SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

347ª SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 12 DICEMBRE 1978

(Antimeridiana)

Presidenza del vice presidente ROMAGNOLI CARETTONI Tullia,
indi del vice presidente VALORI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Discussione:

« Istituzione del Servizio sanitario nazionale » **(1291)** (*Testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Triva ed altri; Gorla ed altri; Tiraboschi ed altri; Zanone ed altri*) (*Approvato dalla Camera dei deputati*):

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 15211
BOMPIANI (*DC*) 15224
COSTA (*DC*) 15240
MINNOCCI (*PSI*) 15236
PINTO (*PRI*) 15231
PITTELLA (*PSI*) 15211
ROMEI (*DC*) 15247
RUFFINO (*DC*) 15217

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1200) — 4

Presidenza del vice presidente ROMAGNOLI CARETTONI Tullia

P R E S I D E N T E . La seduta è aperta (*ore 10*).

Si dia lettura del processo verbale.

P A Z I E N Z A , *segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del 7 dicembre.*

P R E S I D E N T E . Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Discussione del disegno di legge:

« Istituzione del Servizio sanitario nazionale » (1291) (*Testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge di iniziativa dei deputati Triva ed altri; Gorla ed altri; Tiraboschi ed altri; Zanone ed altri*) (*Approvato dalla Camera dei deputati*)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Istituzione del Servizio sanitario nazionale », testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge di iniziativa dei deputati Triva, Abbiati Dolores, Arnone, Berlinguer Giovanni, Bisignani, Brusca, Carloni Andreucci Maria Teresa, Casapieri Quagliotti Carmen, Chiovini Cecilia, Giovagnoli Angela, Marraffini, Milani Armelino, Milano De Paoli Vanda, Palopoli, Sandomenico, Tessari Giangiacomo; Gorla, Castellina Luciana, Corvisieri, Magri, Milani Eliseo, Pinto; Tiraboschi, Balzamo, Achilli, Di Vagno, Colucci, Felisetti, Ferri, Giovanardi, Magnani Noya Maria, Novellini, Saladino, Salvatore, Ferrari Marte, Cresco, Frasca; Zanone, Bozzi, Costa, Malagodi, Mazzarino, già approvato dalla Camera dei deputati.

Onorevoli colleghi, prima di aprire la discussione generale sulla riforma sanitaria, la Presidenza sente il dovere di fare una precisazione con riferimento a quanto è stato detto e scritto, recentemente, su presunti ritardi del Senato nel procedere all'esame di questo disegno di legge.

Il provvedimento governativo, presentato il 16 marzo 1977 alla Camera dei deputati, è stato trasmesso alla Presidenza del Senato il 7 luglio 1978, e cioè alla vigilia della sospensione dei lavori per le ferie estive. È stato, quindi, preso in esame, all'immediata ripresa dei lavori parlamentari, dalla Commissione sanità, che lo ha licenziato, depositando la relazione scritta, dopo soli due mesi di difficile e intenso lavoro; di ciò la Presidenza desidera dare atto alla Commissione e al suo Presidente.

Dichiaro aperta la discussione generale.

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

P I T T E L L A . Signor Presidente, onorevole Ministro della sanità, onorevoli senatori, la convergenza delle maggiori forze politiche sul disegno di legge recante norme sull'istituzione del servizio sanitario nazionale ha costituito ormai da più tempo il tessuto idoneo alla maturazione di una sintesi che ha trovato momenti analitici rilevanti in tutta una serie di provvedimenti indispensabili a creare e sostenere una riforma importante come quella che ci accingiamo a discutere ed approvare.

Molti tra i senatori presenti ricordano le travagliate battaglie condotte nel passato: il relatore Merzario, i commissari della dodicesima Commissione igiene e sanità del Senato, il presidente senatore Ossicini; ricorderanno quando, nel 1974, consapevoli di dover agire risanando il *deficit* degli enti mutualistici, ci preoccupammo, nel dare alle re-

gioni la gestione dell'assistenza ospedaliera e nel bloccare le convenzioni, di creare la premessa di una rapida approvazione della legge di riforma sanitaria. Ognuno di noi ha davanti a sè la tensione ispiratrice della legge n. 382 che generò il decreto n. 616 ed anche le motivazioni che indussero ad una approvazione rapida, e per certi versi non ponderata in ogni sua implicazione, della legge n. 180 e di quella riguardante il fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, anche queste leggi votate con volontà propedeutica verso la riforma generale.

I colleghi hanno presenti le discussioni ed i criteri che ci indussero a votare la legge del *ticket* sui medicinali, sul prontuario farmaceutico, sull'informazione scientifica e sulla propaganda: tutti indistintamente avevamo nella nostra speranza l'anelito verso una legge-quadro del servizio sanitario nazionale, quindi una visione globale nella quale potessero trovar posto i vari tasselli per consentire, al termine del lungo lavoro, un risultato armonioso.

Per questi motivi credo abbiano avuto ragione i relatori, senatore Cravero e senatore Merzario, nell'affermare che la legge di riforma oggi al nostro esame non è il frutto di una scoperta o invenzione di pochi studiosi, ma la sintesi, attraverso un processo di maturazione civile e sociale, delle generali aspettative delle quali il legislatore, nella sua veste di rappresentante del popolo stesso, si pone come interprete. Obiettivo primario è quello di favorire il passaggio verso la sicurezza sociale, creando efficienza di azione, unificando i trattamenti, eliminando le disfunzioni e per certi versi le distorsioni della gestione degli enti, adeguando il sistema della tutela della salute al livello di altre nazioni europee, ottemperando al dettato costituzionale del diritto alla salute, dando finalmente vita ad un servizio inteso a privilegiare la difesa della salute, cioè a privilegiare la prevenzione, ad introdurre come elemento qualificante sul piano sociale la riabilitazione, ad assicurare uno *standard* assistenziale di livello accettabile, rendendo efficiente il settore diagnostico e curativo, a snellire il sistema decentrandolo e quindi avvicinandolo sempre più ai bisogni della comunità, a responsabilizzare gli operatori sanitari, in primo luogo i medici, e a favorire la partecipazione dal basso degli utenti, a contenere i costi, ad evitare la frantumazione delle competenze puntando su un intervento unitario perequato ed esteso a tutti i cittadini.

Il saldo convincimento che su questi obiettivi ogni forza politica democratica voleva restare ferma è diventato anche momento di garanzia per un esame approfondito ma rapido nell'ambito della dodicesima Commissione igiene e sanità in modo da rispettare le disposizioni impartite dal decreto numero 616 sul passaggio alle regioni, ai comuni e loro associazioni delle competenze aggiuntive in materia sanitaria. Va reso anche un doveroso riconoscimento al lavoro meticoloso portato avanti dai nostri colleghi deputati nei lunghi mesi della loro riflessione e considerazione.

Circa la prevenzione, i socialisti ribadiscono anche in questa Aula l'importanza del criterio di globalità dell'intervento per conservare il benessere fisico o psichico e sociale dei cittadini e sottolineano l'importanza della collaborazione di tutti, dai lavoratori ai datori di lavoro, dai medici ai paramedici, oltrechè del rilievo epidemiologico organizzato su tutto il territorio, allo scopo di conoscere fino in fondo i fenomeni che possono portare alla devianza, la loro evoluzione, la loro distribuzione e la peculiare influenza sull'individuo nei momenti particolari della sua esistenza in un dato ambiente, in determinate condizioni.

I socialisti rigettano le critiche che da qualche parte sono venute anche con insistenza, specialmente da fuori del Senato, sul concetto di globalità dell'intervento per gli aspetti inerenti sia all'igiene del lavoro che alla prevenzione degli infortuni, perchè la prevenzione non è soltanto sanitaria ma investe la tecnologia, l'impiantistica, l'ecologia, l'ingegneria industriale, la chimica, le più varie discipline, avendo come carattere unitario l'obiettivo di conservare l'integrità e il benessere fisico del cittadino, cioè essa implica competenze polidisciplinari e interdisciplinari intese ad una visione unitaria ed omogenea d'intervento per settore di lavorazio-

ne e per ambiente, in considerazione della diversità dei rischi del lavoro rispetto a quelli delle altre malattie.

Per la riabilitazione appare a noi necessaria la conoscenza delle conseguenze sociali ed economiche dei fenomeni patologici ed è insostituibile la programmazione degli interventi e delle scelte politiche sollecitate dal dibattito e dal coinvolgimento di tutte le forze sindacali sanitarie.

Per assicurare uno *standard* uniforme e qualificato di cura si rendono urgenti i mezzi d'intervento tecnico, l'erogazione organizzata delle prestazioni, la qualificazione degli operatori, la loro responsabilizzazione, l'affermazione del momento sanitario su quello amministrativo, la partecipazione dal basso. Decentrare il servizio, poi, risponde ad una urgenza funzionale perchè nel luogo, in quel determinato luogo, sono certamente più conosciute le esigenze che possono avere risvolti e tinte diverse anche da zona a zona nella stessa regione, ma risponde anche ad un'esigenza politica; ed il coinvolgimento delle amministrazioni, delle forze sociali operanti sul territorio e di tutti gli operatori appare il mezzo idoneo a garantire la gestione oculata di un servizio che deve essere sentito come parte integrante della propria personalità. Il contenimento dei costi più che attraverso strumenti impositivi può essere raggiunto con una seria politica di programmazione che abbia il consenso preliminare di tutte le forze sociali, che sappia insistere su una intensa campagna di educazione sanitaria, che sappia evitare la farraginosità del sistema attuale stratificato di burocrazia amministrativa, polverizzato in competenze settoriali, sezionato in interventi molteplici ripetitivi sempre incompleti ed economicamente onerosi.

Deriva da queste considerazioni l'importanza di unificare le competenze del servizio sanitario nazionale in modo da poter finalmente avere una previsione di spesa che oggi non si è ancora in grado di formulare se non con una grande approssimazione, una rilevazione statistica efficiente, una serie di controlli sulle strutture pubbliche e private, sui laboratori per analisi, richiedendo finalmente una qualificazione che sia motivo di garanzia nell'ambito dell'unità sanitaria locale e non permettendo più oltre le speculazioni sulla salute del cittadino oggi purtroppo prevalenti in ogni parte della Repubblica. Credo che a tal proposito possa rispondere bene l'emendamento presentato in quest'Aula dai senatori Bompiani, Pittella, Costa e da altri, inteso a qualificare le prestazioni e a garantire i requisiti di ristrutturazione e di dotazione strutturale oltre che di qualificazione funzionale del personale addetto ai laboratori di analisi.

Onorevoli senatori, tutti questi obiettivi possono gradualmente essere raggiunti; la riforma, è stato detto anche dai relatori, deve esserne la premessa, una premessa indispensabile a segnare la strada che bisognerà imboccare e bisognerà percorrere. Ma per realizzare tali obiettivi è necessario che fin da oggi si abbia chiarezza sulla spesa. Uno dei problemi più importanti che occorre affrontare e risolvere subito è la definizione dell'ammontare delle risorse da destinare al settore della sanità con la conseguente sua ripartizione tra le singole regioni. Come procedere per definire tale ammontare di risorse? È un interrogativo che io stesso mi sono posto in Commissione e che devo ripropormi in quest'Aula. La prima immediata risposta a questo interrogativo è quella di seguire il sistema tradizionale. In questa prospettiva le previsioni della spesa non possono non essere effettuate tenendo conto dell'esperienza passata cioè dell'andamento della spesa sanitaria che si è registrato negli anni scorsi. È stata questa logica che ha permesso in sede di CIPE di pervenire ad una prima valutazione per il '77 del fabbisogno ospedaliero di 3.750 miliardi; valutazioni più realistiche formulate da un gruppo di esperti fanno ascendere il fabbisogno per il '77 a circa 5.000 miliardi. Se a questo si aggiungono le spese mutualistiche pari a 4.300 miliardi, le risorse da destinare al settore dovrebbero superare i 9.000 miliardi escludendo gli oneri per indennità di malattia. Di qui l'immediata conseguenza che per il '78 l'ammontare delle risorse da destinare al fondo non può essere inferiore a 10.000 miliardi a cui bisogna aggiungere i 1.000 miliardi circa di spesa sani-

taria sostenuta dagli enti locali. Si perviene così ad 11.000 miliardi corrispondenti all'incirca al 6 per cento del reddito nazionale. Ma, così impostato il problema, si ricalca una logica antica perchè con un siffatto procedimento di calcolo la parte del bilancio statale da riservare al settore viene valutata ipotizzando sul futuro lo stesso modello delle strutture sanitarie del passato.

Di qui la domanda che ci siamo posti e ci dobbiamo riproporre: quale necessità c'era e c'è di varare allora una riforma sanitaria? Perchè ci avviamo ad approvare questo disegno di legge? Solo per assicurare la fruizione del sistema al restante 7 per cento di popolazione che ancora non usufruisce dell'assistenza mutualistica? Solo per avere a livello regionale un po' più di forza contrattuale nei confronti del Governo centrale sulla definizione delle risorse da destinare al settore? E che il pericolo di continuare a guardare secondo una certa visione nel prossimo futuro il funzionamento dei meccanismi che hanno operato fin qui nel settore sia reale lo si riscontra per esempio nel modo di intendere la motivazione alla base del *ticket*, considerato come una forma di imposta, necessaria per far partecipare il fruitore al funzionamento del servizio sanitario.

