concreto se non se ne conoscono i principi direttivi e le linee essenziali. Non si possono anticipare, staccare norme isolate da questa riforma e introdurle e farle passare al 15 di agosto insieme a un decreto-legge di urgenza di carattere assai diverso senza pregiudicare, senza condizionare la riforma generale, come è già stato riconosciuto qui, in un modo che scinde i vari aspetti della discussione e rischia di far trovare il Parlamento di fronte a un fatto compiuto, o a più fatti compiuti, nel momento in cui discuterà la riforma sanitaria nel suo insieme.

È stato detto in Commissione che gli elementi di questo disegno di legge sono come le tessere di un mosaico, ma questo mosaico deve comprendere anche le direttive essenziali della riforma sanitaria che si vuole raggiungere, altrimenti non è possibile discutere seriamente gli anticipi di questa riforma che sono stati avanzati e proposti oggi.

Si è risposto: ma questa riforma si conosce, è già stata discussa in varie sedi, il Governo ne ha anticipato delle dichiarazioni. Tutte queste sono proposizioni vaghe e non

hanno a che fare col diritto del Parlamento di discutere ogni disegno di legge, e specialmente disegni di legge di ampia portata come questo, sulla base della concreta espressione della volontà e dell'indirizzo del Governo in modo da poter essere completamente illuminato sul tema oggetto della deliberazione.

Ciò è mancato completamente da parte del Governo in questo caso, e quindi noi veramente stiamo deliberando al buio per quanto riguarda l'avvio della riforma sanitaria e non possiamo ragionare in base a delle supposizioni o a delle generiche dichiarazioni fatte in altre occasioni, sia ufficialmente, sia ufficiosamente o privatamente o in pubbliche discussioni, che assolutamente non equivalgono ad una presa diretta di responsabilità da parte del Governo di fronte al Parlamento.

Per questi motivi riteniamo che il Senato non sia in condizione di discutere seriamente gli articoli di questo insieme che il Governo ha voluto inscindibile e per questo abbiamo offerto di stralciare gli articoli riguardanti l'avvio della riforma sanitaria mantenendo soltanto gli articoli dall'1 al 5, l'articolo 10 e gli articoli dal 21 in poi. Questi infatti riguardano veramente provvedimenti urgenti di ripianamento dei debiti delle mutue e degli ospedali. Poichè questa proposta non è stata accettata, riteniamo che non si debba passare all'esame degli articoli e su questo insistiamo.

PRESIDENTE. Devono ancora essere svolti due ordini del giorno. Si dia lettura dell'ordine del giorno dei senatori Azimonti e Ferralasco.

FILETTI, Segretario:

Il Senato,

esaminando il disegno di legge di conversione in legge del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria, esprime il suo disappunto per il fatto che a causa del lungo ritardo nell'af-

frontare la urgente e generale riforma del sistema, si è costretti ancora una volta ad adottare un provvedimento urgente ed improcrastinabile onde evitare la generale paralisi finanziaria del servizio ospedaliero.

Il disappunto è tanto più giustificato per il fatto che per effetto del provvedimento in esame si è costretti a introdurre ulteriori aumenti ai già alti costi gravanti sulla produzione per oneri sociali, nonchè aggravati contributivi a carico dei lavoratori subordinati e autonomi particolarmente onerosi in questo momento a causa della loro concomitanza con il fenomeno connesso al vertiginoso aumento del costo della vita e quindi tali da incidere negativamente sul potere di acquisto del salario dei lavoratori.

Richiama inoltre l'attenzione del Governo sulla incomprensibile e impressionante diversità delle rette di degenza adottate dalle Amministrazioni ospedaliere varianti da minimi di 16-18 mila lire giornaliere a rette che raggiungono e superano le 40-42 mila lire giornaliere. Il fatto fa sorgere legittimo il sospetto che tale incongruenza debba imputarsi ad illegittimi e irrazionali gonfiature degli organici del personale oltre ogni limite previsto dalla legge ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132, proliferazione delle divisioni, sezioni o servizi, sproporzionati alla effettiva capacità ricettiva e struttura scientifica degli ospedali, nonchè per oneri passivi di bilancio che non rientrano fra gli elementi da prendersi in considerazione per la determinazione delle rette di degenza da porre a carico degli enti mutualistici e dei comuni.

Tutto ciò premesso il Senato invita il Governo a dare la giusta e integrale interpretazione circa i compiti affidati al Comitato di vigilanza previsto dall'articolo 3 del decreto in conversione nel senso che venga esercitata una accurata e scrupolosa verifica degli elementi presi in considerazione dalle singole amministrazioni ospedaliere, quand'anche convalidate dagli organi di controllo regionale, per la determinazione delle rette di degenza, per accertare se esse rispondono o meno, obiettivamente, alle norme di legge in materia, soprattutto con riferimento a quanto più sopra denunciato.

Ciò servirà ad evitare che a causa di abusi messi in atto da parte di taluni enti vengano danneggiati quelli che per essersi attenuti entro i limiti di assoluta e scrupolosa osservanza dei principi di economicità e corretta applicazione delle norme di legge hanno diritto di priorità al totale ricupero dei rispettivi crediti.

1.

A Z I M O N T I. Domando di parlare.

P R E S I D E N T E. Ne ha facoltà.

A Z I M O N T I. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sono sufficienti poche parole perchè l'ordine del giorno si spiega sufficientemente da sè. Come è apparso anche nella discussione generale, siamo veramente impressionati di fronte all'enorme divario delle rette deliberate dalle singole amministrazioni, per cui non possiamo sbarazzarci dal dubbio che esse riflettano abusi attuati da alcune amministrazioni.

Riteniamo pertanto che il comitato di vigilanza previsto dall'articolo 3 del decreto-legge in conversione possa esercitare senz'altro un'azione di verifica, tenuto presente che i 2.700 miliardi sembrano allo stato attuale superati dalla realtà dei crediti degli enti ospedalieri. Desideriamo che venga, pertanto, esercitato questo controllo onde evitare che a causa degli abusi di taluni enti vengano mortificati quelli che si sono mantenuti nei limiti della scrupolosa osservanza dei principi di economicità e di corretta applicazione delle leggi.

P R E S I D E N T E. Si dia lettura dell'ordine del giorno presentato dalla Commissione.

F I L E T T I, *Segretario*:

Il Senato,

udita la relazione al disegno di legge n. 1774 e le perplessità insorte in particolare circa la formulazione dell'articolo 18 in rapporto agli articoli 117 e 118 della Costitu-

zione, per il fatto che si potrebbe configurare un'attività di indirizzo e di coordinamento da parte del Governo verso l'attività amministrativa delle Regioni in termini formali che ne menomerebbero le potestà;

sentiti gli altri rilievi emersi durante la discussione,

impegna il Governo a tener conto delle suesposte considerazioni in sede di applicazione della legge e di elaborazione della riforma sanitaria.

2.

P R E S I D E N T E. Ha facoltà di parlare l'onorevole relatore.

D E G I U S E P P E, *relatore*. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, desidero innanzitutto premettere un ringraziamento ai senatori Pittella, Canetti, De Sanctis, Ossicini, Del Nero, Barbera e Costa per il contributo pregevole che hanno dato alla discussione di questo disegno di legge che converte in legge il decreto relativo all'estinzione dei debiti mutualistici, al finanziamento dell'assistenza ospedaliera e all'avvio della riforma sanitaria.

Come tutti hanno notato e come è consapevolezza anche dei colleghi che in questo dibattito non sono intervenuti, non si tratta di un provvedimento di scarsa e limitata importanza, ma di un provvedimento destinato ad incidere con profondità in un settore nel quale non vi è persona, non vi è cittadino che non sia interessato. Ma a me sembra che a questo punto si potrebbe anche concludere dicendo che da parte di tutti, della maggioranza come delle opposizioni, i consensi siano stati generali, consensi che sono derivati dal fatto che ognuno di noi era convinto della necessità ed urgenza di un provvedimento che mettesse ordine nel campo ospedaliero e mutualistico, per non trasferire alle regioni una situazione pesante nella quale le regioni, se non dopo molta fatica, avrebbero potuto iniziare l'attività di loro competenza.

In questo senso il provvedimento, che è stato da alcuni colleghi accusato anche di incostituzionalità, ha il pregio di inserirsi

veramente nel quadro della Costituzione allorché fa proprio ed esalta il ruolo delle regioni nel campo ospedaliero. Si è detto che viene fatto un mosaico senza tener conto della riforma. Mi sia consentito dire che della riforma le linee essenziali sono ormai un fatto acquisito nel dibattito politico e culturale. Quello che la riforma sanitaria deve essere lo abbiamo detto e, credo, siamo riusciti a realizzare ampi consensi su di essa. D'altra parte non ci sembra che questo sia strano solo pensando al ruolo del legislatore che è il ruolo del grammatico. Il grammatico non inventa la lingua ma dal discorso comune trae le leggi della grammatica e così il legislatore non impone la legge, ma la trae dal discorso culturale, dall'approfondimento dell'opinione pubblica ed applica in un articolo la volontà di sviluppo della società.

Si è chiesto: con quali mezzi volete fare il ripiano? Volete farlo addebitando ancora ai lavoratori questi sacrifici finanziari? In effetti è stato notato nel corso del dibattito che i sacrifici esistono ma sono abbastanza limitati. Mi sia consentito di aggiungere che questi sacrifici, certamente non graditi al legislatore o al relatore che ne riconosce la validità, ma resi indispensabili, si inseriscono in un sistema che mi sembra sia stato realizzato con accortezza, attraverso il quale si crea un complesso di iniziative per cui ai sacrifici corrispondono degli obblighi e agli obblighi delle garanzie e dei controlli. Comunque a fare questi sacrifici non sono chiamati solo quelli che già davano qualcosa, ma anche i medici, i dipendenti degli enti ospedalieri, gli amministratori degli enti. Mi sembra pertanto che il decreto non possa essere accusato di demagogia, nel momento in cui richiama tutti a svolgere il proprio ruolo secondo le proprie competenze e ad accettare in conseguenza determinati sacrifici.

Certo il problema della riforma sanitaria è molto più ampio; è un problema che non guarda solo agli ospedali, ma anche alla prevenzione ed alla riabilitazione per fare dell'ospedale non l'unico presidio come è oggi. In questo senso la riduzione delle spese ospedaliere rientra nell'impegno della riforma sanitaria perchè se oggi ogni infermo giunge all'ospedale attraverso un filtro che sarà

creato, il filtro della prevenzione, all'ospedale giungeranno solamente coloro che vi devono essere assolutamente ricoverati e per il tempo strettamente necessario al ricovero.

Gli aspetti positivi del provvedimento sono stati tante volte ripetuti: l'estinzione dei debiti delle mutue e dei comuni, l'intendimento di richiedere attraverso la partecipazione di tutti un contributo al superamento di questa situazione, la fine della retta, la responsabilizzazione degli enti nel prevedere i bilanci in rapporto alle entrate, l'assistenza sanitaria estesa a tutti i cittadini, anche a coloro i quali ne abbiano diritto ma lavorino all'estero, il fatto di aver previsto che le regioni nell'assumere le nuove competenze disporranno di nuovo personale, il personale degli enti mutualistici. Da qualcuno è stato detto ed è stato scritto, infatti, che le regioni non sono preparate a sobbarcarsi ad una organizzazione così impegnativa. Ma nel decreto, che stiamo esaminando, vi è appunto il trasferimento alle regioni del predetto personale che è qualificato, che è capace di svolgere un determinato ruolo, un determinato servizio.

La creazione del fondo nazionale sanitario e la possibilità del CIPE di verificare ogni anno sul piano quantitativo e sul piano qualitativo gli interventi ci danno la sicurezza di un provvedimento non cristallizzato, ma capace di adeguarsi all'inevitabile mutevole situazione del paese ed alle esigenze dell'assistenza. Ricordo ancora tra i dati positivi i prontuari INAM estesi a tutti gli assicurati; ed infine mi sia consentito rammentare la libertà di scelta, cioè l'assistenza indiretta, che è veramente un diritto a cui il cittadino non può rinunciare. E non è soltanto un diritto del cittadino, ma è anche un mezzo attraverso il quale si evita che il medico si senta meno impegnato e meno propenso ad approfondire i propri studi per svolgere la sua attività col maggiore impegno.

Concludendo, onorevole Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, non debbo fare altro che pregarvi di valutare questo disegno di legge, che converte in legge il decreto del Governo, con la benevolenza con la quale sino ad ora l'avete valutato. È un momento estremamente importante della nostra atti-

vità legislativa: si prosciuga, ma non soltanto sul piano finanziario, una situazione pregressa; si cerca di porre le basi affinché la riforma sanitaria ieri presentata al Parlamento possa trovare il modo più agevole e più concreto per divenire legge dello Stato e per dare ai cittadini la certezza che essi attendono, la certezza di un'assistenza che non sia soltanto ospedaliera, ma sia l'assistenza per una vita, cioè che non soltanto nel momento acuto della malattia, ma nella prevenzione e nella riabilitazione assicurino ciascuno di noi di fronte al male.