Ma, così concepita la funzione, è chiaro che l'introduzione del *ticket* si inserisce nella vecchia logica della prestazione del servizio, con la quale non vi è la possibilità di stabilire coerenza alcuna tra l'uso dei medicinali e l'obiettivo che si volesse raggiungere in termini di qualità di salute. Il problema è un altro: per rendere e dare un significato alla riforma sanitaria e nell'ambito di questa per dare un contenuto più puntuale e nuovo alle regioni occorre che il modello comportamentale ed il modello di riferimento da adottare per la definizione delle prestazioni e delle controprestazioni del servizio sanitario siano diversi da quelli del passato. Quale può essere questo modo di operare e di agire nel settore? Fino ad oggi il soddisfacimento dei bisogni nel campo della salute era essenzialmente indotto dagli stimoli generali, dalla somma degli interessi dell'industria farmaceutica, dalla organizzazione sanitaria ed in particolare di quella ospedaliera.

Per capovolgere questa logica occorre muoversi lungo un'offerta di servizi che si rivolgano fondamentalmente alle cause delle malattie cercando di rimuoverle, comunque di ridurne gli effetti patogeni. Se questo deve essere lo spirito interpretativo della riforma e lungo questa strada si ritiene che le regioni debbano muoversi, è evidente che nel futuro la definizione delle risorse da destinare al settore sanitario e la ripartizione di questo fondo tra le regioni devono essere effettuate con nuovi criteri metodologici. L'individuazione delle risorse deve essere effettuata definendo gli interventi del settore sanitario per progetti stabiliti in base alla conoscenza scientifica delle condizioni sanitarie, in base all'incidenza nosologica e in base all'importanza sociale di fenomeni quali maternità ed infanzia, incidenza degli anziani, malattie da lavoro, eccetera. Le risorse, se dimensionate e finalizzate alla realizzazione di specifici progetti-obiettivo, permettono di affrontare e risolvere alcuni problemi sul piano operativo e permettono inoltre di adottare una parametrazione dei criteri di scelta avente un significato meno pragmatico ed empirico di quella fino ad oggi in uso. I parametri di ripartizione a livello regionale dell'ammontare di risorse da destinare al settore sanitario fino ad oggi sono stati definiti senza fissare alcun obiettivo. Venivano individuati prevalentemente nella popolazione, nel numero dei posti letto, ma siffatti parametri ovviamente non hanno mai favorito il Mezzogiorno.

Per esempio: la mancanza cronica di posti letto nel Mezzogiorno che di per sè indica uno stato di arretratezza è diventata un elemento per alimentare ancora di più l'arretratezza e non, viceversa, un elemento da introdurre nel calcolo per correggere le distorsioni e gli squilibri esistenti nel paese (tredici ed anche 14 per mille nel Nord, 6 per mille nel Sud). Hanno torto quegli assessori regionali che guardano ancora oggi ai parametri dell'Organizzazione mondiale della sanità perchè hanno una visione astratta ed incompleta, quindi riduttiva, disconoscendo che deve trattarsi di un processo e che quindi devono esistere tappe intermedie per raggiungere quell'obiettivo che pure è augura-

bile. Non aveva e non ha un senso ripartire a livello regionale le risorse da destinare al settore sanitario utilizzando questi parametri, che offrono soltanto uno pseudoobiettivo. Le risorse devono essere ripartite sulla base dei progetti-obiettivo che si vogliono realizzare in ciascuna regione. In questa prospettiva vengono a coesistere le autonome funzioni delle responsabilità regionali e di quelle centrali. Se, ad esempio, la mia regione, la Basilicata, vorrà debellare il dramma dell'anemia mediterranea che miete vittime non potrà non programmare in questo settore, evitando quindi soluzioni discriminatrici e condannabili egoismi di parte. L'autonomia delle responsabilità delle scelte regionali viene assicurata sia dall'individuazione dei singoli progetti-obiettivo sia dalla definizione della scala di priorità dei singoli interventi.

La funzione a livello centrale assume un suo responsabile ed autonomo ruolo nella fase della definizione di indirizzi generali da perseguire ed in quella del coordinamento dell'intervento tra le regioni. In questa prospettiva la collettività regionale e nazionale ha la possibilità di conoscere la politica e gli obiettivi che vengono perseguiti nel settore della salute e di non essere più martellata sui miliardi che vengono destinati al settore sanitario, miliardi che hanno dato luogo spesso ad un notevole spreco di risorse, di consumi e di servizi e che pochi significativi passi in avanti hanno fatto fare al sistema sanitario nella sua interezza e nelle sue articolazioni funzionali e territoriali.

Rimane il problema della definizione delle scelte nel breve periodo. Se si vuole che l'insieme di queste scelte definisca un quadro di transizione, occorre che esse vengano collocate lungo le direttrici di attuazione della riforma. Se invece esse hanno una dimensione temporale solo di breve periodo e non presentano alcun collegamento e riscontro con le finalità della riforma, è chiaro che nei prossimi anni avremo una quasi meccanica ripetizione e riproduzione dei vecchi modelli di prestazione di servizi sanitari ed avremo deluso le stesse aspettative da parte dei fruitori del servizio. Ecco perchè poc'anzi si ricordava come, per esempio, l'introduzione del *ticket* non dovrebbe avere il significato di un'imposta necessaria per una parziale copertura delle spese sanitarie. La sua introduzione dovrebbe esercitare invece una funzione psicologica di freno al consumo dei farmaci e nel contempo di un maggior sviluppo qualitativamente finalizzato del settore sanitario.

Da queste brevi riflessioni emerge chiaramente che al centro della volontà politica deve e dovrà esserci la volontà di programmazione. Senza programmazione non si realizzerà alcuna riforma sostanziale e si perpetueranno lo sperpero, le ingiustizie territoriali e le insufficienze. Però per realizzare questa programmazione bisogna avere dati attendibili, che provengano da una analisi globale dei bisogni sociali in modo da giungere ad un tetto di spesa, anzichè costringere la spesa entro il tetto prestabilito. Ed è con soddisfazione che i socialisti hanno accolto gli articoli 53 e 54 (piano sanitario nazionale e primo piano sanitario nazionale) e 55 e 56 (piani sanitari regionali e primi piani sanitari regionali) perchè vedono accolta un'esigenza sottolineata proprio dai socialisti nella discussione della tabella 19 del bilancio di previsione per l'anno 1978, che solo un anno addietro suscitò in Commissione vive polemiche ed anche vivi contrasti.

I dati disponibili oggi per un programma triennale sono i seguenti: la spesa ospedaliera e la consistenza del personale ospedaliero al 31 dicembre 1975, ed è in corso l'acquisizione dei dati al 31 dicembre 1976; la spesa mutualistica per le prestazioni di medicina generica, specialistica, ambulatoriale, riabilitativa, per accertamenti diagnostici, per assistenza diretta, indiretta e convenzionata, per la farmaceutica, per il termalismo al 31 dicembre 1975; la spesa sanitaria e farmaceutica dei comuni, delle IPAB e delle province riferita a date diverse; la spesa delle regioni e delle province autonome a date diverse e non per tutte le regioni; investimenti approvati per opere sanitarie, acquisto di tecnologie e opere igieniche; la consistenza del personale degli enti mutualistici in liquidazione, anche se non sono ancora definite la quantità e le qualifiche di quello che sarà trasferito al servizio sanitario nazionale; del personale già dipen-

dente o comunque operante nelle regioni nel settore sanitario, del numero di posti messi a bando per l'assunzione per attività sanitarie e delle qualifiche richieste.

Questi dati, peraltro utili a fini conoscitivi generali, riflettono una situazione ad oggi profondamente mutata. Già ho ricordato in Commissione, e devo rifarlo oggi, che il comitato per la liquidazione delle mutue ha recentemente deliberato l'integrazione tra le attività ambulatoriali extra ed intra ospedaliere, l'utilizzazione di prestazioni specialistiche in forma diretta, il coordinamento tra presidi specialistici prescindendo dall'ente di appartenenza e molti altri atti che mutano profondamente l'assetto delle strutture anche istituzionali e di spesa sanitaria. La legge n. 180 del 1978 ha portato le prestazioni psichiatriche nelle strutture ospedaliere ordinarie. La spesa sostenuta in precedenza dalle province per l'assistenza psichiatrica dovrà essere pertanto stimata *ex novo*. Le leggi per la istituzione dei consultori familiari e per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza hanno introdotto nuove attività, nuove fonti di spesa, previsto nuovo personale e modificato strutture precedenti. Gli accordi nazionali tipo per le convenzioni nazionali uniche per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici generici e pediatri e per i medici specialisti stipulati di recente hanno introdotto elementi nuovi di metodo, di spesa e di controllo e saranno gestiti dalle regioni anzichè dagli enti mutualistici. Alcune regioni hanno approvato i piani socio-sanitari, 14 regioni hanno dato avvio alla costituzione di consorzi socio-sanitari, la Cassa per il Mezzogiorno ha in corso l'attuazione di programmi di realizzazione delle strutture sanitarie.

La legge del 1974, n. 386, la legge del 1977, n. 349, e il decreto del 1977, n. 616, hanno trasferito competenze essenziali in materia sanitaria da organismi centrali, locali e di settore alle regioni. Nel 1976 le regioni hanno approvato circa 900 provvedimenti legislativi, regolamentari o esecutivi in campo sanitario, nel 1977 i provvedimenti regionali sono stati 806, quelli statali 124. Tutto questo senza parlare della modifica del trattamento per gli invalidi, per gli anziani e per i minori. Un altro elemento infine da considerare è la diversa domanda di servizi sanitari che è manifestata dai cittadini e dalle organizzazioni sociali. Si pone pertanto la necessità di impostare una metodologia di analisi e un processo di formulazione del piano sanitario nazionale e di quelli regionali che, pur tenendo presenti i dati storici, prendano in esame la situazione attuale e l'evoluzione che subirà in conseguenza di decisioni già assunte. Da questo lavoro dovrà derivare sia la rilevazione della spesa prevedibile basata sull'esame dei dati analitici che la compongono, sia l'individuazione del quadro strutturale operativo di gestione, di utenza, di prestazioni, di fabbisogno di assunzioni, di investimento, di formazione, di ricerca. Senza queste basi conoscitive non potranno essere fatte valutazioni politiche e quindi essere assunte responsabili decisioni.

Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, appare ovvio che sui pilastri portanti della programmazione e della partecipazione dal basso, dei controlli della spesa, dell'informazione al Parlamento dovrà fondarsi il nostro ulteriore lavoro in Aula affinchè rientrino nell'ottica di impostazione innovatrice del sistema anche i contributi e i suggerimenti che sono venuti prima al gruppo di lavoro nelle scorse settimane e poi al comitato ristretto e infine alla Commissione e che noi socialisti abbiamo cercato di sollecitare e di portare avanti specialmente sul problema della spesa, su quello dei farmaci, del valore della brevettabilità, dell'incidenza sulla spesa globale della spedalità e su altri interrogativi rimasti senza risposta nel corso del dibattito in Commissione. Un lavoro, il nostro, che dovrà riguardare le modifiche già apportate ad alcuni articoli ma anche chiarire ulteriormente punti rimasti imperfetti, considerando che, guidata dall'elevata preparazione del presidente Ossicini e assistita dal paziente lavoro del dottor Vicenzi, la Commissione sanità ha cercato di non distorcere il senso dell'articolato votato dai deputati pur modificando alcune norme al fine di renderle meglio applicabili rispetto alle esigenze ed alle attese del paese. Così per la struttura ed il funzionamento del-

le unità sanitarie locali, per l'ordinamento degli istituti a carattere scientifico, per l'applicazione delle norme della legge n. 180, con particolare riguardo a quelle regioni, come la Basilicata, la Calabria, il Molise, sprovviste di istituti psichiatrici pubblici e quindi nell'impossibilità di usufruire del personale per un'azione concreta sul territorio (articolo 64); ma altre modifiche, onorevoli senatori, ad avviso dei socialisti si impongono: modifiche all'articolo 31, modifiche all'articolo 36, e sono stati in proposito già presentati degli emendamenti, e modifiche intese ad omogeneizzare le situazioni analoghe, che riguardano soprattutto l'articolo 67.

A questo punto, onorevoli senatori, credo debba essere detto che lo stato di agitazione degli ordini nazionali dei medici non abbia motivo di essere se esso è riferito alla condizione che avrebbe secondo gli ordini nazionali il medico nel servizio sanitario nazionale. Ci arrivano in queste ore invettive ed arrivano al paese minacce di scioperi ad oltranza.

Il medico non è stato assente nel dibattito nell'ambito della Commissione igiene e sanità; ci siamo chiesti se deve essere considerato in relazione alla peculiarità di funzioni e di rapporti, oppure se deve essere guardato come colui che, anche se medico, sta sullo stesso piano di altri appartenenti a categorie professionali, cioè come identico a tutti gli altri operatori; se deve essere considerato burocrate della salute, cioè tecnico distaccato, ovvero deve in lui essere valorizzato il rapporto umano, il potenziale d'intuito, di comprensione generatore di fiducia.

Abbiamo creduto e crediamo che si debbano riconoscere al medico ed esaltare in lui insieme doti umane e tecnicismo, esaltandone la professionalità, offrendogli il ruolo che gli compete, non perchè illuminato dal sovrannaturale, ma perchè maturato nella sua esperienza professionale attraverso il rapporto con l'uomo, non sostituibile con qualsivoglia cervello elettronico o *computer* memorizzatore. Non può questo rapporto essere quantificato in minuti oppure in ore: esso è in relazione ad un potere di distinguere caso per caso, potere che è proprio dell'intuito medico e che non è rapportabile a nessuna avanzata tecnologia.

Queste le osservazioni che sono state fatte dai socialisti in maniera particolare nell'ambito della Commissione e che i socialisti ripropongono anche nel dibattito in quest'Aula.

L'augurio — e sono giunto ormai alla conclusione del mio intervento — è che si possa lavorare anche qui, come d'altronde è sempre avvenuto, con l'entusiasmo che ha animato i commissari della 12ª Commissione per corrispondere doverosamente alla richiesta che sale dal paese ormai da lunghi anni e che non può essere ulteriormente disattesa, avviandoci in qualche giorno ad approvare in termini definitivi, per mandarlo poi alla Camera per brevi e piccole modifiche, il disegno di legge di istituzione del servizio sanitario nazionale. (*Applausi dalla sinistra*).