Per quanto riguarda la proposta di non passaggio agli articoli presentata dai colleghi Brosio e Balbo, abbiamo già espresso sia in Commissione che qui in Aula il nostro convincimento. Il decreto-legge non precostituisce una situazione futura anche se si muove nelle linee di uno sviluppo che è nella coscienza degli operatori sociali, che è nella consapevolezza dei politici. Esso non crea oggi niente che possa impedire tutto ciò che, in piena libertà, il Parlamento riterrà di fare per quanto riguarda la riforma sanitaria. Se il Governo avesse predisposto un decreto-legge soltanto per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici e dei comuni e non avesse previsto anche tutte le altre norme che nel decreto sono contenute, il ripiano sarebbe stato un fatto soltanto aziendale ma non sarebbe stato l'ultimo: avremmo posto le premesse perchè un altro ripiano di debiti, il quarto (giacchè questo è il terzo), ci fosse in futuro. Perciò parlavo di un mosaico di tessere: escludendone una, cade non una parte del provvedimento, ma tutto il provvedimento. In questo senso quindi esprimo parere contrario all'ordine del giorno Brosio.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno, invece, dei colleghi Azimonti e Ferralasco c'è da rilevare che quanto chiesto è già incluso nella legge quando si parla delle competenze previste dall'articolo 3. Si tratta, quindi di un ordine del giorno che rafforza questo articolo e perciò come raccomandazione non credo sia difficile da accettare, anche se tutto il sistema della retta è superato dalla nuova realtà che stiamo per realizzare.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno della Commissione volevo dire che essa, di-

nanzi all'invito della 1ª Commissione che aveva avanzato perplessità circa l'articolo 18 del presente disegno di legge in rapporto ad una modifica apportata dalla Camera, ha ritenuto di formulare quest'ordine del giorno, convinta che non vi è alcun intendimento da parte del Governo di seguire qualche iniziativa, anche sul piano formale, per limitare o menomare la competenza delle regioni. Perciò abbiamo ritenuto di dire che, potendosi configurare un'attività di indirizzo e di coordinamento da parte del Governo verso l'attività amministrativa delle regioni che in termini formali ne potrebbero menomare la potestà, il Governo deve tenere conto delle considerazioni espresse nell'ordine del giorno in modo che nella elaborazione della riforma tutto ciò possa essere evitato.

Su questo ordine del giorno, onorevole Presidente, la Commissione richiede il voto.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno del senatore Costa devo dire che esso parte dalla necessità di ridurre il numero e la durata delle degenze, tenendo conto che nei nostri ospedali purtroppo, specialmente da alcune parti dell'Italia centro-meridionale, la situazione dei posti letto è molto al di sotto delle medie previste dall'Organizzazione mondiale della sanità. In esso si chiede che il Governo inviti le regioni a vigilare perchè non vi siano dei ricoveri non corrispondenti a reali necessità e invita il Governo a considerare l'opportunità di invitare le regioni a stipulare convenzioni con le cliniche private in considerazione anche del numero ridotto di posti letto. Credo, quindi, che il Governo possa accettare come raccomandazione tale ordine del giorno. (*Applausi dal centro, dal centro-sinistra e dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . Ha facoltà di parlare l'onorevole Ministro della sanità.

C O L O M B O , *Ministro della sanità.* Onorevole Presidente, onorevoli senatori, ritengo doverosa una parola di ringraziamento per il relatore per la sua pregevole relazione ed anche per la sua replica al cui contenuto mi rifarò per larga parte. Un ringraziamento anche a tutti coloro che sono intervenuti nelle Commissioni ed in Aula collaborando pur

nella distinzione delle parti alla definitiva formulazione del testo.

È stato da più parti sottolineato il fatto che il decreto è stato notevolmente migliorato nella sede legislativa di conversione in legge alla Camera e al Senato. Il Governo concorda su queste affermazioni e concorda con viva soddisfazione. In un paese democratico l'Esecutivo si sente sempre onorato per questa fattiva collaborazione, anzi la sollecita ed infine si inchina davanti alla sovrantà del potere legislativo.

Anche l'opposizione di sinistra ha ammesso la positività e la necessità del decreto, sottolineando i punti sui quali si è particolarmente realizzato un miglioramento del testo. Sono punti qualificanti voluti anche dalla maggioranza e dal Governo. Davanti a questo esplicito riconoscimento della stessa opposizione c'è da sottolineare se non sia un po' contraddittorio l'annuncio del voto contrario sul testo finale. L'urgenza del decreto da tutti sottolineata nasce dalla gravissima situazione finanziaria degli ospedali. Al 31 dicembre 1973 presentava una situazione debitoria per 2.700 miliardi, suddivisi in 1.200 miliardi di esposizione alle banche, 1.400 rispetto ai fornitori, 150 rispetto ai contributi assicurativi. È una situazione che è stata definita quasi di collasso, che ha provocato la sospensione delle forniture, del materiale sanitario, degli alimenti per gli ammalati, degli stipendi per il personale. Situazione grave in sé anche perché l'ospedale è ritenuto nel nostro sistema sanitario il presidio più importante. Si tratta di una spesa di 2.700 miliardi l'anno su un ammontare globale per il servizio sanitario nazionale di 5.000 miliardi. Da qui l'urgenza che traspare nella prima parte del decreto, cioè costituire alcune fonti di entrata con cui dare la possibilità poi al Tesoro di contrarre mutui. La seconda e la terza parte del decreto sono invece relative ad alcune norme di salvaguardia e ad alcune riforme di struttura per cercare di evitare che questi debiti si abbiano a riformare. Ricordo le cifre che veramente devono far pensare tutti: 2.700 miliardi è la spesa ospedaliera annuale ed è un debito pregresso al 31 dicembre 1973 corrispondente alla stessa cifra di 2.700 miliardi. L'accelerazione

di questa spesa varia dal 16 al 18 per cento l'anno in contrapposizione invece all'incremento del reddito di circa il 5 per cento.

Ecco il perché di un decreto non di natura puramente congiunturale ma che sia in grado di affrontare le cause della ripetizione di questa spesa: non è che ci si debba lamentare dell'aumento della spesa sanitaria, anzi in un paese moderno è indice di civiltà, ma si tratta di vedere se questa spesa sanitaria è ben collocata rispetto ad una azione non tanto e non solo di cura del fenomeno della malattia, ma prevalentemente in termini di prevenzione, per evitare cioè che le malattie si abbiano a ripetere. Gli obiettivi concreti mi pare siano evidenti: si tratta di dare la possibilità della ripresa dell'ordinato funzionamento dei nostri ospedali mediante il pagamento dei debiti delle mutue rispetto agli ospedali; si tratta di evitare il ripetersi di questi determinati *deficit* mediante le norme di congiuntura (blocco delle piante organiche, blocco delle convenzioni, blocco di alcuni onorari per alcune componenti sanitarie) ed anche mediante norme a medio e lungo periodo sul piano economico, cioè superamento della retta onnicomprensiva che oggi non permette di regolamentare questa spesa così straordinaria e così importante.

Oggi la formazione delle rette viene fatta a livello di consiglio di amministrazione dei singoli ospedali, viene sottoposta ai comitati regionali di controllo per le norme puramente di legittimità e tutti gli amministratori ospedalieri sanno come di fatto queste rette partano da alcuni livelli per raggiungere punte piuttosto preoccupanti, superiori alle 40.000 lire al giorno. Si tratta invece di rovesciare il criterio di queste rette onnicomprensive fissando il fondo ospedaliero di carattere nazionale che poi dovrà essere disaggregato a livello regionale e quindi anche a livello ospedaliero. Si tratta non solo di una riforma strutturale sul piano economico ma anche sul piano delle strutture in senso stretto, cioè superamento dell'attuale struttura mutualistica passando alle regioni l'assistenza ospedaliera. In questo senso si deve parlare di avvio alla riforma sanitaria.

Sono lieto di ricordare che il disegno di legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale, cioè il testo della riforma approvata dal Consiglio dei ministri nella seduta del 31 luglio, è stato ieri presentato al Parlamento. È un disegno di legge che rappresenta una concreta linea con cui confrontarsi, rappresenta il superamento del vasto lavoro fatto sul piano culturale per passare ormai al piano politico non solo come espressione di volontà ma come concreta piattaforma sul piano dei principi, delle strutture e anche dell'aspetto economico relativo ad una riforma così importante: tutti aspetti presi in considerazione con i piedi per terra, cioè con grande realismo.

Per queste norme di salvaguardia qualcuno ha temuto per la vita stessa degli ospedali e sulla loro concreta possibilità di funzionamento; si è definito il provvedimento un atto capestro contro gli ospedali. Alcuni settori del personale medico hanno manifestato preoccupazioni ed elevato proteste contro il provvedimento nel suo complesso, in particolare contro quella parte che incide sui compensi dei sanitari. È facile dimostrare il contrario; senza questo decreto gli ospedali, già in uno stato comatoso, soccomberebbero in modo inequivocabile.

Per quanto concerne la seconda motivazione, debbo dire che mi rifiuto di pensare che tutta la classe medica sia mossa da motivi puramente economici. In un momento difficile per l'intero paese, in particolare per il settore sanitario, poichè si sono dovuti chiedere notevoli sacrifici ai lavoratori dipendenti e autonomi e ai vari settori sociali, è doveroso chiedere solidarietà anche alle componenti sanitarie più direttamente interessate, cioè ai medici ospedalieri, per quanto riguarda i compensi per le visite ambulatoriali.

Abbiamo corretto alcuni punti del decreto cercando di avvantaggiare coloro che hanno fatto scelte più in sintonia con la politica ospedaliera, cioè coloro che hanno scelto il tempo pieno. Ritengo che la piattaforma che ne risulta sia congrua per la tutela delle esigenze professionali ed economiche del personale medico.

Dobbiamo essere scrupolosamente rispettosi dei diritti delle varie categorie e diversi senatori si sono fatti qui portavoce delle varie azioni di protesta per la difesa di questi diritti. Ci permettiamo però di ricordare che in alcuni settori — e quello sanitario sta nelle prime posizioni — non si tratta, con lo sciopero, di bloccare un qualsiasi tipo di produzione, bensì di incidere, nonostante le cautele disposte per i casi urgenti, su un valore fondamentale, la salute dei cittadini.

Qualcuno ha parlato in quest'Aula non di professione, ma di missione del medico. Sono anch'io di questo parere, non in senso demagogico o velleitario, ma concreto, e credo di interpretare in questo modo il pensiero della parte migliore di questa categoria.

Un altro importante punto riguarda la politica del farmaco. Anche qui vorrei sfatare un'accusa, quella cioè di una volontà di persecuzione nei riguardi dell'industria farmaceutica. Nessuno vuole penalizzare attività valide anche industriali; si vuole invece controllare un tipo di consumismo proprio della cosiddetta società di sviluppo, cioè il consumismo del farmaco. La spesa in questo settore nel 1973 è stata di 750 miliardi e, sulla base degli indici del primo quadrimestre del 1974, questa spesa supererà certamente i 900 miliardi, con un incremento quindi del 18 per cento. Si tratta di riconoscere a tutti la possibilità di accedere alle prestazioni farmaceutiche degne di questo nome, limitando invece altri tipi di prestazioni che, nel migliore dei casi, riguardano i cosiddetti farmaci di conforto. Questo non tanto e non solo per ragioni economiche, ma per la difesa e la tutela della salute dei cittadini anche mediante un sano ed obiettivo uso del farmaco.

Questo passaggio dell'assistenza ospedaliera alle regioni è significativo, onorevoli colleghi — e voi tutti ne avete dato atto — sia sul piano costituzionale (l'applicazione dell'articolo 117) sia su quello di una maggiore partecipazione dei cittadini alla gestione di un settore tanto delicato sia per la possibilità di meglio qualificare questo tipo di assistenza e meglio controllare l'ammontare della spesa ospedaliera. Abbiamo rette ospeda-

liere, per ospedali tra loro paragonabili in termini di dimensioni, di attrezzature e anche di localizzazione — e la ringrazio, senatore Azimonti, per avere richiamato l'attenzione su questo punto — che variano dalle 42.000 alle 20.000 lire al giorno. Abbiamo lunghezze medie delle degenze, sempre in ospedali paragonabili tra loro, che variano dai 20 ai 12 giorni, contro la lunghezza media di degenza negli ospedali inglesi che si aggira sulle otto, nove giornate. Il sistema centralizzato non è più in grado di controllare un fenomeno di tale portata.

L'assistenza ospedaliera attribuita alle regioni risulta però un fatto positivo solo nella misura in cui si consegna alle regioni il sistema a regime e cioè senza debiti pregressi e con un congruo equilibrio tra entrate e uscite. È quello che abbiamo fatto con questo provvedimento saldando i debiti per l'ammontare di 2.700 miliardi e prevedendo una gestione economicamente garantita. Abbiamo cioè applicato tra Stato e regioni l'articolo 81 circa il pareggio tra entrate e uscite. Anche nel passaggio di funzioni tra i vari livelli di Governo, tra Stato e regioni occorre prevedere congrui stanziamenti.

Si completa così, onorevoli senatori, un ciclo importante ma ormai superato nell'assistenza ospedaliera, quello basato sulle mutue. Davanti all'assistenza ospedaliera non esiste più la differenza tra i gruppi e i ceti sociali, operai, coltivatori diretti, artigiani, commercianti, ma esiste il cittadino nel suo identico e massimo valore come persona umana. Qualche oratore ha usato affermazioni negative pesanti nei riguardi del sistema mutualistico. Non ritengo sia utile la polemica in un senso o nell'altro. Si tratta solamente ma concretamente di constatare che nel momento in cui tutta la popolazione italiana risulta coperta dall'assistenza questo sistema a struttura verticale basato sul gruppo sociale deve lasciare il posto ad un sistema più generalizzato su base orizzontale avente come soggetto il cittadino.

Onorevoli colleghi, la tutela della salute è un solenne impegno di natura costituzionale; si basa su una esigenza naturale di difesa e di sviluppo della persona umana. Si parla molto della necessità di realizzare nuovi modelli di consumo con lo spostamen-

to dell'asse dai consumi privati a quelli sociali capaci di realizzare i nuovi modelli di civiltà. Un settore nel quale questo impegno può concretamente uscire dalle belle enunciazioni programmatiche per passare alla fase operativa è proprio il settore sanitario.

Il Governo ricorda a sé e al Parlamento gli ultimi e più significativi impegni, le norme di sanatoria per il personale medico degli ospedali, l'attuale decreto che propone una concreta soluzione per l'aspetto economico e strutturale degli ospedali e il disegno di legge che istituisce il servizio sanitario nazionale. È una linea coerente e per la sua realizzazione chiedo il consenso sul provvedimento al nostro esame. (*Applausi dal centro, dal centro-sinistra e dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . Invito il Governo ad esprimere il parere sulla proposta di non passare all'esame degli articoli presentata dai senatori Brosio e Balbo e sugli ordini del giorno.

C O L O M B O , *Ministro della sanità.* Il Governo è contrario alla proposta di non passare all'esame degli articoli presentata dai senatori Brosio e Balbo. Accetta invece l'ordine del giorno dei senatori Azimonti e Ferralasco come raccomandazione. Accetta anche l'ordine del giorno presentato dalla Commissione. L'ordine del giorno presentato dai senatori Costa e Dal Canton lo accetta come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti la proposta di non passare all'esame degli articoli, presentata dai senatori Brosio e Balbo, non accettata né dalla Commissione né dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvata.