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

R U F F I N O . Onorevole Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, dopo anni di impegnato e serio dibattito il tema della riforma sanitaria affronta la stretta finale. Non partiamo certamente dall'anno zero; abbiamo alle nostre spalle una preparazione che ci consente di guardare alla riforma sanitaria come ad un punto di riferimento importante e rilevante per il nostro paese, anche se essa non rappresenta certo un punto di arrivo, ma, come è stato detto opportunamente dai relatori, un punto di partenza.

La riforma sanitaria tende a conseguire alcuni obiettivi di fondo, sui quali credo che non vi possa non essere accordo da parte delle forze politiche e sociali; *a*) la tutela valida ed efficiente della salute dei cittadini; *b*) il riequilibrio delle prestazioni su tutto il territorio nazionale; *c*) una razionale programmazione che riduca ed elimini la frammentazione degli interventi; *d*) la modifica, sia pure graduale nel tempo, dell'attuale sistema che privilegia il momento della cura e della diagnosi, portando avanti il momento della prevenzione.

Quindi, proprio per l'importanza degli obiettivi che dobbiamo conseguire, l'attesa della riforma sanitaria è notevole. Credo pe-

rò che ci sia — e dobbiamo sottolinearla — una differenza di fondo rispetto agli anni passati: prima l'opinione pubblica riteneva che la riorganizzazione dei servizi potesse concretare un miglioramento qualitativo e quantitativo degli stessi quasi senza oneri. Questa linea era incoraggiata da quanti, forse un poco demagogicamente, insistevano per la realizzazione dei nuovi servizi, senza farsi carico dei costi economici.

Credo che il tempo abbia fatto giustizia di questa impostazione, determinando la consapevolezza, sempre più crescente, che non è possibile pensare a soluzioni miracolistiche e che i servizi sanitari, alla pari di ogni altro servizio, hanno un alto costo che, in definitiva, la collettività deve pagare.

Questa linea si è già chiaramente delineata con l'introduzione del *ticket* moderatore sui medicinali. A quanto mi risulta, anche se è difficile fare previsioni, nel tempo brevissimo dall'introduzione del *ticket*, esso ci ha dato risultati positivi sia come contrazione dei consumi dei prodotti farmaceutici, sia anche — perchè non sottolinearlo? — come contributo alle entrate dello Stato. Credo che dobbiamo responsabilmente, onorevoli colleghi, porci alcune domande: riusciremo con questa legge a migliorare la situazione sanitaria nel nostro paese? Riusciremo a dare prestazioni più efficienti, più valide, più qualificate ai cittadini, nel rispetto fondamentale dei princìpi di libertà e di professionalità? Riusciremo a contenere i costi e, quindi, a rendere compatibile la riforma sanitaria con il piano triennale, su cui le forze politiche e sociali dell'intero paese sono oggi seriamente impegnate? Non attraverso miracolistiche soluzioni, ma con un serio impegno per una crescita globale del settore della sanità e per un sempre più necessario collegamento del nostro paese con l'Europa?

Ma se abbiamo chiari gli obiettivi che dobbiamo raggiungere, manifesto qualche dubbio che altrettanta chiarezza vi sia in ordine ad alcuni problemi che desidero richiamare alla vostra attenzione. In primo luogo il problema dei costi della riforma sanitaria. Molte sono state le cifre, e tutte diverse; lo ricordava poco fa nel suo pregevole intervento il collega Pittella. Certo, credo che non sia facile compito quello di individuare l'esatto costo della riforma sanitaria, anche per la notevole varietà degli enti erogatori e per la difficoltà di avere dati precisi. Richiamo sotto questo aspetto le indicazioni e le cifre che il professor Coppini ha fornito in sede di Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, secondo le quali con la legislazione costante avremmo avuto in assenza della riforma un costo della spesa sanitaria nel nostro paese pari a poco più di 14 mila miliardi, con una incidenza sul prodotto interno lordo del 7,02 per cento, mentre, in presenza della riforma, dovremmo avere secondo l'elaborazione di questi dati un costo maggiore di circa 1154 miliardi, con una incidenza sul prodotto interno lordo pari al 7,59 per cento, quindi con una maggiorazione dello 0,57 per cento su quello che sarebbe stato il costo del servizio.

Altri interrogativi credo che vadano seriamente posti, alcune domande dobbiamo farci in modo responsabile. Il relatore Cravero — e desidero ringraziare lui e il collega Merzario per lo sforzo che hanno compiuto nel tentativo di operare una sintesi, certo non facile — ricordava che in questo settore non è la domanda che determina l'offerta, ma è l'offerta che sviluppa la domanda.

Quando si dice, giustamente, che dobbiamo dare assistenza dalla nascita alla morte, abbiamo presente il costo delle conseguenti prestazioni? Quando si dice che dobbiamo riequilibrare le prestazioni nell'intero territorio nazionale, verso quali costi ci muoviamo? Quando si dice che dobbiamo dare eguaglianza nei trattamenti per tutti — e chi può, in teoria, negare questo principio di alto contenuto sociale? — abbiamo provato a fare i conti economici di tali affermazioni?

Di fronte al paese, che è attento e sensibile a questi problemi, quali sono le risposte che noi diamo a tali interrogativi? Se fino a ieri non assistevamo fasce di cittadini, sbagliando, ed oggi abbiamo l'ambizione di assisterli tutti, quale onere maggiore comporterà tale nuovo, giusto indirizzo? Se fino a ieri, sbagliando, non abbiamo dato sufficientemente peso all'azione di prevenzione ed oggi giustamente vogliamo, sia pure con la necessaria gradualità, privilegiare il momento del-

la prevenzione su quello della cura, ci siamo chiesti che cosa comporterà in costi ed in onere tale giusto, socialmente valido indirizzo? Se fino a ieri assistevamo impotenti a squilibri territoriali nelle prestazioni dei servizi ed oggi vogliamo giustamente porre fine a tale situazione, creando — immagino — nuovi servizi, nuovi presidi, nuove strutture e non certamente gestendo l'esistente o pensando di diminuire magari al Nord certi presidi e certi servizi, ci siamo chiesti cosa comporta tutto ciò? Credo che il problema dei posti letto negli ospedali sia quanto mai significativo: nel Nord esistono posti letto in numero superiore a quello che l'Organizzazione mondiale della sanità prevede per un ottimale servizio dell'assistenza ospedaliera; verifichiamo tutti però, da un po' di tempo a questa parte (sono regionalista, signor Ministro, ma collego questo aspetto al passaggio dell'assistenza ospedaliera dagli enti mutualistici alle regioni perchè temporalmente siamo costretti a fare questo collegamento), che si è determinata una situazione tale per cui, anche nel Nord, occorre prenotarsi per tempo e mettersi in lista di attesa prima di essere curati anche negli ospedali.

Credo pertanto che non sia possibile pensare di ridurre i posti letto nel Nord, sia pure in presenza di questa eccedenza di posti letto rispetto ai parametri dell'Organizzazione mondiale della sanità, ma piuttosto di creare nuovi posti letto nel Centro e nel Sud.

Come pensiamo, soprattutto, di responsabilizzare gli operatori e gli amministratori in particolare?

Ora a me non sembra che il disegno di legge risponda pienamente a tali obiettivi; esso mi pare che dica, un po' semplicisticamente, che gli amministratori debbano spendere una cifra contenuta anche allorchè le esigenze e le domande di prestazioni richiederebbero molto di più.

Si pensa forse di provvedere a tutto con la norma contenuta nell'articolo 51 del disegno di legge? Tale articolo stabilisce, nei primi commi, gli impegni dello Stato, nei commi seguenti gli impegni delle regioni e nei commi successivi gli impegni delle unità sanitarie locali. Dalla lettura di tali norme mi sorgono spontanee alcune osservazioni e alcuni interrogativi: in quale modo verrà stabilita l'entità totale della spesa? È scomparso dalla legge il parametro del 6,50 per cento del prodotto nazionale lordo e allora a quali parametri si farà riferimento? Cosa significa in definitiva l'articolo 51 del disegno di legge al nostro esame? Non nasce forse il sospetto, o quanto meno la preoccupazione, che il meccanismo di cui alla legge sia fatalmente destinato a determinare una costante conflittualità tra la regione e lo Stato?

Prendendo come esempio il fondo nazionale ospedaliero, quante battaglie in regione feci nei confronti dello Stato perchè aumentasse i fondi per l'assistenza ospedaliera e li erogasse con tempestività! Credo che l'esempio della conflittualità che si è determinata già per i fondi dell'assistenza ospedaliera tra Stato e regioni avrebbe dovuto forse farci riflettere e determinare comportamenti diversi.

Non nasce anche il dubbio e il sospetto che tale rapporto di conflittualità si sviluppi endemicamente fra l'unità sanitaria locale e le regioni in uno scarico avvilente di responsabilità? Che cosa significa « unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie » se non creare il servizio laddove non esiste con un ulteriore aggravio finanziario? Pensiamo seriamente di ridurre ambulatori e presidi sanitari allorchè ovunque nel nostro paese si parla di carenze di strutture sanitarie certo più gravi, più evidenti nelle zone del Centro e del Sud Italia, meno gravi nel Nord ma tuttavia presenti anche lì?

Perchè, onorevoli colleghi, ho voluto dirvi con franchezza queste mie perplessità e riferirvi queste mie osservazioni? Non certo con l'intento di ritardare o di frapporre qualche ostacolo alla riforma sanitaria che non solo è necessaria, ma che è necessitata dalle preesistenti norme legislative approvate dal Parlamento e che quindi è urgente realizzare per un indispensabile passaggio dal sistema mutualistico, peraltro già disciolto, al nuovo articolato servizio.

Ormai il legislatore era incamminato su questa strada; certo ha dimenticato alcune esperienze veramente positive che ci venivano offerte dai lavoratori autonomi, dalle casse mutue dei commercianti, degli artigiani,

dei coltivatori diretti che hanno svolto una funzione importante nell'estensione dei benefici per la tutela della salute.

Dico questo perchè, a mio avviso, si debbono maggiormente responsabilizzare quelli che ruotano intorno al servizio sanitario nazionale: da noi agli operatori, agli utenti, insomma ai cittadini. Certo so che la responsabilità nasce non soltanto da norme legislative ma dalla coscienza individuale e dalla civica educazione di un popolo. Ma perchè non introdurre nella legge dei meccanismi tali che prevedano, a parte il principio, pur importante, della responsabilità degli amministratori, anche quella più sostanziale di eventuali concorsi degli utenti in rapporto alle esigenze che si verranno maturando nell'ambito delle unità sanitarie locali? Perchè non lasciare maggiore discrezionalità nel reperire le entrate alle stesse regioni, sia pure nell'ambito di precisi indirizzi generali fissati da leggi dello Stato?

Vedete, l'andamento della spesa sanitaria e in generale della spesa della salute ha assunto sovente nel nostro paese una incidenza determinante sulla stessa situazione economica, al punto di essere considerato un elemento di rottura permanente dell'equilibrio finanziario. Di fatto, una tale situazione diventa sempre meno accettabile anche per le norme innovative introdotte sulla contabilità dello Stato e per l'obbligo di prevedere nell'arco di tre anni le entrate e le spese dello Stato.

Vi è effettivamente il rischio di ulteriori spostamenti di mezzi finanziari dagli investimenti e dalle spese pubbliche produttive al settore della sanità senza che a ciò — e lo sottolineo — corrisponda purtroppo il miglioramento dei servizi e della qualità degli interventi.

Sembra giusto affermare con il professor Brenna che il vero primo problema consiste nel domandarsi quali possibilità oggi esistano di evitare che la spesa sanitaria complessiva continui a lievitare nei prossimi anni nella misura che ha caratterizzato la sua crescita nel passato. Dal 1964 al 1974, secondo i dati del professor Brenna, periodo non eccessivamente turbato dall'inflazione, la spesa mutualistica è aumentata con un saggio di incremento annuo superiore al 17 per cento. Ecco quindi imposta la necessità di superare i limiti e le storture dell'attuale sistema; ma occorre porsi seriamente e responsabilmente il problema di superare il criterio di una gestione senza limiti di spesa. In che modo questo può avvenire? Nel solo modo serio e responsabile: con la partecipazione cioè finanziaria degli assistiti al costo dei servizi sia per ridurre l'area degli eccessi e degli abusi sia per realizzare un congruo contributo alla spesa con adeguati temperamenti in ragione della frequenza del ricorso all'assistenza e con l'esonero per la fascia dei cittadini a più basso reddito. Che cosa intendo dire? Mi rendo conto che si tratta di affermazioni che possono apparire dure in un certo clima di facile demagogia ma esse hanno una radice lontana: non sono soltanto mie ma trovano spazio in tanti studi (ricordo tra gli ultimi lo studio dell'AREL che forse sarebbe stato opportuno predisporre più tempestivamente, quando il dibattito impegnato sula riforma sanitaria era ancora all'inizio) e trovano ancoraggio nelle stesse dichiarazioni programmatiche del Governo. Vi è un riferimento nel piano Pandolfi. Leggo il punto 75 del piano Pandolfi dove si prevede una riduzione di 1.500 miliardi della spesa sanitaria da conseguire « sia per effetto della minor crescita della spesa sia attraverso l'introduzione di ulteriori forme di concorso degli assistiti all'onere per determinate prestazioni ». Quindi c'è anche, sotto questo profilo, un impegno delle forze politiche che trova un suo riferimento nella Carta costituzionale. Abbiamo invocato sovente l'applicazione integrale dell'articolo 32 che prevede la tutela della salute dei cittadini e recita espressamente (lo ricordo soprattutto a me stesso) che « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ». Questa è l'affermazione solenne e sarebbe interessante riandare ai lavori preparatori e alle discussioni fatte in sede di Assemblea costituente con grande elevatezza di contenuti e di indirizzi: allora si trattava dell'articolo 26 della Carta costituzionale.