Senatore Azimonti, insiste per la votazione dell'ordine del giorno n. 1?

A Z I M O N T I . Prendo atto delle dichiarazioni dell'onorevole Ministro e lo ringrazio. Non insisto.

PRESIDENTE. L'onorevole relatore ha già annunciato di insistere per la votazione dell'ordine del giorno numero due.

DE GIUSEPPE, relatore. Sì, signor Presidente, e vorrei anche sottolineare la necessità di una modifica del testo dell'ordine del giorno della Commissione. L'ordine del giorno dice: « Il Senato, udita la relazione al disegno di legge n. 1774 e le perplessità... ». Occorre invece dire: « Il Senato, udita la relazione al disegno di legge n. 1774 e considerate le perplessità... ».

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'ordine del giorno n. 2, accettato dal Governo, con la modifica indicata dal relatore. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Chiedo ai presentatori dell'ordine del giorno n. 3 se insistono per la votazione.

DEL NERO. Non insistiamo.

Annuncio di nomina dei membri della Commissione parlamentare per la localizzazione degli impianti per la produzione di energia elettrica

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha chiamato a far parte della Commissione parlamentare per la localizzazione degli impianti per la produzione di energia elettrica, prevista dall'articolo 2 della legge 18 dicembre 1973, n. 880, i senatori Alessandrini, Dalvit, Cirielli, Bertone e Veronesi.

Annuncio di disegno di legge trasmesso dalla Camera dei deputati e di deferimento a Commissione permanente in sede referente

PRESIDENTE. Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso il seguente disegno di legge:

Deputati **BARBI** ed altri. — « Norme per la determinazione dei tassi di interesse per

i finanziamenti agevolati e del tasso di mora per i mutui fondiari » (1778).

Detto disegno di legge è stato deferito in sede referente alla 6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro).

Annuncio di approvazione di disegni di legge da parte di Commissioni permanenti

PRESIDENTE. Nelle sedute di ieri, le Commissioni permanenti hanno approvato i seguenti disegni di legge:

1ª Commissione permanente (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno, ordinamento generale dello Stato e della pubblica amministrazione):

« Modifiche all'ordinamento degli istituti di credito abilitati all'esercizio del credito pignoratizio » (1406);

6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Soppressione dell'imposta di fabbricazione sull'olio di oliva e riduzione dell'aliquota di fabbricazione sugli oli di semi e sulla margarina » (812), con l'approvazione di detto disegno di legge resta assorbito il disegno di legge: **SCHIETROMA** ed altri. — « Abolizione dell'imposta di fabbricazione sull'olio di oliva » (86);

ZUGNO ed altri. — « Adeguamento economico e normativo delle pensioni dei grandi invalidi di guerra più colpiti » (1165);

7ª Commissione permanente (Istruzione pubblica e belle arti, ricerca scientifica, spettacolo e sport):

« Nuove norme per il conseguimento della abilitazione all'insegnamento nelle scuole secondarie ed artistiche » (1763) (*Testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge di iniziativa governativa e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Giordano ed altri; Buzzi ed altri; Tozzi Condivi; Menicacci*) (Approvato dalla 8ª Commissione permanente della Camera dei deputati).

Ripresa della discussione

P R E S I D E N T E . Passiamo ora all'esame dell'articolo unico del disegno di legge. Se ne dia lettura.

F I L E T T I , *Segretario:*

Articolo unico.

È convertito in legge il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per la estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria, con le seguenti modificazioni:

All'articolo 1,

alla fine del primo comma sono aggiunte le parole: « e, nell'ambito delle residue disponibilità, dei comuni »;

dopo il terzo comma sono aggiunti i seguenti:

« Nella liquidazione dei crediti vantati dagli enti ospedalieri per rette di degenza si terrà conto degli oneri finanziari che potranno eventualmente ricadere sugli enti medesimi ove la realizzazione dei crediti abbia luogo successivamente al 31 marzo 1975.

Gli amministratori ed i tesoreri degli enti ospedalieri sono responsabili della destinazione degli importi assegnati a tacitazione dei crediti vantati nei confronti degli enti mutualistici per l'estinzione dei debiti verso istituti bancari e verso fornitori di materiali connessi con l'esercizio dell'attività ospedaliera.

I collegi sindacali vigileranno per la puntuale osservanza degli adempimenti di cui ai commi precedenti ».

All'articolo 2,

nel primo comma, la parola: « emerge », è sostituita dalla parola: « risulta »; la parola: « 32 », è sostituita dalla parola: « 16 »,

e le parole: « comitati regionali », sono sostituite con le parole: « competenti organi »;

nel secondo comma, le parole: « da istituti e cliniche universitarie, da istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico, da istituti ed enti di cui al penultimo comma dell'articolo 1 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, da case di cura private », sono sostituite dalle parole: « e dagli altri istituti ed enti pubblici e privati di ricovero e cura e dalle case di cura private »;

dopo il terzo comma sono aggiunti i seguenti:

« Le somme destinate ai comuni saranno versate in apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'interno.

Con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, saranno stabiliti i criteri di riparto e le modalità per la erogazione delle somme stanziare ».

Dopo l'articolo 2 è aggiunto il seguente:

« Art. 2-bis. — A partire dall'anno 1975 dal gettito di cui all'articolo 4 è prelevata annualmente la somma di lire 50 miliardi per essere destinata alla copertura degli oneri conseguenti alle operazioni finanziarie che il Ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare, ad integrazione di quelle di cui all'articolo 1, fino a concorrenza dell'importo necessario per assicurare l'estinzione dell'esposizione debitoria dei comuni nei confronti degli ospedali per assistenza ospedaliera che non possa essere assicurata nell'ambito delle operazioni di cui all'articolo 1.

Si applicano gli ultimi due commi del precedente articolo 2 ».

All'articolo 3,

al primo comma, la parola: « febbraio », è sostituita con la parola: « maggio ».

All'articolo 4,

al secondo comma, la parola: « 1969 », è sostituita con la parola: « 1963 »;

il terzo comma è sostituito dal seguente:

« A decorrere dal 1° luglio 1974, è istituita una quota aggiuntiva annua ai contributi dovuti dai lavoratori autonomi per l'assicurazione contro le malattie, ai sensi delle vigenti disposizioni, nella misura di lire 3.300 a carico di ciascun artigiano ed esercente attività commerciale e nella misura di lire 1.650 a carico di ciascun coltivatore diretto. Per ciascun familiare assistibile la quota aggiuntiva è determinata nella misura di lire 1.650 ».

L'articolo 6 è sostituito dal seguente:

« Con riferimento all'articolo 117 della Costituzione a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino alla entrata in vigore della riforma sanitaria è vietato:

a) istituire da parte degli enti ospedalieri nuove divisioni, sezioni o servizi quando questi non rispondano a specifiche inderogabili esigenze di assistenza sanitaria delle comunità locali che non possano essere soddisfatte mediante utilizzazione di analoghe strutture esistenti in ospedali limitrofi e quando questi, nel caso delle cliniche e degli istituti universitari convenzionati, non rispondano ad imprescindibili esigenze didattiche e di ricerca;

b) aumentare gli organici degli enti ospedalieri e assumere, anche temporaneamente, nuovo personale salvo la sostituzione del personale cessato dal servizio o collocato in aspettativa senza assegni o in congedo per gravidanza e puerperio e salvo il caso della istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per le riconosciute inderogabili esigenze di cui alla lettera a).

Il divieto di cui alla precedente lettera b) non si applica per le assunzioni nell'ambito dei posti previsti dalle vigenti piante organiche.

Le regioni nell'esercizio delle loro funzioni in materia ospedaliera dettano norme per il rispetto della disciplina di cui ai commi precedenti attenendosi al principio legislativo in essi contenuto ».

All'articolo 7,

nel primo comma, le parole: « degli organi », sono sostituite con le parole: « di organi »; le parole: « degli enti », sono sostituite con le parole: « di enti »; dopo le parole: « presso gli enti ospedalieri », sono aggiunte le parole: « e di altre commissioni consultive nominate dalla stessa amministrazione »;

dopo il primo comma è aggiunto il seguente:

« Le leggi regionali dovranno, altresì, determinare i limiti non superabili dei compensi dovuti agli altri componenti delle commissioni di cui al precedente comma, che non siano membri di organi di amministrazione nè dipendenti di enti ospedalieri »;

nel secondo comma, alla lettera a), dopo la parola: « indennità », è aggiunta la parola: « , addizionali »;

il quarto e quinto comma sono sostituiti dal seguente:

« Per i medici ospedalieri l'attività libero-professionale e per servizi convenzionati è disciplinata dagli accordi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, fatto salvo che la somma complessiva dei proventi dovuti per la stessa non potrà superare come tetto retributivo il 60 per cento del trattamento economico per i medici a tempo pieno ed il 40 per cento per i medici a tempo definito »;

nell'ottavo comma, dopo la parola: « medesimi », sono aggiunte le parole: « salve le deroghe consentite con autorizzazione della regione. La predetta autorizzazione è di competenza della giunta regionale fatte salve le attribuzioni del consiglio regionale o di altri organi della regione eventualmente previsti dallo statuto o da leggi della regione »;

dopo l'ottavo comma è aggiunto il seguente:

« Il divieto di cui al precedente comma non si applica agli atti già deliberati e pubblicati alla data di entrata in vigore del presente decreto ».

All'articolo 8,

nel primo comma, la parola: « banditi », è sostituita dalla parola: « indetti »;

dopo il terzo comma sono aggiunti i seguenti:

« Limitatamente al personale sanitario la autorizzazione di cui al comma precedente può essere concessa anche nel caso di copertura di posti già vacanti in pianta organica alla data di entrata in vigore del presente decreto.

Le casse ad ordinamento provinciale autonomo possono provvedere ad assunzioni di carattere temporaneo, ai sensi della legge 18 aprile 1968, n. 230, in relazione ad assenze di personale di ruolo per aspettativa nei casi previsti dalla legge, per congedi straordinari e per gravidanza e puerperio »;

il quarto comma è sostituito dal seguente:

« Le convenzioni e relative tariffe già stipulate dagli enti mutualistici con le categorie dei medici e dei farmacisti, nonché con le categorie sanitarie ausiliarie, anche se ratificate successivamente alla data del presente decreto con delibere dei competenti consigli di amministrazione da sottoporre alla approvazione dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro opereranno, nei termini e nelle misure dalle stesse previsti, fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria. Le tariffe di cui al presente comma non sono suscettibili di aumento ».

All'articolo 9,

nel primo comma, dopo la parola: « malattia », sono aggiunte le parole: « ferme restando le rispettive modalità di prescrizione »;

dopo il primo comma è aggiunto il seguente:

« A partire dal 1° gennaio 1975 la norma di cui al precedente comma si applica altresì ai soggetti che si avvalgono dell'assistenza farmaceutica in forma indiretta »;

il secondo comma è sostituito dal seguente:

« Entro il 30 giugno 1975 ed entro il 30 giugno degli anni successivi, il prontuario terapeutico sarà riveduto con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore della sanità e un comitato di esperti presieduto dallo stesso Ministro. Il direttore dell'Istituto superiore di sanità è membro di diritto del predetto comitato »;

al quarto comma, dopo le parole: « vendita al pubblico » sono aggiunte le altre: « delle specialità medicinali, ad eccezione degli emoderivati e degli altri preparati comunque di origine umana ».

L'articolo 10 è sostituito dal seguente:

« È abrogato il primo comma dell'articolo 6 della legge 25 marzo 1971, n. 213.

La liquidazione della Cassa nazionale di conguaglio di cui alla citata legge 25 marzo 1971, n. 213, ha luogo mediante il conferimento delle disponibilità nel conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale, denominato " Ministero del tesoro - Conto speciale per il finanziamento dell'assistenza ospedaliera " di cui all'articolo 5 del presente decreto.

I crediti degli enti ospedalieri nei confronti della Cassa nazionale di conguaglio sono estinti. Gli enti ospedalieri apportano ai rispettivi bilanci, le necessarie modificazioni.

Le somme che alla data di pubblicazione della legge di conversione del presente decreto fossero ancora dovute dagli enti mutualistici ed assistenziali alla Cassa saranno versate direttamente dagli enti stessi al conto corrente di cui al secondo comma ».

L'articolo 11 è soppresso.

All'articolo 12,

al primo comma, le parole: « nonché alle province autonome di Trento e Bolzano » sono soppresse e le parole: « delle cliniche ed istituti universitari, degli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 feb-

braio 1968, n. 132 e delle case di cura private », sono sostituite con le parole: « stipulate a norma del successivo articolo 18 »;

dopo il primo comma sono aggiunti i seguenti:

« Sino alla data di entrata in vigore della legge di riforma sanitaria le regioni erogano, altresì, l'assistenza ospedaliera in forma indiretta nei confronti dei soggetti assistibili che ne abbiano diritto in base ai vigenti ordinamenti dei rispettivi enti o casse mutue di malattia.

Qualora gli iscritti e i rispettivi familiari che ne abbiano titolo non si avvalgano dell'assistenza ospedaliera gestita dalle regioni, ma si ricoverino in istituti di cura non convenzionati o in classi diverse da quelle convenzionate, le regioni rimborseranno una quota non inferiore alla spesa media sostenuta dalla regione per analoghe prestazioni nelle case di cura private convenzionate ubicate nella regione »;

dopo il secondo comma è aggiunto il seguente:

« Le regioni assicurano, secondo i vigenti ordinamenti degli enti mutualistici, l'assistenza ospedaliera all'estero nei confronti degli aventi diritto che si trovino fuori dal territorio nazionale per ragioni di lavoro »;

dopo l'ultimo comma è aggiunto il seguente:

« È fatto obbligo agli enti ospedalieri e agli istituti di ricovero e cura di cui al presente articolo di comunicare al competente ente gestore di assistenza malattia la data del ricovero, con la relativa diagnosi e — al termine della degenza — la data del dimissionamento del ricoverato avente diritto all'indennità economica di malattia ».

Dopo l'articolo 12 è aggiunto il seguente:

« Art. 12-bis. — Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi entro il 1° luglio 1975, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del

tesoro — e con il concerto dei Ministri di competenza — sono sciolti i consigli di amministrazione dell'INAM, dell'ENPAS, dell'INADEL, dell'ENPDEDP, dell'ENPALS, e delle Federazioni nazionali delle casse mutue degli artigiani, commercianti e coltivatori diretti. Con il medesimo decreto sono nominati i commissari straordinari per la temporanea gestione degli enti stessi fino alla data di emanazione del decreto di cui al terzo comma.

Con decreto del Presidente della giunta provinciale di Trento e del Presidente della giunta provinciale di Bolzano sono sciolti rispettivamente i consigli di amministrazione delle casse mutue provinciali di malattia di Trento e di Bolzano. Con il medesimo decreto sono nominati i rispettivi commissari straordinari per la temporanea gestione delle casse stesse fino alla data di emanazione del decreto di cui al terzo comma.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità e con gli altri Ministri vigilanti, da emanarsi almeno 60 giorni prima del termine di cui al successivo comma, sono individuati gli altri enti non compresi tra quelli di cui al primo comma e le gestioni di assistenza malattia da sopprimere. Con il medesimo decreto sono resi autonomi i servizi di assistenza sanitaria degli enti di previdenza sociale e si provvede alla nomina di commissari straordinari per la temporanea gestione di detti servizi.

Al compimento del biennio dalla data del decreto di cui al primo comma, sono estinti tutti gli enti e le gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, le cui funzioni e relative strutture sono ripartite, secondo le rispettive competenze, tra lo Stato, le regioni e gli altri enti territoriali per l'attuazione del servizio sanitario nazionale ».

All'articolo 13,

dopo il terzo comma è aggiunto il seguente:

« Per i lavoratori stagionali all'estero, che rientrano nel territorio nazionale, l'importo

di cui al primo comma è commisurato al periodo medio di permanenza della categoria di appartenenza nel territorio nazionale ».

All'articolo 14,

al secondo comma, punto 1), al primo alinea, dopo le parole: « gestioni o casse », è aggiunta la parola: « anche »; al secondo alinea, dopo la parola: « contribuzioni », sono aggiunte le parole: « escluse quelle facoltative ed integrative a qualsiasi titolo »; dopo le parole: « 51 per cento » sono aggiunte le seguenti: « Per gli istituti ed enti mutuo-previdenziali a bilancio unitario, che non abbiano gestioni autonome per l'assistenza sanitaria, la quota delle contribuzioni da versare per l'anno 1975 al fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera è pari alla spesa ospedaliera accertata a consuntivo per il 1973, maggiorata della percentuale d'incidenza delle spese generali accertate per il medesimo anno »; al punto 4), dopo la parola: « propri », sono aggiunte le parole: « o da altre entrate ».

All'articolo 15,

al primo comma, dopo le parole: « punto 1) », è soppressa la parola: « e »;

al quarto comma la parola: « ospedaliero », è sostituita dalle seguenti: « per la assistenza ospedaliera ».

All'articolo 16,

al primo comma, la parola: « febbraio », è sostituita dalla parola: « maggio »;

dopo l'ultimo comma è aggiunto il seguente:

« Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la commissione interregionale di cui al primo comma, verifica annualmente l'andamento della gestione del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera ed i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza ospedaliera assicurati sull'intero territorio nazionale. Ove da detta verifica dovesse riscontrarsi l'insufficienza del fondo stesso, con apposito provvedimento legislativo si provvede alla

revisione delle fonti di alimentazione di cui all'articolo 14 ».

All'articolo 18,

al primo comma, dopo la parola: « regioni », sono aggiunte le parole: « con idonei atti deliberativi », e dopo la parola: « nonchè », sono aggiunte le altre: « quelli di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, e »;

al secondo comma le parole: « dai Ministeri della sanità, » sono sostituite dalle parole: « dal Ministro della sanità, di concerto con i Ministri »;

il terzo comma è soppresso;

dopo il terzo comma sono aggiunti i seguenti:

« Fino a quando non saranno stati emanati dal Ministero della sanità gli schemi previsti dal secondo comma del presente articolo, o non saranno state approvate le deliberazioni di stipula delle convenzioni di cui al primo comma dello stesso articolo, le convenzioni in atto all'entrata in vigore del presente decreto resteranno in vigore, intendendosi sostituite le regioni all'ente mutualistico stipulante.

Gli schemi di convenzione di cui al secondo comma del presente articolo dovranno essere emanati dal Ministero della sanità entro e non oltre il primo semestre del 1975 ».

All'articolo 19,

al secondo comma sono soppresses le parole: « che sarà regolato con la legge per la riforma sanitaria ».

L'articolo 20 è sostituito dal seguente:

« Ai fini del coordinamento dell'attività degli enti mutualistici dei lavoratori autonomi e dipendenti con la programmazione regionale e con l'attività degli enti ospedalieri ogni Regione istituisce un comitato regionale.

Il comitato, nominato dalla Regione e presieduto dall'assessore alla sanità, ha facoltà di proposta e deve essere sentito sulle questioni attinenti al miglioramento dei servizi

sanitari degli enti mutualistici nell'ambito della Regione ».

L'articolo 22 è sostituito dal seguente:

« Alla attuazione delle norme fondamentali di riforma dei principi stabiliti dalla presente legge nella regione Trentino-Alto Adige provvederanno rispettivamente la regione Trentino-Alto Adige e le province autonome di Trento e di Bolzano secondo le rispettive competenze. A tal fine le province disporranno di una somma determinata in sede di definizione della quota variabile di cui all'articolo 78 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, in relazione alla spesa dello Stato nello stesso settore ».

All'articolo 23,

è aggiunto il seguente comma:

« Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare con propri decreti le variazioni di bilancio occorrenti per l'attuazione del presente decreto ».

L'articolo 24 è soppresso.

P R E S I D E N T E . Avverto che gli emendamenti che sono stati presentati si riferiscono agli articoli del decreto-legge da convertire, nel testo risultante dalle modificazioni approvate dalla Camera dei deputati.

Si dia lettura degli emendamenti all'articolo 1.

F I L E T T I , *Segretario:*

Al primo comma, sopprimere le parole:
« con le modalità di cui al successivo articolo 2 ».

1.1 NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI

Sopprimere il quinto comma.

1.2 NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI

N E N C I O N I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

N E N C I O N I . Signor Presidente, signori del Governo, onorevoli colleghi, abbiamo illustrato ieri sera le ragioni della nostra opposizione al disegno di legge di conversione del decreto-legge in esame; e queste nostre ragioni si traducono oggi in alcuni emendamenti che, secondo la nostra tesi, sono migliorativi sia dell'articolazione nel suo complesso, sia delle espressioni letterali delle singole norme e rispondono anche ad un'altra filosofia. Per poter comprendere gli emendamenti all'articolo 1 si dovrebbe anche poter scendere all'esame degli emendamenti successivi che sono un tutto organico di una nuova filosofia che riteniamo sarebbe migliore di questo provvedimento perchè questo provvedimento, nel suo complesso, — non vorrei contraddire il Ministro nè la sua lucida esposizione così brutalmente — rappresenta uno strumento rozzo nella sua concezione e nella sua espressione letterale.

Dimostreremo nel corso dell'illustrazione dei vari emendamenti le ragioni del nostro giudizio assolutamente negativo non tanto per la procedura legislativa, che pure il senatore De Sanctis ieri ha sottolineato quanto sia contraddittoria con determinati principi e determinati riflessi, quanto per la concezione contenuta nei vari articoli. Per esempio, l'emendamento 1.1, onorevole Presidente, si illustra da solo perchè chiedendo noi la soppressione poi del primo e secondo comma dell'articolo 2 è evidente che è una ragione di coordinamento più che un emendamento sostanziale. Invece

l'emendamento 1.2 che mira a sopprimere il quinto comma potrebbe sembrare un emendamento di forma ma è un emendamento di sostanza. Onorevole Ministro, non so chi abbia preparato questo testo; immagino chi può averlo fatto ma certamente chi lo ha redatto o pensava ad altro o era turbato dal pensiero assillante delle ferie e si è lasciato sfuggire degli errori penso di calamo più che di concezione giuridica. Ma quando al quinto comma dell'articolo 1 si dice che gli amministratori e i tesoriere degli enti ospedalieri sono responsabili della destinazione degli importi assegnati a tacitazione dei crediti vantati nei confronti degli enti mutualistici per l'estinzione dei debiti verso istituti bancari e verso fornitori di materiali connessi con l'esercizio dell'attività ospedaliera si dice una cosa non solo inutile e vana, ma addirittura abberante dal punto di vista giuridico. Vi illustro le ragioni del mio assunto. Evidentemente lo scopo della legge è indicato dal primo comma dell'articolo 1, dove si stabilisce che si devono rastrellare 2.700 miliardi, da utilizzare, con le modalità di cui al successivo articolo 2, per uno scopo preciso (sorvolo sulla scorrettezza giurisprudenziale di un rastrellamento di tesoreria per uno scopo perchè se dovessimo considerare queste finanze dovremmo cancellare il 70 per cento delle leggi che abbiamo varato), cioè per l'estinzione dei crediti vantati dagli enti ospedalieri (vi è quindi uno scopo preciso stabilito inequivocabilmente anche se non con chiarezza — come spiegherò — dal primo comma dell'articolo 1; tra l'altro anche l'espressione « crediti vantati » non è una espressione giuridica, perchè i crediti non sono tali perchè « vantati »: ecco perchè sostengo che chi ha scritto questo testo aveva certamente la mente alle vacanze o in qualche altra cosa) ed altri istituti di ricovero pubblici e privati nei confronti degli enti mutualistici e, nell'ambito delle residue disponibilità, dei comuni. Come norma di destinazione di 2.700 miliardi è per lo meno perplessa, cioè non con contorni definiti. Infatti dall'articolo 1 avremmo dovuto sapere esattamente la situazione che deve essere ripianata per quanto concerne

gli ospedali e gli altri istituti di ricovero pubblici e privati e avremmo dovuto sapere anche quali sono le residue disponibilità dei comuni. Non si può in una norma così importante, che stabilisce un rastrellamento di tesoreria con scopo predeterminato, dire: se avanza qualcosa lo verseremo ai comuni. Dovremmo sapere che cosa si rastrella, dato di partenza, dovremmo sapere che cosa si ripiana, dato di arrivo, dovremmo sapere che cosa residua per poterlo destinare altrove.

Superate queste osservazioni di stile, proprietà di linguaggio e anche di chiarezza delle norme, faccio presente — è una cosa ovvia — che esiste tuttora, malgrado gli sforzi del Parlamento per scolorarlo nella sua portata, il gravissimo reato di peculato per distrazione. Ora, se questo reato, malgrado gli sforzi del senatore Bettiol, esiste ancora, è evidente che se la destinazione non è quella indicata dalla legge gli amministratori commettono un reato di peculato per distrazione punibile con la reclusione fino a 10 anni. Non vedo quindi perchè, dato che c'è una norma di legge del codice penale che prevede questo reato gravissimo, una norma di legge debba dire che gli amministratori e i tesoriere degli enti ospedalieri sono responsabili della destinazione degli importi assegnati. Se distraggono questi importi dalla loro destinazione è evidente che commettono un peculato per distrazione. È come se un sindaco al quale una deliberazione impone di costruire una strada costruisce invece una fontana davanti a casa sua. I soldi sono del comune e la fontana è del comune. Questo è evidente, ma c'è una distrazione di fondi dallo scopo fissato per legge.

Pertanto, onorevole Ministro, dovrà convenire che questa norma è assolutamente ultronea, perchè qualora gli amministratori, i tesoriere degli enti ospedalieri si rendessero responsabili della distrazione delle somme dallo scopo stabilito, risponderebbero anche, senza questa norma, di fronte al codice penale e di fronte agli enti cui sono addetti.

Per la verità avrei voluto presentare un emendamento soppressivo del sesto comma perchè se i collegi sindacali non vigilano

per la puntuale osservanza degli adempimenti, non so che cosa ci stiano a fare dato che i collegi sindacali, secondo gli statuti e secondo i principi generali del diritto hanno questo compito che per ciò si chiama istituzionale. Essi vengono concepiti e nominati con i poteri di indipendenza dall'esecutivo dell'ente proprio per vigilare su questi adempimenti.

Non ho tuttavia ritenuto di presentare questo emendamento perchè forse è bene richiamare i sindaci alla permeante osservanza di questo scopo stabilito dalla legge.

L'emendamento 1.2 è tanto più accoglibile in quanto con l'articolo 3 si istituisce un comitato di vigilanza composto dai Ministri per la sanità, per il tesoro e per il lavoro e la previdenza sociale o da un altro delegato e da tre rappresentanti delle regioni, comitato presieduto dal Ministro della sanità. Questo comitato ha il compito di assicurare l'osservanza della destinazione delle somme dovute agli enti creditori. Vi è una norma di legge con cui si dispone che i tesorieri e gli amministratori sono responsabili se commettono il reato di peculato per distrazione, cosa inutile, si ricordano ai sindaci i loro doveri istituzionali, si istituisce un comitato di vigilanza, anche questo con un compito di assicurare l'osservanza della destinazione; si vede insomma che il Governo ha avuto proprio paura che malgrado tutte le garanzie ci fossero degli amministratori che si mettono in tasca i soldi o che destinano questi soldi a qualcosa di diverso.

A questo punto consiglieri il Governo, oltre che ricorrere a queste norme di legge e al comitato di vigilanza, di creare un altro comitato magari presieduto dal Presidente della Repubblica per controllare i controllori e controllare i Ministri che controllano i sindaci che controllano gli amministratori. È questa una catena di Sant'Antonio di controlli che non ha senso nel nostro diritto pubblico.

Per questi motivi ritengo che i due emendamenti, specialmente il secondo, debbono avere l'onore dell'accoglimento proprio per la dignità di legislatore di questo ramo del Parlamento.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

DE GIUSEPPE, relatore. Sono contrario agli emendamenti 1.1 e 1.2. Sono contrario all'emendamento 1.1 perchè siamo convinti che (poi si vedrà quando esamineremo l'articolo 2) l'articolo 2 prevede norme che non possono essere soppresse.