Sotto tale profilo, mi basti anche ricordare il parere del CNEL sul finanziamento del servizio sanitario nazionale relativamente al quale veniva approvato un ordine del giorno. Tra l'altro veniva riferita una proposta secondo la quale i *deficit* che dovessero determinarsi a livello regionale nel servizio sanitario avrebbero dovuto essere coperti con prelievo fiscale diretto sui cittadini dalle rispettive regioni. Nè posso ignorare per la verità che nel disegno di legge è previsto un processo di graduale avvicinamento tra contribuzioni e oneri a partire dalle categorie per le quali la differenza è più marcata. Tale concetto, infatti, è affermato nel secondo comma dell'articolo 57 con il quale viene disposto che, con decreto del Presidente della Repubblica, si provvederà a disciplinare l'adempimento della partecipazione contributiva degli assistiti in misura non superiore a quella fissata ai sensi dell'articolo 63.

Ritengo che questo principio sia da sottolineare, potendo rappresentare una valida base per un avvicinamento progressivo all'equilibrio finanziario del servizio sanitario nazionale. Vi è la necessità quindi — e richiamo qui le osservazioni acute che lo studio dell'AREL ha fatto sulla riforma sanitaria — di una esplicita riconferma e di una migliore puntualizzazione dell'articolo 69, il quale elenca le entrate del fondo nazionale sanitario alla lettera *a*) del primo comma, in cui si dovrebbero comprendere anche i contributi assicurativi di cui all'articolo 75, secondo comma, adeguati, in relazione all'aumento del costo dei servizi, con i criteri previsti dall'articolo 57. Sono da sottolineare come estremamente opportune anche alcune enunciazioni che consentono alle prestazioni del servizio sanitario la necessaria elasticità per consentire l'adeguamento ai limiti delle disponibilità del fondo sanitario nazionale. Altrettanto opportuna sarebbe l'enunciazione di alcune norme di principio per la legislazione regionale che pongano precetti rigorosi per l'adozione da parte delle unità sanitarie locali di misure idonee a contenere la spesa ospedaliera.

Il nostro paese, si sa, ha indici tra i più elevati di frequenze di ricovero e di durata media delle degenze. Sono necessari, quindi, alcuni correttivi. Abbiamo alle nostre spalle, onorevoli colleghi, l'esperienza di molti altri paesi. Dovremo approfittarne per porre dei correttivi a certi sperperi, a certi eccessi ed abusi, per far concorrere tutti democraticamente al costo di alcuni servizi essenziali ed indispensabili. Ed io credo, da buon ligure, che la partecipazione finanziaria costituisca uno strumento indispensabile per una migliore e più fattiva partecipazione democratica. In questo modo si raggiunge anche un altro obiettivo che desidero richiamare alla vostra attenzione, quello cioè della ottimale utilizzazione degli impianti, delle attrezzature e del personale specie per accertamenti diagnostici sempre al fine anche di ridurre il numero delle degenze. Vi è ad esempio sproporzione tra ospedali pubblici e cliniche private non soltanto nella durata media delle degenze ma anche nei costi dei servizi. Quindi meriterebbe anche questo una maggiore attenzione ed una maggiore riflessione. Occorre pertanto, a mio avviso, conseguire l'obiettivo della stabilizzazione della spesa e del più alto grado di efficienza del sistema sanitario attraverso la maggiore responsabilizzazione degli amministratori, dei cittadini, mediante alcuni strumenti da concordarsi.

La stabilizzazione della spesa sanitaria costituisce — del resto l'ho già detto — un obiettivo del piano Pandolfi, che fissa i limiti di compatibilità del nostro sistema per rimanere in un ambito europeo. Sarebbe quindi assurdo conseguire l'obiettivo di un servizio sanitario nazionale di stile europeo per condannarsi poi, proprio per questo, anche ad uscire davvero dall'Europa.

Su un altro punto, in modo molto telegrafico, desidero richiamare l'attenzione del Senato: la prevenzione dei rischi di lavoro ad esempio. Occorre tornare al controllo sulla prevenzione. Il disegno di legge del Governo modificato dalla Camera prevedeva la delega al Governo per la emanazione di norme intese a rivedere l'esercizio delle funzioni ispettive di accertamento sanitario. Credo che su questo sistema sia opportuna una nostra riflessione.

Solo un accenno infine, perchè so che altri colleghi lo hanno già trattato in Commissione e lo faranno in Aula, all'importante e delicato problema relativo al personale. Il sistema approvato in Commissione non può essere condiviso perchè determina un costo rilevante e purtroppo senza utilizzazione di un personale quasi sempre molto qualificato e valido. Infatti le norme, così come sono state formulate, sono generiche ed insufficienti a far fronte alla duplice esigenza di fornire serie e reali garanzie a circa 60.000 dipendenti del settore, nel rispetto dei diritti acquisiti e senza dirottarli su binari morti della pubblica amministrazione, e di contenere al massimo nel contempo le spese per il personale addetto, ai vari livelli operativi, alle nuove strutture del servizio sanitario. Ho infatti la sensazione che la creazione di questi ruoli unici sia per il settore pubblico una sorta di cassa di integrazione. Mi sembra che mandiamo molti dipendenti sui binari morti con oneri crescenti per lo Stato e la collettività, senza avere un corrispondente servizio.

Non posso quindi condividere la norma con cui si è tentato di escludere che lo Stato possa assorbire altri dipendenti, riducendo in modo drastico le effettive possibilità di utilizzazione del personale degli enti stessi.

Inoltre quante regioni possono effettivamente assorbire un numero considerevole di dipendenti, quali sono le reali possibilità di ampliamento degli organici degli enti pubblici e come andranno a collocarsi i lavoratori della mutualità nei nuovi organismi, con quali garanzie di mantenimento delle posizioni non solo giuridiche, ma anche funzionali? Se questo interrogativo ha un indubbio valore per tutte le regioni, quanto più difficile, starei per dire drammatica, diventa la situazione del Lazio che dovrebbe utilizzare oltre al personale periferico operante nella regione anche quello molto numeroso delle direzioni generali degli enti? E se difficoltà esistono per utilizzare proficuamente tanti dipendenti degli enti pubblici disciolti, perchè ostinarsi — mi chiedo — a non voler considerare, sia pure con tutte le cautele del caso, la possibilità di un esodo volontario? La riforma sanitaria deve essere un atto politico di trasformazione profonda della società nazionale, nel senso di una maggiore evoluzione civile e sociale, e non deve perciò iniziarsi con un atto che potrebbe sembrare un atto di ingiustizia verso una numerosa categoria di lavoratori, né con atti di arbitrio che distruggendo garanzie legittime e giuridiche e sacrosanti diritti acquisiti diminuiscano la credibilità dello Stato di diritto e alimentino la sfiducia del cittadino.

Certo, non possiamo risolvere ora, dopo 20 anni circa di faticosa gestazione della riforma, un problema che avrebbe richiesto uno studio serio, approfondito e soluzioni ponderate e graduali. Tuttavia possiamo con la legge in esame porre le premesse per favorire soluzioni soddisfacenti, riaprendo la possibilità di assorbimento del personale mutualistico, compresi i dirigenti, nelle amministrazioni dello Stato, assicurando il mantenimento delle basi giuridiche e funzionali, escludendo, se possibile, la formazione di quei ruoli unici che, ripeto, rappresentano una specie di limbo burocratico, una specie di binari morti, una spesa improduttiva per la collettività ed una mortificazione della dignità di tanti pubblici dipendenti.

Inoltre è necessario rivedere attentamente le possibilità di assorbimento del personale da parte degli enti pubblici, senza creare conflitti di interessi tra personale in servizio e personale da assorbire.

Infine si devono sollecitare le regioni, che dovranno a breve scadenza assumere responsabilità operative gravose nel campo della tutela della salute, a far conoscere le reali esigenze di personale, non essendo pensabile che nell'imminenza dell'avvio della riforma tali esigenze non siano state ancora determinate. Se ci convinceremo che tutte le strade, ragionevolmente praticate, lasceranno un solo dipendente mutualistico senza una confacente utilizzazione e che un solo diritto venga conculcato, allora lasciamo aperta anche la via dell'esodo volontario. Non possiamo, io credo, ignorare un problema giuridico, sociale ed umano di tanta rilevanza come quello del personale degli

enti mutualistici, non solo perchè tradiremmo delle legittime aspettative, ma anche perchè ci troveremmo presto a doverlo riaffrontare, magari ingigantito ed avvelenato dal risentimento non soltanto dei lavoratori mutualistici, ma anche dei cittadini che risentiranno delle difficoltà di avvio della riforma in un settore come quello della salute dove i disservizi, i ritardi, le inadempienze, i disagi hanno già creato una situazione di incredibile sottosviluppo che bisognerà, proprio con la riforma, recuperare in tempi brevissimi.

Infine un richiamo veramente telegrafico all'assistenza indiretta di cui all'articolo 25. Mi pare che l'ambito che il sistema di legge lascia alla assistenza indiretta sia inadeguato: in primo luogo perchè al cittadino va riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie fruite fuori delle strutture pubbliche, in considerazione del fatto che agli assistiti deve essere garantita anzitutto la libertà di opzione quale fattore irrinunciabile di crescita civile. Vi è certamente il problema dei costi. Io credo che la governabilità della spesa resti garantita attraverso il sistema di fissare i rimborsi attraverso l'accertamento dei costi al netto delle spese di gestione. Annuncio già che su questo tema proporrò un emendamento all'articolo 25 che mi auguro venga approvato dal Senato.

Infine, sulle funzioni delle unità sanitarie locali vi è stata una notevole discussione in Commissione e si è ottenuto un risultato che credo positivo. Avevo sollevato alcune perplessità su quella che era la figura istituzionale dell'unità sanitaria locale; avevo riferito sui lavori della Camera dei deputati e sulle notevoli perplessità che anche in quella sede si erano manifestate su questo tema. Mi ero chiesto che cosa era, sotto il profilo istituzionale, l'unità sanitaria locale ed a quale ente potevamo parificarla. Forse ad un'azienda municipalizzata? Chiedevo che si determinassero con maggiore chiarezza compiti, attribuzioni, finalità e modi di essere dell'unità sanitaria locale. Credo che l'articolo 15 risponda a questi interrogativi attraverso una nuova articolazione del disegno di legge che ci è pervenuto dalla Camera.

Vorrei richiamare, onorevoli colleghi, alla vostra attenzione, il secondo comma dell'articolo 15 come risulta dall'emendamento che ho avuto l'onore di presentare perchè si tratta di un punto particolarmente importante. Con questo articolo si è aperto il campo di intervento delle comunità montane nel settore della riforma sanitaria e credo che questo sia un fatto positivo. Si è detto infatti che l'assemblea generale è costituita, tra l'altro: « *c*) dall'assemblea generale della comunità montana se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale ». Questa ipotesi era valida solo da un punto di vista teorico per cui occorreva ancorarla di più alla realtà. Vi sono infatti comuni che non sono montani ma che possono far parte di una medesima unità sanitaria locale. Per cui si è aggiunta una specificazione a mio avviso molto opportuna. Si è detto infatti: « Qualora il territorio dell'unità sanitaria locale comprenda anche comuni non facenti parte della comunità montana, l'assemblea sarà integrata da rappresentanti di tali comuni ». Evidentemente questo avverrà in base alle norme che saranno previste per la rappresentanza dei comuni vicini che potranno trovare nell'assemblea generale della comunità montana un modo di partecipazione alla gestione dell'unità sanitaria locale.

Ecco, onorevole Presidente, signor Ministro e onorevoli colleghi, in definitiva, alcune osservazioni e un ulteriore modesto contributo che ho voluto dare a questo impegnato dibattito con l'intento di pervenire, attraverso la riforma sanitaria, non certo a una dequalificazione dei servizi e a un loro costo crescente, ma ad una effettiva tutela della salute attraverso un sistema che razionalizzi il settore, che dia maggiori responsabilità e partecipazione ai cittadini, che contribuisca a creare un sistema efficiente nel rispetto della libertà individuale e nella tutela della professionalità, per evitare la burocratizzazione dei servizi e del medico, e per dare soprattutto al servizio sanitario nazionale, con la più alta qualifica e con le più qualificate prestazioni, occasione per il nostro paese di crescere, di migliorare, di

svilupparsi, di progredire restando saldamente ancorato all'Occidente e all'Europa. (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

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

BOMPIANI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, si presenta al nostro esame un vasto, articolato disegno di legge che traduce, in termini di iniziativa politica, un movimento di opinione che caratterizza la società moderna di tutti i paesi evoluti: quello di un nuovo atteggiamento del cittadino e del potere pubblico nei confronti della salute.

Non è possibile in questa circostanza, soprattutto per la ristrettezza del tempo, ripercorrere le tappe evolutive del pensiero moderno che ha portato a chiedere allo Stato un intervento globale di tutela della salute, comprendente in larga misura i tempi della prevenzione e della riabilitazione, oltre che della lotta alla malattia come tale. Nè potrò ricordare i provvedimenti legislativi che, nel nostro paese, già da tempo stanno costruendo la riforma sanitaria, intesa appunto, in senso etimologico, come la nuova forma che si vuol dare al dispositivo sanitario per il soddisfacimento delle indicate esigenze.

Certamente il disegno di legge che discutiamo è un punto nodale di questo processo, e va dato atto ai relatori di averne esattamente individuato la portata nella lucida relazione scritta.