Per quanto riguarda l'emendamento 1.2 mi rendo conto delle osservazioni avanzate dal senatore Nencioni. È chiaro che il reato di peculato, con il quinto comma dell'articolo 1 o senza quinto comma, ci sarebbe sempre nell'eventualità in cui ci fossero inadempienze da parte dei tesorieri o degli amministratori. Il senatore Nencioni mi vorrà però dare atto che vi è l'affermazione pacifica fin dai tempi antichissimi che *quod abundat non vitiat*. Quindi, se questo quinto comma resta, non succede niente di drammatico.

COLOMBO, Ministro della sanità. Concordo con il relatore.

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'emendamento 1.1, presentato dal senatore Nencioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.2, presentato dal senatore Nencioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Passiamo all'emendamento all'articolo 2. Se ne dia lettura.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere il primo e il secondo comma.

2.1 NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI

NENCIONI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

NENCIONI. Onorevole Presidente, avevo già detto, illustrando l'emendamento 1.2, che chiedevamo la soppressione del primo e del secondo comma dell'articolo 2 perchè, dato lo scopo del rastrellamento dei 2.700 miliardi stabilito all'articolo 1, è inutile nella nostra concezione di questo strumento che si stabiliscano le modalità, tanto più che le modalità riguardano un elenco di enti che è destinato poi a dilatarsi ulteriormente fino a comprendere tutti gli enti. Tanto vale allora fermarci alla norma coercitiva, di scopo e attuare quello scopo attraverso il versamento nelle casse dello Stato del ricavato cioè con la garanzia dello Stato.

Siamo contrari al secondo comma dove si stabilisce che le somme destinate a ciascun ente siano versate dal Ministero del tesoro in appositi conti speciali aperti presso istituti di credito da determinarsi con decreto del Ministro del tesoro sui quali sono tratti gli ordini di pagamento. I pagamenti possono essere fatti attraverso le tesorerie provinciali senza bisogno di versare queste somme presso istituti di credito. La burocrazia che è molto accorta credo abbia concepito questo comma in vista degli interessi di scartellamento. Si tratta di miliardi che possono offrire oltre agli interessi che vengono ad incrementare il conto, interessi che non incrementano il conto, ma incrementano altri rivoli che si riversano in piccoli o grandi laghi.

Ecco la ragione per cui siamo contrari a concepire questo inutile allargamento della platea su cui questa somma si allarga a macchia d'olio col pericolo che incontra il denaro pubblico quando esce dalle casseforti dello Stato e si disperde nei rivoli degli istituti bancari. Insistiamo nell'emendamento per ragioni di carattere morale, per la difesa della pubblica moralità e della finanza pubblica.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

DE GIUSEPPE, *relatore*. Sono contrario perchè l'articolato previsto dall'articolo 2 dà garanzie e controlli che non possono essere eliminati; perciò la modifica proposta sarebbe controproducente ai fini della distribuzione delle somme e quindi del buon esito che il decreto si propone di raggiungere.

COLOMBO, *Ministro della sanità*. Sono contrario per le argomentazioni dette dal relatore.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 2.1, presentato dal senatore Nencioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Passiamo agli emendamenti all'articolo 4. Se ne dia lettura.

FILETTI, *Segretario*:

Al primo comma, dopo le parole: « del 1° luglio 1974 », inserire le altre: « e fino al 30 giugno 1976 ».

4.1 CALIA, ARGIROFFI, ZANTI TONDI
Carmen Paola, MERZARIO, CANETTI, PELLEGRINO

Al primo comma, sostituire le parole da: « all'1,65 per cento della retribuzione imponibile », sino alla fine del comma, con le altre: « in misura pari allo 0,80 per cento della retribuzione imponibile ai fini contributivi a totale carico dei datori di lavoro ».

4.2 CALIA, ARGIROFFI, ZANTI TONDI
Carmen Paola, MERZARIO, CANETTI, PELLEGRINO

In via subordinata all'emendamento 4.2, al primo comma, sostituire le parole: « di cui l'1,50 per cento a carico dei datori di lavoro e lo 0,15 per cento a carico dei lavoratori », con le altre: « a totale carico dei datori di lavoro ».

4.3 CALIA, ARGIROFFI, MERZARIO, ZANTI TONDI
Carmen Paola, PELLEGRINO, CANETTI

Al secondo comma, dopo le parole: « a decorrere dal 1° luglio 1974 », inserire le altre: « e fino al 30 giugno 1976 ».

4. 4 CALIA, CANETTI, ARGIROFFI, MERZARIO, PELLEGRINO, ZANTI TONDI
Carmen Paola

Al secondo comma, sopprimere le parole. « di cui lire 2 a carico del lavoratore ».

4. 5 CALIA, CANETTI, ARGIROFFI, MERZARIO, PELLEGRINO, ZANTI TONDI
Carmen Paola

Al secondo comma, sopprimere le parole: « di cui lire 1,50 a carico dei lavoratori ».

4. 6 CALIA, CANETTI, ARGIROFFI, MERZARIO, PELLEGRINO, ZANTI TONDI
Carmen Paola

Al terzo comma, alle parole: « lire 1.650 », sostituire le altre: « lire 825 ».

4. 7 ARGIROFFI, DEL PACE, CANETTI, CALIA, PELLEGRINO, MERZARIO, ZANTI TONDI
Carmen Paola

Aggiungere, in fine il seguente comma:

« Le disposizioni di cui ai commi precedenti non si applicano ai territori indicati dalle provvidenze per le aree depresse del Mezzogiorno d'Italia ».

4. 8 PELLEGRINO, ARGIROFFI, ZANTI TONDI
Carmen Paola, MERZARIO, CANETTI, CALIA

CALIA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CALIA. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, abbiamo ritenuto di presentare questi emendamenti perchè siamo del parere che gli oneri contributivi indicati all'articolo 4 del decreto-legge che stiamo esaminando comportino un gettito annuale superiore alle esigenze che il decreto stesso propone.

Sia nel corso del dibattito avvenuto in Commissione e poi in Aula ed anche nella re-

lazione che accompagna il disegno di legge non è stato fatto alcun riferimento al gettito che viene ad essere ricavato attraverso le nuove aliquote indicate all'articolo 4 del decreto-legge al nostro esame. Riteniamo che questa non sia una semplice dimenticanza, ma siamo anzi del parere che sia un fatto voluto. Cioè, non si è voluto indicare in modo esatto il gettito che sarà ricavato da questa operazione.

Con l'emendamento 4.1 e con l'emendamento 4.4, si chiede che la data del 1° luglio 1974 inserita nel primo e nel secondo comma dell'articolo 4 venga posticipata al 30 giugno 1976. Con l'emendamento 4.2 proponiamo che l'aliquota contributiva dell'1,65 per cento sia ridotta allo 0,80 per cento per non aggravare le già pesanti condizioni economiche delle piccole e medie aziende commerciali, artigianali ed edilizie che rappresentano la grande maggioranza e che attualmente sono in stato di fallimento. L'aliquota contributiva dello 0,80 per cento sarà poi a carico completo del datore di lavoro. Con questo emendamento, qualora lo accoglierete, riteniamo che si possa egualmente assicurare il ripiano dei *deficit* mutualistici contratti nei confronti degli enti ospedalieri.

Per quanto riguarda l'emendamento 4.3 il discorso è diverso e più chiaro. Il Gruppo comunista in via subordinata propone il mantenimento della aliquota contributiva a carico dei datori di lavoro, pari all'1,50 per cento, escludendo la percentuale dello 0,15 per cento indicata a carico dei lavoratori dipendenti. Abbiamo presentato questo emendamento per un semplice motivo, che non possiamo dimenticare che con provvedimenti del Governo sono stati stabiliti di volta in volta aggravamenti degli oneri contributivi a carico dei lavoratori dipendenti, cosa che è stata fatta in modo puntuale secondo le scadenze indicate nei diversi disegni o decreti-legge, come ad esempio quello sulla casa, la legge n. 865, che stabiliva la cancellazione del contributo in favore della GESCAL che operava per lo 0,35 per cento a carico dei lavoratori dipendenti. Per quanto quella legge stabilisse un termine che doveva decorrere dal 1° gennaio 1972, si è poi provveduto con due decreti-legge a tenere

ancora in vita quel contributo dell'1,05 per cento di cui un terzo a carico dei lavoratori dipendenti. Per essere più preciso l'ultimo provvedimento, che risale al 2 maggio 1974, ancora una volta ha confermato a carico dei lavoratori dipendenti un aggravamento dello 0,35 per cento. Aggiungere ancora oggi un carico contributivo dello 0,15 per cento rappresenta un ulteriore aggravio dei contributi cui sono assoggettate le retribuzioni dei lavoratori dipendenti.

Con gli emendamenti 4.5 e 4.6 intendiamo affermare che i lavoratori e le lavoratrici del settore agricolo, che in questo particolare momento di crisi economica, di disoccupazione e di costante aumento del costo della vita soffrono più degli altri in conseguenza della crisi economica, non possono essere caricati di ulteriori aumenti contributivi. Pertanto il Gruppo comunista chiede che le due lire a carico del lavoratore per ogni giornata di lavoro di uomo o di donna e le lire 1,50 per ogni giornata di lavoro di ragazzo siano a completo carico del datore di lavoro.

Per i motivi esposti il Gruppo comunista chiede che gli emendamenti illustrati vengano accolti dall'Assemblea. (*Applausi dalla estrema sinistra*).

DEL PACE. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DEL PACE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'emendamento 4.7 è semplicissimo. Ognuno di noi sa che se c'è una categoria disagiata e in difficoltà fra i lavoratori autonomi è certamente quella dei coltivatori diretti che si trovano in condizioni gravissime e che in questa tornata di pagamenti contributivi hanno visto aumentare molto fortemente le cartelle dei contributi mutualistici, tanto è vero che tutte le casse mutue dei coltivatori diretti in campo nazionale hanno deciso aumenti fortissimi sulle giornate lavorative e sulle quote *pro capite*. A questo aumento il decreto ne aggiunge un altro. Ecco perchè il Gruppo comunista propone una riduzione almeno su questo aumento portando la quota aggiuntiva *pro ca-*

pite a 825 lire anzichè a 1.650, in modo che, almeno in questa direzione, non si abbia a far pagare ancora una volta i più poveri, i più disagiati lavoratori agricoli del nostro paese che sono tartassati in tutte le direzioni. Occorre anche tener conto, onorevole Ministro, che se c'è una categoria, assieme a tutti gli altri autonomi, che non ha ancora per legge nazionale l'assistenza farmaceutica è proprio questa. È chiaro che, in una situazione di aggravamento generale, anche questa misura apporta difficoltà notevoli. Per questi motivi confidiamo che l'Assemblea voglia accogliere l'emendamento da noi proposto.

PELLEGRINO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PELLEGRINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, noi presentiamo un emendamento aggiuntivo all'articolo 4, il 4.8, che tende a far sì che la norma che aumenta la contribuzione dei lavoratori e delle piccole e medie aziende non sia applicata nelle zone depresse del Mezzogiorno. Conoscete già il nostro atteggiamento di opposizione ferma alla norma del decreto che mira a far pagare ai lavoratori l'aumento dei contributi per eliminare i debiti delle mutue nei confronti degli ospedali perchè ci troviamo in un momento di grave crisi economica e di accresciuto disagio delle masse popolari. Esse verrebbero ad essere con questo provvedimento spogliate di circa 550 miliardi, che sarebbero denaro tolto a consumi di prima necessità per l'ovvio motivo che ormai la cinghia di chi vive di salario, di stipendio, di pensione è già abbastanza stretta. Questa disposizione caratterizza, come abbiamo già avuto occasione di dire più volte, il provvedimento mostrandone il duro aspetto di classe sul piano sociale. Ma ancora più pesante appare la disposizione per il Mezzogiorno che ha già pagato prezzi altissimi in termini economici, umani e di salute per lo sviluppo distorto imposto al paese. La patologia del sottosviluppo non è una elucubrazione accademica, ma l'espressione di stati patologici esistenti

appunto nelle regioni che, come quelle meridionali, hanno un basso livello di strutture igienico-sanitarie e di servizi sociali.

La situazione debitoria delle mutue ha portato al collasso gli ospedali meridionali che hanno, più che altrove, in molti casi una conduzione amministrativa corrotta e clientelare con una accentuata impostazione aziendalistica, anche per effetto della legge n. 132. Così l'ammalato è mercificato fino all'esaasperazione in quanto viene trasformato da soggetto primario dell'intervento sanitario in oggetto di scandalose speculazioni.

Ora si chiede alle masse popolari meridionali di intervenire per sanare la situazione deficitaria degli ospedali, della quale non sono responsabili, ma della quale sono vittime come utenti di un servizio ospedaliero inefficiente, inadeguato, indecoroso e indegno di un paese civile. E si chiede di pagare anche alle aziende piccole e medie del Mezzogiorno, nonostante le loro difficoltà, rese ancora più acute dall'economia depressa nella quale sono costretti ad operare e dalla quale si allontana sempre di più il miraggio del decollo. Infatti è fallita la cosiddetta politica meridionalistica governativa, basata sugli interventi speciali e sugli incentivi indiscriminati, come era del resto prevedibile poichè essa ha portato al Sud appena lo 0,50 per cento del reddito nazionale, a detta del professor Saraceno.

Per il Mezzogiorno ci sono state solo promesse, inganni ed anche beffe, come certamente si risolverà in una beffa il fondo di 250 miliardi per il credito agevolato al Mezzogiorno, da costituire con il gettito della *una tantum* sulle auto e i motoscafi, e non solo per motivi formali, ma per l'incertezza dell'entità del gettito. In ogni caso questa misura viene già più che vanificata con l'aumento dei contributi per il pagamento del debito ospedaliero delle mutue.