Ma se la struttura del servizio sanitario nazionale è già chiaramente indicata in questo disegno di legge, la « nuova forma » non potrà apprezzarsi in tutta la sua interezza se non dopo il completamento dell'opera, cui la società per prima, il Parlamento e le regioni dovranno volenterosamente attendere nei prossimi anni.

Non mancano in me perplessità ed anche riserve su particolari aspetti del provvedimento, ed in particolare: 1) sull'individuazione di un meccanismo che più esattamente equilibri i flussi di spesa alle entrate necessarie al finanziamento del servizio sanitario nazionale, in una visione di effettiva compatibilità con le risorse nazionali; 2) sulla mancata fissazione di prestazioni minime e massime, che il servizio potrà fornire, nella compatibilità dei mezzi economici disponibili; 3) sulla ristrettezza dei tempi stabiliti in calendario per l'attuazione del complesso dei provvedimenti legislativi necessari, ed è chiaro che il non poter rispettare questi tempi significherà perdita di credibilità, per la legge in se stessa e per noi che l'esaminiamo; 4) sul forte rischio di una eccessiva politicizzazione della gestione del servizio, sia a livello centrale, che delle unità sanitarie locali, a causa della partecipazione troppo esigua della componente tecnica e sanitaria, sebbene debba riconoscere che gli emendamenti suggeriti dalla Commissione definiscono (meglio di quanto non faceva il testo pervenutoci dalla Camera) le responsabilità della direzione dell'unità sanitaria locale stessa, articolandone gli aspetti sanitari ed amministrativi.

Vi sarebbero altri punti ancora, ma altri meglio di me interverranno nella discussione su questi argomenti. Vorrei affermare, tuttavia, che fondamentale, per una corretta gestione e dell'unità sanitaria locale e della spesa pubblica, sarà l'atteggiamento sia del cittadino che dell'operatore sanitario. Nè gli uni nè gli altri dovrebbero vedere nel dispositivo pubblico una occasione per acquisire privilegio personale, ma la responsabile fruizione di un bene di tutti, da amministrarsi saggiamente con quella stessa cura che viene riposta nella amministrazione dei beni personali. Per questo motivo, nelle considerazioni che seguono vorrei rivolgere l'attenzione sul « fattore uomo » che è determinante per la caratterizzazione di qualsiasi sistema, ed anche del servizio sanitario nazionale.

Orbene, il disegno di legge solennemente pone in testa agli obiettivi da raggiungere: « la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità » (articolo 2, primo capoverso). Non è chi non veda la bontà dell'obiettivo, ma anche la vastità immane del compito che ci attende per tradurre questo enunciato in azioni concrete.

Presidenza del vice presidente VALORI

(*Segue* BOMPIANI). La formazione del personale è un secondo, grande obiettivo che la legge istitutiva del servizio nazionale ci propone e sul quale vorrei soffermarmi più a lungo.

Si può affermare che il disegno di legge riconosca l'esigenza di una più adeguata preparazione tecnica del personale del servizio sanitario nazionale, anche se non affronta il problema in modo organico, in uno o più articoli appositamente redatti. Tuttavia, l'insistenza con la quale, in articoli diversi, affiorano norme a questo riguardo sottolinea che il legislatore non è stato insensibile al lungo dibattito sull'argomento, tuttora aperto del resto, che si è sviluppato a livello di categorie interessate, degli esperti della sanità e della pubblica istruzione, delle regioni, delle forze politiche, e che ha messo in luce quanto meno una duplice esigenza: 1) quella di contenere, con una operatività più motivata del personale sanitario, le perdite di energia che si verificano nel sistema sanitario pubblico; 2) quella di erogare al cittadino una serie di prestazioni non solamente più qualificate sul piano dell'efficienza tecnica, ma anche più umane e partecipi dei bisogni psicologici dell'uomo malato e della sua famiglia.

Richiamerò brevemente i punti in cui la presente legge fissa alcune norme al riguardo.

All'articolo 2 (gli obiettivi) è indicato che il conseguimento delle finalità del servizio sanitario nazionale solennemente affermate all'articolo 1, e cioè la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, deve avvenire anche mediante la formazione professionale e permanente, nonchè l'aggiornamento scientifico-culturale del personale del servizio sanitario nazionale stesso (capoverso ottavo del primo comma).

All'articolo 6 (competenze dello Stato), alla lettera *p*), primo comma, si stabilisce che « la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari, le disposizioni generali per la durata e la conclusione dei corsi, la determinazione dei requisiti necessari per l'ammissione alle scuole, nonchè dei requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie» sono riservate allo Stato.

All'articolo 47 (personale dipendente), è riservata al Governo la facoltà di provvedere, per legge delegata, a disciplinare i ruoli del personale sanitario, tecnico ed amministrativo secondo qualifiche funzionali con la specificazione dei profili di professionalità e delle mansioni (comma terzo, capoverso secondo); ed a fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale dipendente del servizio sanitario nazionale (comma terzo, sesto capoverso).

All'articolo 48 (personale a rapporto convenzionale) è stabilito (terzo comma, decimo capoverso) l'obbligo dell'aggiornamento professionale dei medici convenzionati, con modalità che saranno regolate dall'accordo collettivo nazionale stipulato fra Governo, regioni, l'associazione nazionale dei comuni italiani e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale per ciascuna categoria.

All'articolo 53 (piano sanitario nazionale) viene stabilito che il Governo predispone, su proposta del Ministero della sanità, sentito il consiglio sanitario nazionale, il piano sanitario nazionale, che deve contenere, fra l'altro, anche: « gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione ed all'aggiornamento del personale addetto al servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle funzioni tecnico-professionali, organizzative e gestionali ed alle necessità quantitative dello stesso ».

All'articolo 54 (piani sanitari regionali) non si ripropone espressamente la questione della formazione e dell'aggiornamento del personale, ma che la materia debba essere

considerata in detti piani si evince indirettamente dal fatto che viene richiamato l'obbligo dei piani regionali triennali di « uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale ».

Appare chiaro, in definitiva, che viene prefigurato un sistema di competenze e di poteri che dovrà disciplinare la formazione e l'aggiornamento del personale operante nel servizio sanitario nazionale. Credo di non errare affermando che la soluzione di questo problema è urgente e deve essere considerata come basilare per il funzionamento del servizio sanitario nazionale stesso.

Posta questa tesi, a dimostrazione di quanto affermo desidero portare qualche dato sulla situazione esistente e suggerire alcune linee di « politica del personale sanitario », linee che potrebbero ispirare provvedimenti legislativi per i tre settori in cui si articola la formazione del personale: 1) il settore delle professioni sanitarie non mediche e delle arti sanitarie ausiliarie; 2) quello del personale laureato medico; 3) quello del personale specialista, lasciando da parte, per il momento e solo per ragioni di tempo, il problema del personale laureato non medico (biologi, farmacisti, veterinari, ed anche del personale amministrativo) che pur presenta problemi di formazione più specifica ai compiti cui è destinato.

Come è noto, le professioni sanitarie non mediche sono costituite da infermieri professionali, vigilatrici di infanzia e terapisti della riabilitazione, e da altre figure professionali cui successivamente al conseguimento del detto titolo si perviene mediante corsi specifici, e cioè ostetrica, assistente sanitario, caposala, eccetera.

Il personale della categoria « arti sanitarie ausiliarie » è costituito da tecnici di radiologia medica, tecnici di laboratorio, infermieri generici, puericultrici, infermieri psichiatrici, tecnici di riabilitazione ed altre figure di minore entità. Questa serie molto ricca di figure professionali viene formata oggi attraverso corsi che variano nella durata degli anni scolastici e nel contenuto dei programmi.

La situazione di questo complesso settore è considerata, generalmente, non ottimale e necessitante una revisione ed un indirizzo normativo nuovo.

I punti di insufficienza sono così indicati:

1) carenza di infermieri professionali o generici operanti fuori delle strutture ospedaliere, e, pur in difetto di dati recenti, si può ritenere che la cifra fornita dal CIRSS nel 1974, pari a 10.000 unità, non sia sostanzialmente modificata;

2) relativa carenza numerica anche del personale operante nelle strutture ospedaliere, ma soprattutto qualificazione professionale media inferiore allo *standard* europeo (parlo, ovviamente, di indice « medio », non delle lodevoli eccezioni): l'indice numerico è per l'Italia di 26,4 addetti alle professioni sanitarie ausiliarie su 10.000 abitanti; il nostro paese si trova a metà strada perciò fra l'Olanda (indice 16,9), la Germania (25,9) e paesi dall'indice molto più elevato (Francia 38,7, Inghilterra 38,5, Danimarca 56,7, Irlanda 62,3); questo dato quantitativo smentisce alcuni facili *slogans* che sentiamo ripetere in merito alla insufficiente quantità di personale, ma non ci sottrae invece al problema qualitativo, che è veramente serio, come vedremo presto;

3) ineguale distribuzione regionale del personale ausiliario: la media nazionale è di 69 persone per 100 posti-letto, con punte di 94 per la Valle D'Aosta, medie aggirantisi sul 70 per cento ed oltre per le regioni settentrionali, e cadute sino al 52 per cento, caratteristiche del Molise e della Sicilia;

4) finalmente, difetto di quadri di più elevata qualificazione (come gli infermieri professionali) rispetto a quadri a meno elevata qualificazione (infermieri generici, ausiliari, portantini, eccetera).

Su 100 infermieri, in Italia si contano 68 generici, mentre in tutti gli altri paesi della Comunità europea la tendenza è rovesciata: ad esempio, in Germania 25 generici su 100, in Gran Bretagna 50 su 100 ed anche negli Stati Uniti vi sono 45 generici su 100.

Quali i rimedi? Il primo, il più immediato ed apparentemente il più semplice, è quello della « qualificazione » di un idoneo numero di infermieri generici ai livelli superiori. È stato stimato che, se si volesse raggiungere in Italia un rapporto generici-professionali simile a quello della Gran Breta-

gna, lasciando invariato il numero totale degli infermieri, occorrerebbe riqualificare 40.000 generici: programma indubbiamente poderoso che pur le regioni dovranno affrontare, e che dichiarano di voler affrontare con serietà. E questo sarà veramente un banco di prova della serietà dei propositi delle regioni e del nostro paese, cui la stessa Comunità europea ci invita fornendoci anche aiuti economici per la realizzazione dell'obiettivo.

In alternativa, c'è l'immissione di leve fresche, ad elevato livello scolastico e con programmi di professionalizzazione aggiornati: è, indubbiamente, l'ipotesi tecnicamente preferibile, ma più lenta e difficile a realizzare, anche perchè la tendenza spontanea attuale che la società italiana manifesta è la relativa costanza, a livelli non certamente elevati, delle iscrizioni scolastiche alle scuole professionali di questo settore.

Questo fenomeno è attribuito non tanto alla pesantezza del *curriculum* formativo che, soprattutto per il tirocinio pratico, sarebbe molto impegnativo se condotto in aderenza alle norme CEE, ma al carattere tuttora « subalterno » che riveste la professione infermieristica nella considerazione del pubblico e della mentalità giovanile. Eppure, con uno sforzo di adeguata presentazione ai giovani di questa professione, lo sbocco professionale che potrebbe loro essere offerto non è del tutto trascurabile, soprattutto per una conquistata maggiore dignità professionale. In particolare, vi è necessità di formare quadri operanti nel territorio, al di fuori cioè dell'ospedale, che abbisognano anche di una speciale apertura alle problematiche che presenta l'assistenza domiciliare.

Queste considerazioni portano a concludere che occorre predisporre con urgenza un programma didattico adeguato alla particolare esigenza di formazione degli appartenenti alle professioni sanitarie ausiliarie.

Vorrei ora accennare alle iniziative legislative che potrebbero prendersi nel settore, non senza aver rilevato che le regioni hanno presentato anche al Parlamento questa esigenza, con il disegno di legge n. 1364: « Norme provvisorie sulla formazione del personale dei servizi sanitari ».

Nel considerare le ipotesi legislative, si deve tener conto non solamente della situazione esistente innanzi descritta, ma di altri aspetti, lamentati da più parti, e cioè: 1) la perdita di identità della categoria degli infermieri, frazionata in una molteplicità di figure professionali non sempre rispondenti alle nuove esigenze dei servizi; 2) l'incertezza giuridica relativa alle competenze in materia di formazione scolastica fra Ministeri della pubblica istruzione e della sanità e regioni.

Per quanto riguarda il primo problema, non vi è dubbio che in molti servizi a regime, di fatto occorrono figure professionali specializzate, dunque differenziate. Ma è anche vero che il processo di differenziazione deve avvenire solo dopo aver raggiunto una sufficiente formazione di base: altrimenti la differenziazione non è più specializzazione, ma una scorciatoia verso una professionalità settoriale ed incompleta che, a sua volta, tende a perpetuare l'accennata perdita della identità della professione infermieristica.

La tendenza a conferire alla preparazione comune contenuti allo stesso tempo più approfonditi e più vasti risponde, fra l'altro, alle norme sulla formazione professionale della Comunità europea: stabilendo come necessario il requisito di una scolarità non inferiore a 10 anni per l'accesso alle scuole, ed un corso di 3 anni pieni, vengono valorizzati ovviamente livelli più elevati di cultura generale, che consentono a tutti una maggiore comprensione di ogni aspetto del funzionamento articolato dei servizi sociosanitari e dei bisogni della popolazione e soprattutto consentono una posizione più critica, più consapevole della propria azione, rispetto al ripetersi « subalterno » di gesti o di incombenze — pur in settori estremamente differenziati — per mancanza di sufficienti basi culturali comuni. In definitiva, la specializzazione deve esserci ma va conseguita partendo da una più ampia ed elevata base comune sulla quale si deve modellare il sistema di formazione.