Ancora più grave è l'inganno, la solenne promessa, non mantenuta dal Governo, di fiscalizzare gli oneri sociali per il Mezzogiorno se invece con questo provvedimento gli oneri vengono elevati, andando, peraltro, nella direzione opposta a quella della fiscalizzazione generale, elemento di fondo della riforma sanitaria.

Perciò, onorevole Ministro e onorevoli colleghi, per dare logica e coerenza ad una linea che si vuole perseguire nei confronti del Mezzogiorno e del settore sanitario, abbiamo presentato questo emendamento che affidiamo alla vostra positiva valutazione.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

DE GIUSEPPE, relatore. Sono contrario a tutti gli emendamenti, dal 4.1 al 4.8, che possono raggrupparsi in tre ordini di idee: il finanziamento, il termine finale dei contributi e l'eventuale esenzione dei lavoratori del Mezzogiorno.

Se si accogliessero tutti gli emendamenti o uno solo di essi, il provvedimento, tanto elogiato, sul quale anche le opposizioni, pur annunciando il voto negativo, non hanno potuto non concordare, cadrebbe.

È chiaro che si tratta di un provvedimento che chiede dei sacrifici a tutti, anche ai lavoratori. Non si può fissare un termine finale per la contribuzione perchè il provvedimento è articolato nel senso della contrazione di mutui da parte del Ministero della sanità. Di conseguenza e in rapporto a questi mutui, alla loro estensione e agli interessi che matureranno, non è possibile accettare la data del 30 giugno 1976.

Per quanto riguarda l'esonero della contribuzione dei lavoratori meridionali, sono, come tanti di voi, un uomo del Mezzogiorno e comprendo le ragioni che sono alla base di questa richiesta, ma comprendo anche le ragioni ancora più valide e urgenti per non far cadere il provvedimento e non far venir meno la possibilità per il Ministero del tesoro di disporre delle somme necessarie.

Per queste ragioni, signor Presidente, cumulativamente, perchè le osservazioni si rapportano a tutti gli otto emendamenti, esprimo parere contrario.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

C O L O M B O, *Ministro della sanità*. Per quanto riguarda l'ammontare del gettito calcolato sulla base del piano finanziario necessario per contrarre un mutuo di 2.700 miliardi, per quanto riguarda il termine di queste contribuzioni, evidentemente non è un'entrata che corrisponde ad una uscita *una tantum*; è un'entrata che deve servire per fare un mutuo e quindi le quote di ammortamento, per cui bisogna pensare almeno per tutto il periodo relativo alle quote di ammortamento del mutuo. Per quanto riguarda l'esenzione delle zone del Meridione mi associo alle considerazioni del relatore; ecco perchè il parere è contrario su tutti gli emendamenti.

P R E S I D E N T E. Metto allora ai voti l'emendamento 4.1, del senatore Calia e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.2, del senatore Calia e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.3, del senatore Calia e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

L'emendamento 4.4 è precluso.

Metto ai voti l'emendamento 4.5, del senatore Calia e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.6, del senatore Calia e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.7 del senatore Argiroffi e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.8, del senatore Pellegrino e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Da parte dei senatori Nencioni, Bacchi, Crollalanza, Tedeschi Mario, Paziienza, Artieri, Basadonna, Bonino, De Fazio, De Sanctis, Dinaro, Endrich, Filetti, Franco, Gattoni, Lanfrè, La Russa, Latanza, Majorana, Mariani, Pecorino, Pepe, Pisanò, Pistolese, Plebe e Tanucci Nannini, è stato presentato l'emendamento 6.1 tendente a sopprimere l'articolo 6.

N E N C I O N I. Domando di parlare.

P R E S I D E N T E. Ne ha facoltà.

N E N C I O N I. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, l'articolo 6, a parte la sua formulazione vaga e curiosa, è un articolo che può portare solo danno e nessuna conseguenza di carattere positivo. Inoltre vi è una illogicità fra la premessa e le varie lettere perchè si dice: « con riferimento all'articolo 117 della Costituzione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della riforma sanitaria è vietato » eccetera. Sembra che l'articolo 117 della Costituzione ponga dei divieti o attribuisca delle competenze per divieti, mentre riguarda attribuzioni di competenza alle regioni per le loro materie. Pertanto che cosa significa « con riferimento all'articolo 117 » lo sa solo il compilatore curioso di questo strano provvedimento. Ma noi, a parte la forma, la sostanza, la sciattezza, siamo contro questo articolo e ne chiediamo la soppressione perchè la riforma sanitaria — scriveva un'autorevole rivista proprio in questi giorni — è una parola, non è una legge. Pertanto non si può dire che è vietato istituire da parte di enti ospedalieri nuove divisioni, quando tutti sappiamo per amara esperienza che vi è una carenza di letti in tutte le città d'Italia e anche nelle varie province, che il rapporto cittadini-letti è veramente un rapporto tragico qualche volta; la norma dispone che è vietato istituire da parte di enti ospedalieri, a tempo indeterminato, fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria e anche dopo — probabilmente perchè non è che la riforma sanitaria avrà la bacchetta magica per istituire tutto quello che manca — nuove divisioni, sezioni e servizi ospedalieri. Se un ospedale manca di un servizio o di un reparto, per-

chè non lo deve istituire? Nel caso poi che questi non rispondano a specifiche inderogabili esigenze sanitarie delle comunità locali che non possono essere soddisfatte altrimenti, chi è il giudice? È una condizione meramente soggettiva, vorrei dire potestativa che i principi generali del nostro diritto ritengono assolutamente nulla non essendo una condizione oggettiva. Che cosa significa poi tutto questo? Quando un ospedale si allarga lo fa certo per rispondere a specifiche inderogabili esigenze di assistenza sanitaria delle comunità locali. Diversamente per che cosa si fa un ospedale? Per far lavorare i muratori o i fornitori di oggetti sanitari? È veramente umiliante dover discutere di norme come quelle contenute in questo decreto-legge: non si concepisce che un ufficio legislativo scriva in poco tempo tante sciattezze.

Siamo quindi contrari a questo decreto-legge soprattutto per ragioni sociali: lasciamo pure che gli ospedali non si allarghino nelle loro possibilità di accoglimento dei malati che qualche volta, dopo una tragica processione, muoiono sulle porte degli ospedali che li respingono! Ecco la ragione del nostro emendamento.

PRESIDENTE. Invito la Commissione e il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

DE GIUSEPPE, relatore. Il parere della Commissione è contrario. Ci troviamo di fronte ad un blocco di assunzioni, ma è un blocco condizionato e questo mi sembra che renda ragionevole il provvedimento. Si tenta di limitare la spesa, ma ci si pone anche di fronte al problema delle esigenze degli ospedali. Deve essere la regione, a norma dell'articolo 117, a dare una valutazione. Quindi, di fronte ad un blocco condizionato, credo che non vi siano tutte le perplessità che sono state avanzate nei confronti dell'articolo 6. Il parere dunque è contrario.

COLOMBO, Ministro della sanità. Anche il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 6.1, presentato dal senatore Nen-

cioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura degli emendamenti presentati all'articolo 7.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

7.1 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

In via subordinata all'emendamento 7.1 al secondo comma, lettera b), aggiungere in fine le parole: « si fa eccezione per i casi di necessità ed urgenza non sopperibili con le ordinarie prestazioni del personale ».

7.2 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

In via ulteriormente subordinata all'emendamento 7.1 sopprimere il quarto, quinto, sesto, settimo e ottavo comma.

7.3 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

Al quinto comma, sopprimere le parole da: « fatto salvo » sino alla fine del comma.

7.4 **NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI**

BROSIO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BROSIO. Ieri ero stato pregato a nome della Presidenza di illustrare oggi i nostri emendamenti possibilmente con sobrietà spartana. Riporto queste parole che mi sono sembrate eloquenti. Ora, per rispondere a questo legittimo desiderio a questo punto del mese di agosto, dirò subito che non illustrerò nessuno dei nostri emendamenti soppressivi, che sono parecchi: li manterrò ma non li illustrerò poichè sono tutti stretta-

mente dipendenti nella loro giustificazione dalla discussione generale. Ho già detto che siamo contrari a tutti quegli articoli che non sono direttamente attinenti al ripiano del debito delle mutue. Di conseguenza non abbiamo chiesto la soppressione degli articoli fino al 7, nè quella degli articoli dal 18 in poi, ma solo quella degli articoli dal 7 al 18.

Illustrerò, viceversa, gli emendamenti modificativi a tre articoli e precisamente agli articoli 8, 9 e 18. Circa gli emendamenti 7.2 e 7.3, dichiaro di ritirarli.

NENCIONI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

NENCIONI. L'emendamento 7.4 è stato concepito perchè almeno qualcuna di queste norme sia applicabile e semplice. Noi proponiamo di sopprimere l'ultima parte del quinto comma dalle parole: « fatto salvo », perchè pone delle limitazioni di difficile controllo e che comunque possono essere contenute negli accordi nazionali. Infatti o un rapporto viene disciplinato per legge o viene disciplinato per accordo nazionale. Non ha senso creare un ibrido quando poi manca la possibilità di un effettivo controllo. Se lo scopo è quello di moralizzare, credo che i medici, attraverso le loro categorie e gli accordi nazionali, possano sentire il dovere di ossequiare la deontologia professionale nel modo migliore senza l'imposizione da parte di un decreto-legge. Noi del resto non siamo dell'opinione che i medici siano dei bramini ed abbiamo profondo rispetto per la categoria.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

DE GIUSEPPE, relatore. Per le ragioni ampiamente esposte esprimo parere contrario agli emendamenti 7.1 e 7.4.

COLOMBO, Ministro della sanità. Son d'accordo con il relatore.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 7.1, del senatore Balbo e di altri

senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 7.4, del senatore Nencioni e di altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Passiamo agli emendamenti all'articolo 8. Se ne dia lettura.

F I L E T T I, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

8.1 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

In via subordinata all'emendamento 8.1 sopprimere il quarto e il quinto comma.

8.2 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

In via subordinata all'emendamento 8.1, all'inizio del sesto comma sostituire le parole da: « le convenzioni » fino a: « presente decreto » con le altre: « Le convenzioni e relative tariffe stipulate dagli enti mutualistici con le categorie dei medici e dei farmacisti, nonchè con le categorie sanitarie ausiliarie, e ratificate successivamente alla data del presente decreto... »

8.3 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

Sopprimere il settimo comma.

8.4 **BROSIO, BALBO, BERGAMASCO**

BROSIO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BROSIO. Signor Presidente, desidero anzitutto far presente che ritiriamo l'emendamento 8.2 per gli stessi motivi per cui abbiamo ritirato il 7.2 e il 7.3.

Desidero inoltre far presente che la modificazione contenuta nell'emendamento 8.3 in realtà è una conseguenza della soppressione del settimo comma che proponiamo con l'emendamento 8.4 poichè, una volta che sia consentito l'aumento delle tariffe, allora il precedente comma non deve più dire: « le

convenzioni e le relative tariffe già stipulate », ma deve riferirsi alle convenzioni e alle tariffe stipulate e da stipulare dato che la loro stipulazione rimane ammessa anche dopo.

Riteniamo che anche dopo la data del presente decreto dovrebbe essere possibile aumentare le tariffe e modificare le convenzioni, in base naturalmente a regolari trattative con le categorie sanitarie ed ausiliarie e con la ratifica ed approvazione dei ministeri competenti. Infatti potrebbero avvenire, come purtroppo avvengono, in un secondo momento aumenti di prezzi o aggravamenti di condizioni tali da imporre queste rettifiche, ed esse, una volta approvate, non dovrebbero trovare ostacoli.

Su questa base chiediamo quindi la soppressione dell'ultimo comma, che non ammette tali aumenti, e di conseguenza la rettifica del comma precedente in modo che diventi compatibile con la possibilità di aumento che deriverebbe dalla soppressione dell'ultimo comma.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

DE GIUSEPPE, relatore. Sono contrario perchè se fossero accolti gli emendamenti proposti dal senatore Balbo e da altri senatori, verrebbe a cadere uno degli obiettivi principali del provvedimento.

COLOMBO, Ministro della sanità. Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 8.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 8.3, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 8.4, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Passiamo ora agli emendamenti presentati all'articolo 9. Se ne dia lettura.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

9.1 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

In via subordinata all'emendamento 9.1 sostituire il primo ed il secondo comma con il seguente:

« A decorrere dal mese successivo alla data di conversione in legge del presente decreto gli assistiti in regime mutualistico partecipano alle spese farmaceutiche mediante un contributo di lire 200 per ogni preparato farmaceutico ».

9.2 **BALBO, BROSIO, BERGAMASCO**

BROSIO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BROSIO. Signor Presidente, questo è l'emendamento più importante sul quale sia pure brevissimamente insisterò con molta convinzione e fermezza, perchè si tratta secondo noi di un emendamento essenziale. Vi ho già accennato nella discussione di stamattina, ma, a beneficio e con la pazienza di coloro che adesso dovranno votare l'emendamento, credo che sia necessario aggiungere qualche parola.

È una questione molto nota questa attinente alla necessità di addossare a tutti gli interessati una quota sia pure minima, sia pure più simbolica che altro, ma ad ogni modo significativa, delle spese farmaceutiche, questione, ripeto, già discussa in tutte le sedi, conosciuta anche all'estero, dove ha dato luogo a disposizioni di legge regolarmente approvate e applicate, e che ha suscitato, a quanto mi risulta, una vasta eco di consensi anche nella stampa, perchè si tratta di re-

sponsabilizzare nell'unico modo possibile l'interessato, il malato, all'economia delle medicine. Si sa benissimo che purtroppo con il sistema delle mutue, ma anche con qualsiasi altro sistema, se si stabilisce la completa gratuità delle medicine, inevitabilmente si determinano degli abusi dovuti alla natura umana, alla condiscendenza dei medici e all'interesse delle imprese farmaceutiche.

Tutti questi elementi producono uno spreco finanziario notevole che può e deve essere controllato in vari modi, e fra l'altro con una disciplina adeguata che deve essere regolata con questo decreto, addossando ai destinatari una quota minima che abbiamo fissato nella misura di 200 lire, ma che potrebbe essere anche graduata con altri criteri.

Tutto questo ci sembra di estrema importanza perchè indurrà l'interessato a riflettere sul fatto che non conviene esagerare nell'uso delle medicine, che poi spesso vengono messe da parte o buttate. Occorre invece che tutti facciano uno sforzo per ridurre questa enorme spesa.

A ciò si oppongono due ragioni. Si dice che questa norma potrebbe essere meglio studiata in sede di riforma. A noi pare invece che proprio in quest'ambito, trattandosi di ridurre le spese e di non riprodurre il *deficit* che da un lato si cerca di ripianare, questa norma doveva essere inquadrata, salvo poi perfezionarla in base all'esperienza, perchè certamente essa costituisce una remora essenziale, ha un valore morale e pratico e quindi non dovrebbe essere pretermessa.

L'altra obiezione è che possono esserci altri mezzi per responsabilizzare il cittadino verso un migliore funzionamento della riforma sanitaria. Si parla di mezzi democratici, di partecipazione, ma tutto questo riguarda tutt'altro genere di norme, non attinenti alla economia specifica delle medicine, bensì a un criterio democratico che può essere adottato e al quale non vogliamo dare a questo punto un incondizionato appoggio nè muovere obiezioni che sarebbero premature. È una questione che non ha niente a che fare con questo tipo di responsabilizzazione diretta, pratica, che consigliamo sulla scorta di suggerimenti che hanno avuto vasta eco e approvazione. Quindi pensiamo che un provvedi-

mento di questo genere, in questo momento, che mancasse di tale norma sarebbe assolutamente incompleto e non risponderebbe ai fini essenziali a cui mira. Perciò insistiamo sull'emendamento.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

D E G I U S E P P E , relatore. Signor Presidente, sono contrario al 9.1. Per quanto riguarda il 9.2, le osservazioni hanno il loro valore, tanto è vero che, nella riforma sanitaria, come è noto il *ticket* è previsto. È in quel quadro che il problema verrà esaminato; inserirlo nel testo dell'attuale decreto non sembra opportuno.

P R E S I D E N T E . Invito il Governo ad esprimere il parere.

C O L O M B O , Ministro della sanità. Condivido le osservazioni del relatore ricordando che nel primo testo era previsto un *ticket moderateur*; si è preferito spostare invece da 1,50 a 1,65 il contributo a carico della produzione e a 0,15 a carico dei lavoratori, in sostituzione del *ticket moderateur* che viene inserito nel testo del disegno di legge relativo alla riforma sanitaria.

Per questo motivo il Governo è contrario in questo momento all'emendamento.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento 9.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori, non accettato nè dalla Commissione nè dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 9.2, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori, non accettato nè dalla Commissione nè dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Da parte del senatore Argiroffi e di altri senatori è stato presentato un articolo aggiuntivo. Se ne dia lettura.

F I L E T T I, *Segretario*:

Dopo l'articolo 9 inserire il seguente:

Art.

« A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge è fatto divieto di qualsiasi pubblicità esercitata con qualsiasi mezzo ed a chiunque destinata, concernente le specialità medicinali per uso umano e di prodotti che vantano proprietà terapeutiche.

All'Istituto superiore di sanità è attribuito il compito di indicare, entro il 31 dicembre 1974, il modo di organizzazione dei servizi di informazione scientifica sui farmaci.

Entro il 31 marzo 1975 le Regioni conformemente alle indicazioni dell'Istituto superiore di sanità organizzeranno i relativi servizi informativi.

A far tempo dal 1° gennaio 1975 è fatto divieto alle aziende produttrici e distributrici di farmaci di svolgere propaganda orale diretta o indiretta.

La consegna dei saggi gratuiti può avvenire solo su richiesta del medico.

L'invio dei saggi gratuiti ai medici per iniziativa della produzione è ammesso solamente per farmaci di nuova registrazione e per un periodo non superiore ad un anno dalla data del decreto di registrazione ».

9.0.1 **ARGIROFFI, MERZARIO, ZANTI TONDI**
Carmen Paola, **CANETTI, CALIA,**
PELLEGRINO

A R G I R O F F I. Domando di parlare.

P R E S I D E N T E. Ne ha facoltà.

A R G I R O F F I. Abbiamo presentato l'emendamento 9.0.1, tendente ad inserire un articolo aggiuntivo, perchè partiamo, se ci consente il senatore Brosio, esattamente da una considerazione inversa a quella che egli ha proposto. In relazione a quanto ha detto il Ministro nel corso della sua replica riteniamo che sarebbe stato opportuno, prudente e forse puntuale avanzare una proposta di questo genere, che tende ad affrontare, se non alla radice per lo meno nel merito, il problema delle sperequazioni costituite dal

grande abuso mercantile e consumistico che si è fatto nell'ambito delle medicine.

Intanto noi riteniamo che un rimedio di ordine economico e sociale vada ricercato ed adottato per ovviare all'inconveniente che denuncia dei lati autenticamente drammatici, ma non certo imputando al lavoratore il peso di un contributo economico che senza dubbio in molti casi (per i medicinali di banco, per esempio) rischierebbe di gravare tre o quattro volte più del costo dello stesso medicinale.

Basterebbe pensare che un tubetto di compresse di amidorenazione, che rappresenta un farmaco di immediata necessità e di uso galenico comune, costa circa 80 lire per rendersi conto dell'assurdità della proposta che consiglia di aggiungere 200 lire al costo originario di questo prodotto, che pertanto invece di 80 lire verrebbe a costarne 280.

Crede allora che valga la pena di fare un discorso, che noi non abbiamo intenzione oggi di approfondire se non nella misura in cui va collocato all'interno di questo disegno di legge, e che deve meritare un accenno per noi doveroso, necessario e responsabile ai fini dell'indicazione della stessa consapevolezza con la quale il Ministro e il relatore hanno avanzato alcune proposte di quelle modificazioni che hanno fatto dare un giudizio problematico ma non negativo su questo disegno di legge.

Vorrei riferirmi brevemente a che cosa significa, nel momento attuale, considerare gli interventi dei monopoli che oggi pongono ipoteche sempre più gravi sul futuro del settore farmaceutico e in particolare su quelli che saranno i rapporti tra i vari gruppi monopolistici privati o semipubblici e il servizio sanitario nazionale, che non potrà non istituire un rapporto nuovo nel momento della riforma sanitaria.

Dopo le corse all'espansione della Montedison e dell'ENI; dopo le notizie sulla smobilizzazione della componente ricerca della Lepetit (perchè la ricerca — si badi bene — in Italia viene ormai compiuta nel sottoscala, come si suol dire), all'atto della cessione della componente produttiva alla Montedison da parte della Dow-Chemical; dopo le manovre nel settore antibiotici che hanno vi-

sto al centro l'ENI-Archifar, assegnando un ruolo oscuro alla Montedison, da un lato, e alla Lepetit, dall'altro; dopo il lancio di imprese consortili a carico del pubblico erario e dopo la costituzione di una finanziaria di grosse aziende (Farmafin) che ha riacutizzato la crisi tra Assofarma e Farmunione, si giunge oggi, nel quadro degli accordi Cefis-Agnelli, alla notizia della costituzione della Firma, società Fiat-Montedison che intende svolgere un ruolo specializzato nel campo della ricerca medica e della sperimentazione chimica.

Suscita dunque perplessità la presenza nel Consiglio di amministrazione di alcuni scienziati di fama internazionale — dei quali è facilmente identificabile il nome — ai quali nel nostro paese è affidato un compito dirigenziale nell'ambito del Consiglio nazionale delle ricerche: cosa che conferma il ruolo di mobilitatori, per questi personaggi, della ricerca pubblica.

Quanto all'impresa consortile finanziata dall'IMI Tecnofarmaci, destano particolare allarme non solo le notizie circa rapporti non ben definiti con alcuni settori dell'Istituto superiore di sanità a proposito delle designazioni e delle nomine decise e disfatte nel consiglio scientifico della società, ma anche il ruolo che si assume la Tecnofarmaci stessa che si costituisce come quello a carattere privatistico per l'assegnazione di commesse di ricerca e di fondi ad istituti anche pubblici che non riescono ad ottenere i finanziamenti necessari per il loro lavoro attraverso i normali canali istituzionali.

Tali considerazioni ho voluto avanzare a proposito delle notizie ormai vecchie di qualche mese sulle nuove normative per la sperimentazione clinica dei farmaci, a suo tempo diffuse dalla direzione generale dei servizi farmaceutici del Ministero della sanità, incarico che era e credo sia tuttora affidato al professor Poggiolini. Tali notizie indicano che il passaggio dalla fase sperimentale farmaco-tossicologica alla fase sperimentale clinica anziché essere attuato attraverso l'intervento dell'Istituto superiore di sanità, secondo la lettera l) dell'articolo 1 della legge 519, avviene ad opera di un comitato centrale che opera presso il Ministero della sanità e per

il quale si è prevista anche la fruizione del contributo dell'Istituto superiore di sanità.

Se si considera che l'assistenza farmaceutica erogata soltanto dall'INAM nel 1972 — lei ha parlato in termini abbastanza impressionanti di queste cifre, onorevole Ministro — ha comportato un onere di quasi 494 miliardi e che, secondo la notizia fornitaci proprio ieri dall'onorevole Ministro della sanità in Commissione e ripetuta mi pare questa mattina in Aula, la spesa farmaceutica mutualistica inciderà per 900 miliardi nel 1974 sul costo di 5.000 (o forse 6.000) miliardi; e inoltre la lievitazione dei prezzi in Italia e il progressivo dilatarsi consumistico di prodotti farmaceutici raccomandati da una impropria, invadente e pericolosa prescrizione medica spesso diffusa nell'ambito dell'esercizio mutualistico basale (di cui i medici mutualisti non sono responsabili bensì fatali portavoce, come meccanismi terminali di un grande e ben differente e pesante meccanismo di distribuzione e di lavaggio del cervello all'indirizzo di milioni e milioni di cittadini italiani), non è chi non possa seriamente considerare la necessità di un intervento calmieratore che colpisca alle radici l'enorme spreco di farmaci che avviene nel nostro paese. Si pensi che per l'88 per cento il capitale americano e tedesco è presente nella nostra industria farmaceutica, e cioè che la nostra industria è soltanto per il 12 per cento in detenzione dell'operatore economico italiano.

Noi abbiamo inteso avanzare quest'articolo aggiuntivo proprio perchè riteniamo che a un livello importante e conclusivo della catena mercantile e del martellamento pubblicitario che avviene nel nostro paese attraverso i diversi canali di informazione, di diffusione e di sollecitazione (come i canali radio televisivi o i giornali o le forme più illecite di intervento che eludono pericolosamente la mediazione di competenza dell'operatore sanitario a cui soltanto dovrebbe essere devoluta la prescrizione e l'indicazione del farmaco) non si possa ignorare la situazione del cosiddetto informatore scientifico che spesso si riduce ad essere uno strumento nelle mani del grande capitale; contro di esso noi, non certo in maniera punitiva, abbiamo

inteso avanzare quest'articolo aggiuntivo perchè riteniamo giusto prevedere una collocazione nuova nell'ambito della riforma sanitaria, per un ruolo che recuperi culturalmente e professionalmente questi 25-30.000 professionisti. Ciò va riguardato in termini nuovi nella prospettiva del servizio sanitario nazionale, ai fini cioè di una civile collocazione nell'ambito della ricerca, della sperimentazione e del controllo dei farmaci, della loro distribuzione e destinazione, che non potrà non avvenire nelle unità sanitarie locali e che all'interno del comprensorio deve costituire un punto di riferimento importante e indispensabile per un corretto funzionamento ed una corretta fruizione del farmaco da parte del cittadino. Noi ci richiamiamo alla premienza del momento preventivo, per questa motivazione, sul momento terapeutico consumistico.

Il Ministro ce l'ha ripetuto ancora ieri ed oggi, parlandoci di un momento che deve senz'altro ampiamente sopravanzare la pratica igienico-sanitaria nel nostro paese, nell'accezione moderna dell'esercizio medico. Voglio per questo concludere sottolineando che la concezione preventiva attuale sulla tutela della salute (sia ben chiaro, chè spesso dimentichiamo l'elemento fondamentale di valutazione che è anche suggerimento metodologico per la modificazione del rapporto di fruizione da parte del cittadino nei confronti dell'organizzazione igienico-sanitaria) non consiste esclusivamente nella prevenzione affidata all'operatore sanitario, che è una parte e non la più importante del momento di tutela della salute, ma consiste soprattutto nella prevenzione affidata, elaborata e praticata dagli operatori sociali e sindacali, presenti nell'ambito comprensoriale.

Noi riteniamo che, in questo senso, va sottolineata la maniera con la quale oggi viene consentito ai grandi monopoli farmaceutici di agire per mercificare enormi quantità di farmaci. Ciò non aiuta questa nuova concezione, nel nuovo indirizzo che riteniamo esista sia pure in maniera limitata ma nuova per la mobilitazione di una nuova concezione e di un nuovo rapporto del cittadino con l'ambiente in questo disegno di legge. Noi abbiamo discusso con comprensione il de-

creto-legge e tuttavia se non provvediamo a difenderlo dagli assalti concentrici che non potranno non venire dai detentori del potere economico, fra cui i produttori di farmaci, si tratterà veramente di una vanificazione, di un *flatus vocis*, e sarà difficile che si possa continuare questo discorso all'indirizzo di quelle promesse che ieri sono state forse in maniera frettolosa definite « un sogno » dal relatore. Noi riteniamo che non di un sogno si tratti ma di una prospettiva alla quale sia giusto che tutti noi in maniera diversificata, nella piena legittimità della nostra differente estrazione ideologica e politica partecipiamo per costruire un mondo a misura dell'uomo, un mondo nuovo nel quale dobbiamo trovare anche gli strumenti intermedi e settoriali, per poter avanzare su una via di qualificazione nell'esercizio di una medicina nuova anch'essa fatta a misura dell'uomo. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

P R E S I D E N T E. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

D E G I U S E P P E, relatore. Signor Presidente, siamo contrari all'emendamento Argiroffi e non perchè non avvertiamo l'esigenza del divieto di pubblicità per i prodotti farmaceutici. Il senatore Argiroffi sa che il collega Leggieri e alcuni altri colleghi di parte democratica cristiana hanno presentato un organico disegno di legge al riguardo. E tuttavia ci fu detto della inopportunità di parlare di questo argomento separatamente dal quadro generale della riforma. Proprio avvalendomi delle considerazioni che il collega Argiroffi fece con tanta competenza in Commissione, io sono contrario al suo emendamento.