Per quanto riguarda il secondo problema, cioè quello delle competenze in materia di formazione scolastica a livello di professioni sanitarie ausiliarie, è necessario ricor-

dare l'esistenza di una vivace e non risolta polemica in merito all'esatta delimitazione dei compiti dello Stato e dei compiti delle regioni in materia. Le regioni lamentano le minuziose regolamentazioni dei programmi scolastici per alcune figure professionali, la carente definizione invece per altre; lamentano la dispersione dell'insegnamento in varie strutture scolastiche (ospedali, università, istituti statali scolastici od istituti privati abilitati), talvolta mal controllate nel rispetto dei criteri di erogazione della didattica. Accusano lo Stato, gli organismi ministeriali in particolare, di non essere sensibili ad una profonda revisione in materia, e di mostrare scarsa volontà politica al trasferimento reale delle competenze alle regioni.

Le categorie interessate, pur avendo abbandonato parte delle posizioni massimaliste residue della contestazione del 1968, lamentano la disomogeneità culturale della formazione scolastica di base, oggi esistente, ed il fatto che il compimento degli studi infermieristici, pur avvenendo dopo un *iter* scolastico di 13 anni (equivalente al corso per il conseguimento del diploma di scuola media superiore del sistema scolastico statale), sfocia in un diploma che non è riconosciuto quale diploma di scuola media superiore e non dà luogo, pertanto, alla possibilità di accesso agli studi superiori. Avvertono, inoltre, il pericolo di una regolamentazione difforme quale deriverebbe se tutti i poteri di programmazione dei profili professionali e del *curriculum* degli studi passassero alle regioni, senza una preventiva o contestuale norma-quadro unitaria, di riferimento.

A sua volta lo Stato non può abdicare ai suoi doveri di controllo generale sull'istruzione di ogni ordine e grado, cui del resto anche la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale lo chiama, ma soprattutto non può consentire che una scuola regionale unicamente « professionalizzante », priva cioè di programmi di adeguato acculturamento generale, possa dar luogo al conseguimento di quel diploma di Stato di scuola secondaria superiore per il quale è necessario un ben diverso ed impegnativo *curriculum* scolastico.

Tuttavia, organi ministeriali, opinione pubblica interessata al settore e forze politiche convengono, con le regioni, che una soluzione organica di questi problemi può venire solo nel quadro delle riforme della scuola secondaria superiore, dell'università e della sanità, mediante le quali sarà possibile definire una volta per tutte il rapporto fra Stato e regioni relativamente alla programmazione e gestione della formazione scolastica generale, di quella professionale e, correlativamente, dei servizi sanitari.

La recente approvazione, da parte della Camera dei deputati, del provvedimento governativo inerente alla riforma della scuola secondaria superiore, che presto anche il Senato dovrà discutere, e quanto verrà stabilito con l'approvazione della legge che stiamo esaminando potranno avviare a soluzione il problema.

L'aver individuato nell'area matematica, fisica, tecnologica e naturalistica il particolare indirizzo biologico-sanitario consentirebbe, in linea di principio, di poter conseguire e la maturità di scuola secondaria superiore e l'acculturamento biologico-sanitario relativo alla formazione di base dell'infermiere professionale, ad esempio; rimane però da stabilire come potrà, in concreto, conseguirsi contemporaneamente, nello stesso periodo di tempo (3°, 4°, 5° anno della scuola secondaria superiore) quella professionalizzazione che richiede la frequenza reale per 1850 ore complessive dell'allievo presso le strutture sanitarie territoriali, la cui gestione è, fra l'altro, definitivamente attribuita alle regioni.

È questo un nodo molto importante da sciogliere, ma nel caso che non venisse trovata una soluzione tecnicamente adeguata, è ben poco probabile che si uscirebbe dal modulo attuale. L'istruzione professionale infermieristica rimarrebbe nella competenza regionale; quella formativa scolastica nella competenza dello Stato (ma senza sbocco professionale immediato). I primi avrebbero professionalità ma non l'accesso all'università; gli altri accederebbero all'istruzione superiore, ma non potrebbero esercitare alcuna funzione professionale prima del conseguimento di un titolo universitario.

Veniamo a trattare, ora, del terzo problema: quello della formazione del laureato e dello specialista.

Da molti anni si sono levate voci per sostenere che occorre preparare un personale laureato e specialista più adeguato alle finalità della riforma sanitaria. Questo è verissimo, e lo condivido pienamente nella misura in cui, però, si abbia il coraggio di percorrere sino in fondo la strada che si preannuncia come l'unica percorribile: la programmazione del numero. Il nostro paese soffre, si può dire da sempre, di un relativo eccesso di laureati medici, ma, oggi, il fenomeno si è fatto assolutamente preoccupante per la sua dimensione: un medico ogni 380 abitanti nel 1977 e la previsione di un medico ogni 215 abitanti nel 1985, se il tasso delle immatricolazioni e delle lauree rimarrà costante nei prossimi anni. Peraltro, si nota una disomogenea distribuzione dei medici sul territorio nazionale, con atipiche concentrazioni (anche rapportate agli abitanti) nelle grandi metropoli.

C'è da chiedersi se un numero così elevato di medici sia un fattore positivo per la protezione della salute. Tutti i responsabili dei sistemi sanitari e gli studiosi teorici dell'argomento lo negano, riconoscendo che la pletora medica determina tre fenomeni: 1) riduce la qualità delle prestazioni erogate (a causa della generale minore accuratezza nella preparazione professionale del singolo); 2) eleva il tasso degli episodi di concorrenzialità scorretta con decadenza della deontologia professionale; 3) fa lievitare a tassi incontenibili la spesa sanitaria: è noto come quello sanitario sia un sistema economico per molti aspetti atipico, perchè l'erogatore del servizio (cioè il medico) diviene egli stesso fonte di richiesta del servizio.

Gravi preoccupazioni vengono motivate anche in campo europeo, ove pressochè dovunque esiste un criterio di contenimento della tendenza alla laurea in medicina mediante l'introduzione di criteri selettivi, prima dell'ingresso agli studi medici od al termine del primo anno di studio. Infatti, la possibilità che si offre allo studente straniero non risultato idoneo agli studi medici nel proprio paese di laurearsi facilmente in Italia e di ritornare poi in patria grazie al principio della libera circolazione dei laureati accolto dal Trattato di Roma della Comunità europea, divenuto ormai operante, vanifica ogni programmazione dei servizi sanitari nazionali degli altri paesi.

Anche sotto il profilo di una solidarietà europea, tanto invocata quando il nostro paese si trova nella dura necessità di richiedere considerazione ed aiuto in termini economici, si dovrebbe fra noi sentire l'esigenza di superare remore ed ostacoli e di introdurre, con il necessario coraggio, la programmazione del numero degli studenti in medicina, eventualmente in un progetto più ampio che faciliti la distribuzione degli aspiranti in settori sotto-occupati o suscettibili di espansione, quali i diplomi universitari di primo livello per tecnici sanitari di elevata qualificazione, e fra questi i diplomi di ostetrica, di tecnico della riabilitazione ad indirizzo differenziato (fisioterapia, ortottica, logopedia, terapia occupazionale), di tecnico dell'organizzazione territoriale e di statistica sanitaria. Di queste ultime figure professionali c'è grande bisogno, per l'attivazione di servizi territoriali delle unità sanitarie locali, fra l'altro previsti dalla stessa legge di istituzione del servizio sanitario nazionale (vedi articolo 58).

Ma un altro problema si presenta con estrema urgenza: quello di un diverso indirizzo nella formazione del medico di base. È vero che le facoltà di medicina debbono erogare informazioni secondo metodologie didattiche capaci di stimolare la formazione di una mentalità critica dello studente e la sua apertura ai grandi problemi della ricerca biomedica, ma è anche vero che, nell'ottica della professionalizzazione, occorre formare nel medico la coscienza del carattere comunitario della sua azione, della sua grande responsabilità nei confronti della psicologia del paziente e dei suoi bisogni di comprensione ed aiuto. Ciò vale, ovviamente, per tutto il personale sanitario (anche per il cosiddetto paramedico), ma è certo che nella figura del medico di famiglia, e medico della comunità, occorre anche da noi riconquistare questa dimensione e preparazione

che il sistema scolastico attuale ha cessato di fornire.

Nè è da trascurarsi il fatto che il più efficace metodo atto ad invertire la tendenza esasperata alla ospedalizzazione ed a diminuire la spesa sanitaria inerente è proprio costituito, secondo l'esperienza maturata in altri paesi, dalla costituzione di una forte e preparata « medicina comunitaria », ambulatoriale e domiciliare. Non c'è dubbio che questa tendenza la vediamo privilegiata, almeno nella enunciazione, anche nel disegno di legge che stiamo discutendo: ci permettiamo allora di sollecitare quei provvedimenti applicativi che da questa legge-quadro prenderanno le mosse, per realizzarne la attuazione.

Così come ci sentiamo di invocare, rapidamente, la istituzione di un corso di laurea differenziato in odontostomatologia. Come è noto, il sistema formativo del dentista in Italia è profondamente diverso rispetto a quello adottato dalla gran parte dei paesi comunitari europei, fondandosi ancora su un *curriculum* di studi comuni a quello formativo del medico chirurgo, seguito poi da una specializzazione della durata di 3 anni, Tuttavia, l'esercizio della odontoiatria può essere assicurato, in Italia, dal dottore in medicina e chirurgia senza altra obbligatorietà. Invece, negli altri paesi comunitari, è fatto obbligo per l'esercizio professionale del conseguimento di un dottorato universitario pertinente conseguito presso scuole odontostomatologiche delle facoltà mediche, o collegate comunque alla facoltà stessa anche se amministrativamente autonome, che laureano dentisti secondo un *curriculum* della durata di 5 anni e complessivo di 5.800 ore.

La libera circolazione dei laureati, già operante nella Comunità europea, porrà l'Italia in grave disagio se il nostro modello formativo del dentista, molto più lungo e ricco di contenuti teorici non necessari, non verrà adeguato a quello europeo. Poichè è prevista, per l'adeguato sviluppo dei servizi odontostomatologici, una forza-lavoro di almeno 15.000 nuove unità, è possibile che da altri paesi possa verificarsi una seria immigrazione di odontoiatri, non appena scadrà, fra 6 anni esatti, la proroga che l'Italia ha recentissimamente ottenuto per l'inizio della libera circolazione dei laureati in questo settore. Ricordiamo: il corso è di 5 anni! Abbiamo tempo ristrettissimo per adeguare la normativa!

Finalmente qualche parola per i programmi di specializzazione e di educazione permanente, questi ultimi espressamente indicati nel disegno di legge che discutiamo. L'esigenza di una profonda riforma delle scuole attuali di specializzazione è profondamente sentita. Sotto la pressione dell'aumento dei laureati, da un lato, e della tendenza spontanea verificatasi in tutti i paesi ad una sempre più spinta specializzazione settoriale della medicina, si è prodotta anche in Italia una maggiore offerta di specializzazione, il numero delle scuole essendo passato da 402 del 1965-66 a 706 del 1974-75, con un numero di diplomati aumentato da 4.668 a 6.341 per anno e di iscritti passato da 12.485 a 28.470. Tuttavia questo processo di adeguamento ha visto una tendenza eccessiva al frazionamento dei titoli specialistici erogati dalle scuole che non ha riscontro negli altri paesi comunitari, ma soprattutto ha trascurato molto di frequente un sostanziale controllo di qualità dell'insegnamento così come dell'apprendimento, lasciando alla direzione della scuola sostanzialmente ogni criterio di regolamentare accesso, frequenza, modalità didattica e verifica dell'apprendimento che per le specializzazioni è fortemente professionale, e cioè in larga misura pratico. Occorre, nell'ambito della prevista riforma, assicurarsi la più ampia partecipazione della componente didattica ospedaliera, nell'ambito di convenzioni fra università e regioni disciplinanti modalità di integrazione fra quei momenti formativi culturali spettanti all'università e quelli professionalizzanti, riservati alle strutture del servizio sanitario nazionale. L'aver introdotto nel testo del disegno di legge numero 642 (« Provvedimento di transizione del personale universitario ») il dispositivo dell'estensione della figura del professore a contratto anche nell'ambito delle convenzioni costituisce la base legislativa per poter operare in questo senso, così come rappresenta la base per articolare le convenzioni fra università e regione l'articolo 39 del pre-

sente disegno di legge che appare opportuno, ispirato all'ottica del rispetto delle rispettive competenze istituzionali, garantista delle rispettive autonomie, l'universitaria e la regionale, che vengono a contatto, ma altresì proponente una collaborazione vincolante, che non potrà non trovare consensi e proficui risultati nell'interesse della comunità, se correttamente gestita.

Pochi rilievi sul problema dell'educazione permanente, non certamente perchè il problema sia di poco conto, ma proprio per il motivo opposto: la estrema complessità dell'attuazione di un dispositivo che dovrebbe riguardare personale delle professioni ausiliarie, tecnici diplomati, medici specialisti.

Al di là delle enunciazioni proclamative del disegno di legge che certamente tutti condividiamo come individuazione di una esigenza, sta la difficoltà ed il costo reale di una operazione su larga scala, che preveda risultati tangibili. L'esigenza esiste ed è tanto più forte quanto più bassi sono i livelli formativi iniziali degli operatori sanitari (ai quali fenomeni di costume più che leggi malfatte ci hanno condotto) e quanto più carente è il desiderio soggettivo del « bisogno di sapere », di acculturamento progressivo, di perenne progresso nella propria formazione che pure la scuola avrebbe dovuto dare agli operatori sanitari, laureati o non, di tutti i livelli.

Ma l'esperienza ci insegna che, senza questo motore interiore, non sono i vincoli della legge, nè gli incentivi di carriera, nè il gettone di presenza che rimuovono il sentimento dell'autosufficienza, la pigrizia mentale, ed anche le difficoltà pratiche inerenti alla frequenza ai corsi, od in generale alle occasioni didattiche e formative in cui si debbano concretare le iniziative di educazione permanente.

Come ripeto, il problema è immane: se calcoliamo generalmente in circa 250.000 il corpo sanitario ausiliario ed in una cifra analoga quella del corpo sanitario laureato necessario al servizio sanitario nazionale, e riteniamo che si debba prevedere una occasione seria di aggiornamento almeno una volta su 5 anni, bisogna prevedere non solo la didattica, ma anche le sostituzioni nel servizio per 50.000 infermieri e 50.000 medici per anno; ed un piano di distribuzione degli affidamenti in servizi di alta qualificazione, ciò che offre evidenti complessità. Difficoltà analoghe sono state incontrate e nemmeno completamente risolte in paesi, come Regno Unito e Svezia, ove i sistemi sanitari hanno molti anni di esperienza alle spalle e sono state affrontate mediante una rigorosa programmazione, cui partecipano organi ministeriali della sanità, le università, gli ospedali e le associazioni professionali.

Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, è giunto il momento di tirare le conclusioni: e queste appaiono evidenti. Il miglioramento dei criteri di formazione del personale è una delle esigenze che il paese dovrà affrontare se vorrà che l'istituzione del servizio sanitario nazionale corrisponda ad un miglioramento della qualità di prestazioni rispetto allo *standard* attuale.

Occorrono una serie di provvedimenti legislativi, e fra questi vedo con assoluta indilazionabilità e precedenza una normativa-quadro per la formazione del personale sanitario non laureato ed una legge di riforma degli studi medici universitari.

Approvare la legge che stiamo discutendo oggi sarebbe un « non senso » se non si facesse anche il passo successivo in questa direzione. Ma oltre alle leggi, occorre veramente riformare lo spirito con il quale il cittadino da un lato e l'operatore sanitario dell'altro debbono porsi di fronte al problema della gestione di quei pubblici servizi che, patrimonio di tutti, sono stati creati con i sacrifici di tutti.

In questo senso, « educazione sanitaria » e « formazione del personale », solennemente indicati fra gli obiettivi di questo disegno di legge all'articolo 2, sono termini non scindibili dello stesso problema.

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, signor Ministro, onorevoli colleghi, con la discussione di questo disegno di legge per la riforma sanitaria ci avviamo finalmente verso la conclusione di un lungo dibattito che si è svolto

attraverso tanti anni con la partecipazione delle forze politiche e sociali. Noi tutti ricordiamo le fasi attraverso le quali è passata la discussione per la ristrutturazione dei servizi sanitari e per un nuovo modo di porre il cittadino di fronte al diritto all'assistenza sanitaria. Tutti ricordiamo che proprio quando sembrava che si fosse giunti alla conclusione, con l'approvazione del progetto di legge presentato dal Ministro della sanità dell'epoca, onorevole Vittorino Colombo, ci fu lo scioglimento delle Camere che rese impossibile l'approvazione di quel progetto di legge che sembrava allora vicino alla conclusione.

Noi repubblicani siamo stati sempre pienamente convinti della esigenza della riforma del sistema sanitario nel nostro paese e nella coscienza di tale convincimento abbiamo partecipato con il nostro impegno a tutte le fasi della discussione, perchè la riforma potesse diventare realtà. Di tale necessità oggi siamo convinti più che mai.

Certo gli impegni legislativi assunti in epoche successive e le scadenze che tali impegni hanno comportato e comportano hanno creato uno stato di necessità di fronte a queste disposizioni legislative. La legge 386 dell'agosto 1974, con il commissariamento degli enti mutualistici e con il passaggio delle competenze nell'assistenza ospedaliera alle regioni, ha posto una condizione di necessità per la riforma sanitaria. Tale condizione è stata ribadita con la legge n. 349 del 1977 che in un certo senso disciplinava il lavoro degli operatori sanitari e con il decreto n. 616 del 1977 che prevedeva il trasferimento alle regioni ed ai comuni di attribuzioni in materia sanitaria. Infine la n. 180, con la ristrutturazione dei servizi di assistenza psichiatrica, e la legge sul *ticket* e sulla regolamentazione della propaganda hanno posto l'esigenza della riforma sanitaria come inderogabile.

In sede di discussione e di approvazione di tutte queste disposizioni legislative noi abbiamo sempre ritenuto di operare nella prospettiva di una riforma sanitaria sforzandoci di collocare le innovazione legislative nella logica della riforma del sistema. L'amico senatore Merzario, uno dei due relatori di questa legge (e voglio approfittare per riconoscere ai due relatori lo sforzo che hanno fatto per portare avanti la conclusione di questa legge), e tutti gli altri senatori con i quali abbiamo lavorato insieme per tre legislature in Commissione sanità ricordano che siamo stati sempre protesi verso l'obiettivo della riforma e rammentano che ogni nostra decisione era indirizzata verso la prospettiva della riforma del sistema. Queste leggi sono state tutte fatte nella visione di una riforma.

Ma dobbiamo dire che, più che gli impegni legislativi già assunti, i motivi che spingono noi repubblicani, e credo anche le altre forze politiche, per una scelta sollecita di legge-quadro di riforma sanitaria riguardano essenzialmente il superamento della mutualità.

Gli enti mutualistici hanno assolto nel nostro paese ad un impegno certamente meritorio; ed io a nome della mia parte politica voglio in quest'Aula, mentre ci accingiamo a sancire la fine del sistema mutualistico, esprimere il riconoscimento del paese, per lo meno della nostra parte politica, a tutti quelli che hanno operato per tanti anni nel sistema mutualistico con grande impegno sociale. Ed un riconoscimento particolare va ai medici che nel sistema mutualistico hanno operato per la trasformazione della vecchia società. Oggi il sistema mutualistico che prevedeva l'assistenza al cittadino solamente nella sua posizione di soggetto assicurato è ampiamente superato dalla presa di coscienza di un diverso diritto, un diritto che proviene dalla Costituzione, quella Costituzione che ci prescrive la garanzia dell'assistenza sanitaria per tutti i cittadini in condizioni di uguaglianza. Nella piena accettazione di questi princìpi noi acccettiamo e vogliamo una legge di riforma sanitaria, ma vogliamo una legge che renda pienamente operanti i princìpi ai quali essa si ispira in modo che non si possa creare — è questo il fatto importante — una condizione per cui a livello di opinione pubblica si possa o si debba avere il rimpianto dell'assistenza mutualistica.

Noi accettiamo i princìpi innovatori dell'assistenza sanitaria prestata, oltre che per curare, per prevenire e per riabilitare. Con

questa legge ci si propone di superare il principio, accettato da sempre, di dover curare la malattia per restituire il soggetto alla primitiva condizione di salute, e l'assistenza viene indirizzata verso la prevenzione mentre viene accettata la necessità della riabilitazione. La prevenzione è certamente un fattore essenziale per la tutela della salute del cittadino perchè persegue l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, la malattia e non soltanto la malattia individuale ma in modo particolare la malattia sociale. In questa legge il momento preventivo assume una importanza rilevante e costituisce pertanto un fattore di notevole qualificazione che noi repubblicani accettiamo pienamente. Ma è importante, e forse in misura ugualmente rilevante, la riabilitazione con la quale si deve operare per poter restituire il soggetto alla società in condizioni di autosufficienza per un reinserimento attivo.

Per questa impostazione di fondo noi accettiamo la logica di questo disegno di legge ma ci poniamo in posizione critica nei confronti di alcuni princìpi che sono nella legge e che noi non accettiamo e non condividiamo. La nostra posizione critica si pone in primo luogo nei confronti della spesa pubblica. Io voglio innazi tutto dichiarare che noi repubblicani respingiamo in modo categorico tutte le interpretazioni espresse in sede politica e sociale, e a volte anche con un pizzico di malevolenza, con le quali si è voluta valutare la nostra posizione politica nei confronti della riforma sanitaria. Noi non siamo contrari alla riforma per motivi economistici, noi siamo contrari a certi princìpi che se trovano attuazione hanno un costo non compatibile con il nostro reddito nazionale e che se non trovano attuazione per mancanza di finanziamenti certamente creeranno a livello di opinione pubblica una condizione di disillusione perchè la disillusione sorge quando non si mantengono le promesse che noi facciamo, e noi in questa legge di riforma facciamo tante promesse!

Sappiamo bene che l'assistenza sanitaria in un paese civile ha un costo e siamo pienamente favorevoli perchè questa spesa venga erogata. Riteniamo anche, però, che sia necessario che la spesa sia mantenuta nei limiti delle compatibilità. Si tratta di un'esigenza che dobbiamo rispettare se vogliamo evitare squilibri ed inadempienze in rapporto agli obiettivi che tutti diciamo di voler perseguire: gli obiettivi di operare per ulteriori investimenti e per un rilancio produttivo allo scopo di difendere l'occupazione e di andare incontro al grave problema della disoccupazione giovanile.

L'occupazione dei giovani e gli interventi nel Mezzogiorno sono possibili — questo ce lo dobbiamo sempre ripetere e dobbiamo essere coerenti con noi stessi — solo se noi inseriamo i provvedimenti legislativi, anche quelli di riforma, in un quadro globale di rispetto delle compatibilità. Non si può continuare a parlare del povero Mezzogiorno, non si può continuare a parlare dell'occupazione giovanile e poi fare delle leggi senza vedere quanto costano e su chi incidono, su chi le paga.

Oggi abbiamo raggiunto nel nostro paese un livello della spesa sanitaria che, come ci dicevano i relatori, è il più alto dei paesi europei industrializzati con una percentuale attorno al 7 per cento del prodotto interno lordo in rapporto alla percentuale del 5,6 per cento raggiunta negli altri paesi europei.

Noi repubblicani non veniamo a chiedere in questa sede una limitazione delle prestazioni e quindi dell'assistenza sanitaria per ridurre il tasso della spesa; non la chiediamo anche perchè sappiamo bene che la nostra situazione sul territorio è diversa da quella degli altri paesi europei industrializzati e perchè siamo pienamente consapevoli che, non essendovi a livello di opinione pubblica — questo è il fatto importante! — una coscienza acquisita con l'educazione sanitaria, non è facile portare la richiesta di assistenza a livelli inferiori in termini brevi. Ma proprio perchè esiste questa condizione siamo preoccupati per certe fughe in avanti che potrebbero portare ad una lievitazione della spesa oltre i limiti consentiti da una compatibilità generale, una compatibilità che tenga conto di tutte le esigenze e di tutte le necessità di questo nostro paese nel quale tanti sono i problemi che esigono un impegno di spesa.

La tutela della salute degli anziani per evitare condizioni di emarginazione costituisce certamente un obiettivo che una società civile si deve proporre per una giusta protezione delle condizioni di vita degli anziani; siamo pienamente convinti del beneficio che può trarre un soggetto in età avanzata dal conforto di un'assistenza sociale adeguata ed efficiente. I paesi di civiltà più avanzata si sono già mossi verso questi traguardi ed è giusto che anche noi ci muoviamo per raggiungere questi obiettivi; ma nel nostro paese oggi, nel nostro paese che ha una densità demografica notevole, l'assistenza contro la emarginazione avrebbe un costo certamente non compatibile con le nostre possibilità economiche. È questa la nostra preoccupazione.

Alle nostre osservazioni si risponde che la tutela degli anziani contro la condizione di emarginazione è solamente un obiettivo che il servizio sanitario nazionale si propone, è un obiettivo che può diventare operante solamente se viene recepito dal piano nazionale che poi deve essere approvato dal Parlamento, e se il Parlamento non lo approva — si dice — non vi è un aumento della spesa pubblica sul piano sanitario.

Sta di fatto, però, che noi proponiamo un obiettivo che crea una condizione di aspettativa da parte di chi ne può beneficiare e se è vero che deve essere il Parlamento a decidere, è anche vero che noi operiamo in un paese nel quale le spinte delle forze politiche e sociali sul Parlamento diventano estremamente pesanti quando si tratta di rendere operanti certi princìpi e certi obiettivi di interesse sociale e di interesse corporativo. Ricordiamoci di quello che sta succedendo oggi per il decreto sull'università con le spinte da parte del precariato!

E se il Parlamento dovesse accettare l'attuazione di un tale obiettivo, la spesa sanitaria lieviterebbe certamente oltre il 7 per cento del reddito nazionale lordo, che già costituisce un limite massimo per i paesi industrializzati europei.

Le stesse osservazioni sono valide per l'assistenza infermieristica domiciliare, generica e specialistica.

Se questo obiettivo dovesse diventare realtà con l'approvazione del piano triennale, nel nostro paese che ha una configurazione territoriale particolare comporterebbe un impegno di spesa valutabile in centinaia di miliardi all'anno; secondo i nostri calcoli sarebbero oltre mille miliardi l'anno. Certo, anche l'assistenza infermieristica domiciliare è un obiettivo qualificante da perseguire e che, per essere operante, deve avere l'approvazione del Parlamento con il piano sanitario nazionale. Ma per le richieste che tutti faranno per beneficiare di una integrazione domiciliare di assistenza e per i risvolti occupazionali (questo è un fatto importante che una tale norma comporta) le spinte saranno gravose e non credo che il Parlamento potrà decidere nel merito se approvare o meno l'assistenza infermieristica domiciliare procedendo ad una obiettiva e serena valutazione delle compatibilità, quando in piazza Montecitorio e di fronte a palazzo Madama ci saranno migliaia di persone a premere, o quando ci saranno le organizzazioni sindacali nelle nostre anticamere.

Certo l'assistenza infermieristica domiciliare costituisse un momento integrativo nenecessario dell'assistenza sanitaria, ma per renderla operante nel nostro paese sarà nenecessario il ricorso ad un numero notevole di infermieri, certamente oltre 50 mila unità, e si tratta di una spesa a nostro giudizio non sopportabile.