C O L O M B O, Ministro della sanità. Il problema è certamente importante e anche forse maturo. Le linee illustrate sia dal relatore sia dal proponente sono indubbiamente linee positive se anche nello stesso disegno di legge già si comincia la politica del farmaco con la unificazione del prontuario terapeutico sulla base del prontuario INAM. Però non

riteniamo che in questa sede si debbano affrontare tutti gli altri aspetti della politica del farmaco, quali quello del brevetto, dell'informazione, della sperimentazione clinica. È un argomento talmente complesso e vasto che ritengo abbia bisogno di una trattazione *ad hoc* non essendo opportuno recepirlo in questa sede. Per questi motivi mi dichiaro contrario all'emendamento 9.0.1.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 9.0.1, presentato dal senatore Argiroffi e da altri senatori, non accettato nè dalla Commissione nè dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 10.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

10.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

PRESIDENTE. Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su di esso.

DE GIUSEPPE, relatore. La Commissione è contraria.

COLOMBO, Ministro della sanità. Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 10.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 12.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

12.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

PRESIDENTE. Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su di esso.

DE GIUSEPPE, relatore. La Commissione è contraria.

COLOMBO, Ministro della sanità. Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 12.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 12-bis.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

12-bis.1 NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI

NENCIONI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

NENCIONI. Illustre Presidente, l'emendamento 12-bis.1 tende a sopprimere l'articolo 12-bis per le ragioni che ho esposto quando ho illustrato l'emendamento soppressivo dell'articolo 2. In questo caso però vi è anche un'altra ragione che non può sfuggire e cioè che si prevede un decreto del Presidente della Repubblica da emanarsi il 1° luglio 1975. Alla faccia della necessità e dell'urgenza! Mi sembra che veramente si imponga di cancellare questo obbrobrio dal provvedimento in esame.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

D E G I U S E P P E , *relatore*. La Commissione è contraria perchè ci troviamo di fronte ad una delle norme più qualificanti del decreto-legge.

C O L O M B O , *Ministro della sanità*. Il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento 12-*bis*. 1, presentato dal senatore Nencioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 13.

F I L E T T I , *Segretario*:

Sopprimere l'articolo.

13.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

P R E S I D E N T E . Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su di esso.

D E G I U S E P P E , *relatore*. La Commissione è contraria.

C O L O M B O , *Ministro della sanità*. Il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento 13.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 14.

F I L E T T I , *Segretario*:

Sopprimere l'articolo.

14.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

P R E S I D E N T E . Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su di esso.

D E G I U S E P P E , *relatore*. La Commissione è contraria.

C O L O M B O , *Ministro della sanità*. Il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento 14.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 15.

F I L E T T I , *Segretario*:

Sopprimere l'articolo.

15.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

P R E S I D E N T E . Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su di esso.

D E G I U S E P P E , *relatore*. La Commissione è contraria.

C O L O M B O , *Ministro della sanità*. Il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento 15.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 16.

F I L E T T I , *Segretario*:

Sopprimere l'articolo.

16.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

PRESIDENTE. Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su di esso.

DE GIUSEPPE, relatore. La Commissione è contraria.

COLOMBO, Ministro della sanità. Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 16.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura dell'emendamento presentato all'articolo 17.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

17.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

PRESIDENTE. Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su di esso.

DE GIUSEPPE, relatore. La Commissione è contraria.

COLOMBO, Ministro della sanità. Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 17.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Si dia lettura degli emendamenti presentati all'articolo 18.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

18.1 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

Al primo comma, sopprimere le parole: « con idonei atti deliberativi ».

18.4 NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI

In via subordinata all'emendamento 18.1 al primo comma sostituire le parole da: « nonchè » alla fine del comma, con le altre: « nonchè con le case di cura private, in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e della classificazione da parte del Ministero del lavoro e previdenza sociale agli effetti della convenzionabilità con gli enti erogatori di assistenza ».

18.2 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

In via ulteriormente subordinata all'emendamento 18.1 sostituire il secondo comma con il seguente:

« Le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dai Ministeri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, sentite le Regioni e gli enti di cui al precedente comma, ed approvati dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4 ».

18.3 BALBO, BROSIO, BERGAMASCO

Al terzo comma, sopprimere le parole: « di stipula delle convenzioni ».

18.5 NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI

Al terzo comma, sostituire le parole: « sostituite le Regioni » con le altre: « successe le Regioni ».

18.6 NENCIONI, BACCHI, CROLLALANZA, TEDESCHI Mario, PAZIENZA, ARTIERI, BASADONNA, BONINO, DE FAZIO, DE SANCTIS, DINARO, ENDRICH, FILETTI, FRANCO, GATTONI, LANFRÈ, LA RUSSA, LATANZA, MAJORANA, MARIANI, PECORINO, PEPE, PISANÒ, PISTOLESE, PLEBE, TANUCCI NANNINI

B R O S I O . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

B R O S I O . In un certo senso i nostri due emendamenti sono collegati. L'emendamento 18.2 essenzialmente si fonda sulla eliminazione delle parole del primo comma dell'articolo 18: « qualora sia necessario per esigenze del servizio ospedaliero ». L'articolo dice che le regioni stipulano convenzioni con le cliniche, gli istituti di ricovero e di cura e così via, senza porre condizioni. Quando si arriva invece alle case di cura private aggiunge: « qualora sia necessario per esigenze del servizio ospedaliero ». Ora, a noi pare che questo sia poco riguardoso per le regioni stesse perchè è chiaro che se fanno convenzioni le regioni le fanno per qualche motivo, e le faranno precisamente quando sarà necessario per esigenze di servizio ospedaliero; e le faranno per tali giustificati motivi sia che si tratti di ospedali sia che si tratti di istituti di ricovero e sia che si tratti di privati. Non vedo quindi perchè si debba pensare che questa condizione sia necessaria per gli uni o per gli altri.

D'altra parte la cosa finisce per essere discriminatoria per le case di cura private perchè sembrerebbe che per queste ci sia una presunzione di non necessità di servizio o il dubbio che ad esse possano essere concesse delle convenzioni che non riguardano le esigenze del servizio ospedaliero. Il che è discriminatorio ed offensivo.

Detto questo, e per sottolineare che tutte le convenzioni debbono essere conformi non solo alla legge ma anche alle necessità, abbiamo completato i requisiti del nostro testo, riferendoci non soltanto alla legge 12

febbraio 1968, ma anche alla classificazione del Ministero del lavoro e della previdenza sociale agli effetti della convenzionabilità. Con questa aggiunta crediamo sia anche più giusto eliminare quella condizione per le ragioni già dette.

Di conseguenza proponiamo una versione del secondo comma ispirata allo stesso concetto, ossia si vogliono richiamare nel capoverso per ragioni di parità di trattamento tutti gli enti a cui si riferisce il primo comma. Dice infatti questo capoverso che le convenzioni dovranno essere conformi a certi schemi, sentite le regioni. Crediamo che, con parità di trattamento per tutti gli enti, prima che gli schemi di convenzione siano definiti, ugualmente debbano essere sentiti sia gli istituti sia le cliniche universitarie sia le case di cura private, perchè il loro preventivo parere sarà in ciascun caso parimenti necessario per la redazione di schemi maggiormente aderenti alla realtà. Riteniamo che in questo modo si riconosca una parità di dignità e di funzione dei vari enti che è conforme allo scopo di questo articolo.

N E N C I O N I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

N E N C I O N I . Illustre Presidente, onorevoli colleghi, con tutto il rispetto per l'Assemblea e per la sua azione, se questa discussione fosse una cosa seria l'articolo 18 dovrebbe essere ritenuto superato perchè in contrasto con l'ordine del giorno precedentemente approvato. Non si può avere la moglie ubriaca e la cantina piena. In questo caso ci si è accorti di un errore e si è presentato un ordine del giorno; l'ordine del giorno contrasta con l'articolo 18, perchè non può non contrastare, pertanto l'articolo 18 dovrebbe essere dichiarato precluso: noi lo riteniamo precluso, ma, in ipotesi, non ritenendolo precluso e dovendo scendere all'esame dell'articolo stesso, faccio presente che vi sono quelle sgrammaticature o errori di sintassi o anche di concetto di cui ho già parlato. Che cosa significa: « Le regioni con idonei atti deliberativi » — a parte quell'idonei che non dice nulla, gli atti deliberativi o sono o non sono — « stipulano... »?

Gli atti deliberativi sono conseguenza di un'azione di deliberazione e le convenzioni sono costituite da un'attività negoziale. Pertanto è una contraddizione in termini ed un errore di diritto affermare: le regioni con idonei atti deliberativi stipulano convenzioni. Gli atti deliberativi infatti non stipulano le convenzioni; la regione come tutti i soggetti giuridici decide di stipulare una convenzione. Ora, quando si creano le leggi si dovrebbe almeno sapere quello che si scrive e comprendere quello che è scritto.

Pertanto, qualora non fosse ritenuto precluso l'articolo 18 — ed è precluso — si dovrebbe addivenire alla soppressione delle parole: « con idonei atti deliberativi », così ripristinando il testo del Governo che era molto più corretto ed in armonia con la Costituzione. Pertanto l'articolo dovrebbe iniziare con questa frase: « Le regioni stipulano convenzioni con le cliniche universitarie ». Io non so chi sia stato l'autore dell'emendamento. Vorrei proprio dire: fuori l'autore, perchè volendo favorire, *more solito*, le regioni ha posto veramente in contrasto con le più elementari norme della proprietà di linguaggio il primo comma dell'articolo 18.

Per la stessa ragione, potrei dire, al terzo comma dell'articolo 18 (che è diventato terzo in seguito alla soppressione del quarto), proponiamo di sopprimere le parole: « di stipula delle convenzioni ». Infatti si può dire: le deliberazioni di cui al primo comma dello stesso articolo. Che bisogno c'è di parlare di stipula delle convenzioni (a parte ancora l'improprietà di linguaggio e queste parole veramente curiose in una legge)?

Proponiamo infine di sostituire le parole: « sostituite le regioni » con le altre: « successe le regioni ». Qui infatti, onorevoli colleghi, si tratta di un atto negoziale, di una convenzione in cui l'ente mutualistico è sostituito dalla regione, pertanto si tratta di una innovazione soggettiva in un rapporto contrattuale. Vi è quindi una successione della regione all'ente. L'espressione « sostituite le regioni all'ente » non rende esattamente il concetto che il legislatore ha voluto esprimere. È un errore di carattere tecnico e di proprietà di linguaggio.

Pertanto concludo facendo presente prima di tutto che l'articolo 18 dovrebbe essere rite-

nuto precluso in seguito all'avvenuta approvazione di una norma in netto contrasto con l'articolo 18 stesso. In subordine i nostri emendamenti ritengo si raccomandino alla approvazione proprio perchè dal Senato non escano delle norme — come avviene di solito positivamente — che contengono degli errori di diritto e delle cose inconcepibili dal punto di vista della proprietà di linguaggio. Faccio presente che l'ordine del giorno n. 2 dice: « udita la relazione al disegno di legge n. 1774 » ...

P R E S I D E N T E . Le ricordo che poi si dice: considerate le perplessità.

N E N C I O N I . D'accordo: « udita la relazione al disegno di legge n. 1774 e considerate le perplessità insorte in particolare circa la formulazione dell'articolo 18 in rapporto agli articoli 117 e 118 della Costituzione ». Pertanto si dice che l'articolo 18 contrasta con gli articoli 117 e 118 della Costituzione per il fatto che si potrebbe configurare una attività di indirizzo e di coordinamento da parte del Governo e, fatti anche altri rilievi, si impegna il Governo a tener conto di tali considerazioni, ovvero del fatto che l'articolo 18 va ritenuto contrario alle norme costituzionali. Quella in oggetto è quindi una decisione che preclude qualsiasi altro esame, è una norma che contiene una espressione contraria dal punto di vista letterale e dei contenuti all'ordine del giorno stesso.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

D E G I U S E P P E , relatore. Signor Presidente, innanzitutto per quanto riguarda il rapporto tra l'articolo 18 e l'ordine del giorno non mi sembra ci sia nulla da dire, anche perchè nel testo è abbastanza chiaro che si tratta di uno scrupolo della 1ª Commissione, che non ha fatto un rilievo di incostituzionalità in maniera assoluta, ma ha soltanto invitato a tenere presente una perplessità.

Per quanto riguarda gli emendamenti proposti all'articolo 18, al 18.1 sono contrario e così pure al 18.4, al 18.2, al 18.3 e al

18.5. Per quanto riguarda il 18.6 la terminologia potrebbe anche essere tecnicamente più esatta, ma ad ogni modo è abbastanza chiaro il concetto della sostituzione delle regioni alle mutue.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

COLOMBO, Ministro della sanità. Concordo con il parere del relatore.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 18.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 18.4, presentato dal senatore Nencioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 18.2, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 18.3, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 18.5, presentato dal senatore Nencioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 18.6, presentato dal senatore Nencioni e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Passiamo all'emendamento presentato all'articolo 19.

Se ne dia lettura.

FILETTI, Segretario:

Sopprimere l'articolo.

PRESIDENTE. Poichè il senatore Brosio ha rinunciato ad illustrare questo emendamento, invito il Governo ad esprimere il parere su di esso.

DE GIUSEPPE, relatore. La Commissione è contraria.

COLOMBO, Ministro della sanità. Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 19.1, presentato dal senatore Balbo e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla seduta pomeridiana.

Annunzio di disegno di legge trasmesso dalla Camera dei deputati e di deferimento a Commissione permanente in sede referente

PRESIDENTE. Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso il seguente disegno di legge:

« Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 1974, n. 259, concernente alcune modifiche alla disciplina delle imposte sul reddito e una imposizione straordinaria sulle case di abitazione » (1712-B). (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*).

Detto disegno di legge è stato deferito in sede referente alla 6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro).

Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 16,30, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (ore 14).