Infine, nella prospettiva di un contenimento della spesa per l'attuazione della riforma sanitaria abbiamo proposto una diversa dimensione dell'unità sanitaria locale, con un ambito territoriale delimitato in base a gruppi di popolazioni compresi tra 100 mila e 250 mila abitanti. Si avrebbe così un numero più esiguo di unità sanitarie locali, con vantaggio anche per quanto attiene alla organizzazione dei servizi; si eviterebbero organizzazioni di servizi e strutture inutili e il cittadino potrebbe certo fruire di prestazioni migliori. Per contenere la spesa sanitaria entro i limiti della compatibilità, ci siamo espressi contro l'istituzione dell'ispettorato del lavoro presso ogni unità sanitaria locale. Anche per questa questione, dobbiamo tenere presente che operiamo in questo paese, non in altro, e quando avremo posto questa dispo-

sizione, ogni unità sanitaria locale provvederà subito all'istituzione di un ufficio di ispettorato del lavoro, un ufficio con almeno due ispettori, con due autisti, con quattro-dieci impiegati; secondo noi cioè ci sarà bisogno di utilizzare circa diecimila dipendenti.

La nostra preoccupazione riguarda anche la posizione del medico del servizio sanitario nazionale, così come risulta configurata nella logica di questo disegno di legge. Siamo per il potenziamento delle strutture pubbliche, in modo da offrire ai cittadini in tutto il paese le stesse prestazioni su di un piano di perfetta eguaglianza, ma siamo anche convinti che quando il medico diventa impiegato sono gli assistiti che ne hanno svantaggio; siamo altrettanto convinti che quando un cittadino non ha libertà di scegliere il proprio medico e il luogo di cura presso cui farsi curare, viene a cadere la possibilità del rapporto di fiducia tra medico e ammalato, che a nostro giudizio è da ritenere elemento essenziale per una buona assistenza sanitaria. Con le limitazioni alla libertà di scelta del medico e del luogo di cura inizia il processo di burocratizzazione del sistema, che alla fine danneggerà solo i meno abbienti; questo lo dovete ricordare, onorevoli colleghi, perchè per i ricchi ci saranno sempre, in una società pluralistica, le case di cura private.

Per queste motivazioni noi chiediamo che il cittadino abbia sempre la possibilità della libera scelta del medico convenzionato e che si possa provvedere all'assistenza sanitaria con medici dipendenti solo quando non vi è disponibilità di medici convenzionati. E per queste motivazioni noi chiediamo che sia sempre garantita al cittadino la libera scelta del ricovero presso tutti gli ospedali e case di cura convenzionati operanti nell'ambito dell'intero territorio nazionale.

Per queste stesse motivazioni, per garantire la professionalità, chiediamo che la libera attività professionale del medico non debba essere limitata da leggi regionali che debbano stabilire le modalità e i limiti della libera professione sancita come diritto dalla legge, perchè oltre tutto questo, se lo poniamo, sarà un limite contro la Costituzione, perchè porremo lo stesso soggetto, con lo stesso diritto, in condizioni diverse nelle varie regioni, poichè certo le regioni decideranno in modo differente.

Nella discussione alla Camera e nel corso dell'esame del disegno di legge in Commissione al Senato, noi repubblicani abbiamo proposto le nostre osservazioni in merito all'organizzazione dell'unità sanitaria locale, facendo in modo particolare rilevare che l'ufficio di direzione, così come risultava configurato nel testo trasmesso dalla Camera, non costituiva un centro di responsabilità e oltre tutto poteva essere oggetto della lottizzazione degli incarichi tra i partiti (e sappiamo tutti quanto le lottizzazioni siano respinte dall'opinione pubblica).

L'articolo 15 è stato modificato (ne prendo atto con soddisfazione) con una migliore definizione dei compiti e con una diversa distribuzione degli incarichi. Accettiamo il principio della partecipazione e quindi la responsabilizzazione a livello di dirigenza politico-amministrativa dell'assemblea, espressione dei consigli comunali, ma insistiamo per una diversa responsabilizzazione del medico a livello tecnico-professionale, per una migliore organizzazione dei servizi sanitari e per migliori prestazioni per i cittadini. A nostro giudizio, in fase di formulazione dell'organizzazione dei servizi dell'unità sanitaria locale si sarebbe dovuto procedere ad una più attenta valutazione dei motivi di fondo che hanno creato tante disfunzioni nel sistema mutualistico.

Il direttore dell'ente mutualistico è stato sempre un amministrativo con alle dipendenze il medico e l'intera organizzazione sanitaria; il direttore amministrativo ha operato con una logica che certamente non era sanitaria, per cui i medici inseriti nel sistema hanno finito per perdere progressivamente il carattere della professionalità, arrivando di fatto ad una burocratizzazione che ha creato le disfunzioni di cui tutti abbiamo conoscenza.

Ebbene, noi dobbiamo evitare di riproporre condizioni perchè si verifichino gli stessi inconvenienti; dobbiamo fare una legge capace di garantire la professionalità del medico e di evitare contestualmente la burocratizzazione dei servizi sanitari: è per queste motivazioni che proponiamo che a capo dell'uni-

tà sanitaria locale vi sia un medico, che organizzi i servizi con una mentalità sanitaria.

Infine, vogliamo manifestare le nostre preoccupazioni per l'utilizzazione del personale dipendente dagli enti mutualistici. Non abbiamo potuto conoscere con esattezza quanti sono i dipendenti degli enti disciolti, anche se bisogna dar credito ad una cifra che supera le 50 mila unità; sappiamo però che tutti i dipendenti degli enti mutualistici vogliono rimanere in servizio nelle località nelle quali attualmente prestano servizio alle dipendenze degli enti mutualistici e tutti vogliono essere assorbiti dal servizio sanitario nazionale, nella prospettiva di diventare impiegati regionali e di avere in conseguenza uno stipendio maggiorato. Questo è il senso di tutti gli emendamenti che sono stati proposti all'articolo 67 (il nostro emendamento è diverso). Se questa aspirazione fosse accolta — e purtroppo abbiamo motivo di ritenere che sarà difficile in questa nostra realtà italiana resistere alle pressioni sindacali — questi dipendenti, per giustificare di fronte alla società e di fronte a se stessi la motivazione di uno stipendio, si porrebbero come un diaframma tra il cittadino e il servizio sanitario nazionale. Questo personale costituisce il pericolo della burocratizzazione del sistema: è un'esperienza che purtroppo hanno fatto i paesi che sono arrivati prima di noi ad un servizio sanitario nazionale e che sta subendo in questi ultimi anni l'Inghilterra che ha burocratizzato il suo sistema fino al punto che non funziona più.

Noi repubblicani proponiamo che siano assorbiti nel servizio sanitario nazionale solamente quegli impiegati che sono assolutamente indispensabili e che si provveda per gli altri per una riqualificazione e per l'utilizzazione alle dipendenze del Ministero delle finanze che ha tanto bisogno di impiegati per la lotta all'evasione fiscale.

VOCE DAL CENTRO. E per far pagare le tasse ai medici.

PINTO. Tutti parliamo di lotta all'evasione: forniamo gli strumenti per tale lotta e comunque evitiamo la burocratizzazione del sistema sanitario! Lo so, si tratta di un emendamento che forse non incontra favore tra il pubblico, ma lo proponiamo nell'interesse del paese.

Onorevoli colleghi, noi repubblicani abbiamo fiducia che l'Assemblea vorrà accogliere le nostre proposte di modifica per rendere meglio operante il servizio sanitario nazionale al servizio dei cittadini abbisognevoli di assistenza sanitaria. Confidiamo nell'accettazione delle nostre proposte perchè, avendo approvato l'impostazione del disegno di legge, avremmo piacere di dare anche il nostro voto favorevole. (*Applausi*).

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

MINNOCCI. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, dopo oltre dieci anni da quando, soprattutto per iniziativa del mio partito, si avvertì l'improrogabile esigenza di una riforma del sistema sanitario nazionale, arriviamo oggi ad un giro di boa dal quale, nonostante le resistenze che ancora sussistono, non si può tornare indietro. Di ciò siamo fermamente convinti, anche se bisogna riconoscere che stiamo arrivando alla riforma in un momento particolarmente delicato della situazione politica, economica, civile e sociale del nostro paese. Ma la validità delle forze riformatrici si misura proprio nei momenti per esse più difficili, allorquando si deve avere il coraggio di fare scelte coraggiose ed impegnative.

D'altra parte ci rendiamo conto che il cammino verso l'attuazione piena e integrale della riforma sanitaria sarà costellato di numerosi ostacoli. Siamo però convinti che con il tempo — e speriamo il più rapidamente possibile — i cittadini potranno apprezzare appieno i benefici della riforma nel miglioramento delle strutture assistenziali che potranno ricavare dal loro riordinamento, dalla eliminazione di tanti sprechi e di tanti abusi, da una più razionale utilizzazione del personale medico e paramedico, dal potenziamento della rete ospedaliera.

Dobbiamo anche riconoscere che la riforma non nasce oggi e dal nulla. Infatti già da alcuni anni è in atto un procedimento

di ristrutturazione e di riordino del nostro apparato sanitario dovuto all'approvazione di numerosi provvedimenti legislativi, concepiti come anticipatori della riforma e che la presuppongono come imminente.

Basti a questo proposito ricordare la legge n. 386 del 1974, riguardante il ripianamento del *deficit* degli enti mutualistici e il procedimento per la loro estinzione, nonchè il passaggio alle regioni della gestione dell'assistenza ospedaliera; la legge n. 382 del 1975 e il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, riguardante il trasferimento alle regioni e ai comuni di molte attribuzioni concernenti la prevenzione e la tutela della salute nei luoghi di lavoro; la legge n. 180 del 1978 che sancisce il passaggio dell'assistenza psichiatrica alle regioni e la sua estrinsecazione in modelli profondamente innovativi nei confronti del passato; la legge n. 461 del 1978 per il finanziamento del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera; infine la legge n. 484 del 1978, cosiddetta del *ticket* sui medicinali, ma che detta norme anche per la definizione del prontuario farmaceutico, per l'informazione scientifica e per la propaganda dei prodotti farmaceutici.

Se, come ho detto, tale legislazione aveva per alcuni non secondari aspetti anticipato la riforma nel presupposto di una sua non lontana realizzazione, essa aveva però in qualche misura anche disarticolato un settore come quello della sanità che è vitale per la civile convivenza e che in modo non marginale misura la civiltà di un paese. Sicchè la riforma sanitaria è ormai una esigenza non più procrastinabile perchè si innesta, per modificarla sostanzialmente, in una situazione di fatto confusa e provvisoria, in ogni caso bisognosa di una definitiva chiarificazione. Nessuno s'illude che questa legge che istituisce il servizio sanitario nazionale possa, per il solo fatto di essere emanata, risolvere di colpo tutti i problemi. Come hanno opportunamente affermato nella loro relazione i colleghi Cravero e Merzario, cui va dato atto di avere assolto il loro difficile compito con passione e competenza, « essa non costituisce un traguardo, ma un punto di partenza nel quale però tutte le realtà in tema sanitario sono finalmente allineate ».

Certo occorrerà del tempo perchè molti problemi — finanziari, organizzativi, giuridici, sociali e di costume — vengano portati a soluzione, ma è anche chiaro che ormai non è più possibile andare avanti nell'attuale stato di cose. Come qualcuno ha giustamente detto, la riforma costa più non farla che farla. Un sistema sanitario, infatti, come quello attuale ha costi assoluti e relativi insopportabili per la collettività e di questo devono essere tutti convinti allorquando, per contrastare la riforma, si agita lo spauracchio della spesa. Un sistema come quello attuale, che divora migliaia di miliardi senza assicurare una adeguata assistenza ai cittadini, non ha più possibilità di essere perpetuato, pena il suo inevitabile crollo con conseguenze politiche incalcolabili.

Tutto questo non significa che non dobbiamo tener presente il costo della riforma, ma che invece, ammaestrati dalla passata esperienza, dobbiamo realizzare uno sforzo nazionale affinchè la spesa diventi, da un lato, effettivo e completo soddisfacimento delle esigenze dei cittadini e, dall'altro, volano essa stessa della ripresa economica del paese e della modificazione strutturale del nostro sviluppo economico, che dovrà essere fondato in avvenire sul pieno appagamento dei bisogni pubblici e sul riordino dei consumi privati.

Se l'esplosione incontrollata di egoismi e di corporativismo che caratterizza l'attuale momento vuole essere effettivamente superata, è necessario che tutte le forze politiche si prendano finalmente carico delle esigenze della collettività colpendo i particolarismi e non alimentandoli, come spesso oggi accade.

Solo in questo contesto possiamo e dobbiamo affrontare il nodo — che esiste — del costo di questa riforma.

Non vi è dubbio che l'attuazione del sistema sanitario nazionale avrà l'effetto di aumentare ulteriormente le già elevate cifre devolute dal paese all'assistenza sanitaria pubblica, in primo luogo per i maggiori oneri connessi alla modificazione dei livelli as-

sistenziali e alla loro estensione a soggetti finora esclusi; in secondo luogo per la maggior quota di investimenti in conto capitale richiesti; in terzo luogo per i programmi relativi alla prevenzione e alla riabilitazione, destinate a giocare un ruolo ben più consistente rispetto al passato; infine, per l'unificazione del trattamento del personale.

In quale misura però aumenterà la spesa è difficile dirlo. Tutte le cifre portate pro e contro la riforma hanno un valore, a mio giudizio, puramente indicativo, per la difficoltà di quantificare gli effetti di alcune disposizioni, che solo a riforma avviata potranno essere considerati. Bisogna tuttavia ribadire che non si può fare un discorso sul costo senza correlarlo ai benefici che da questo costo potranno derivare agli assistiti. Un fatto è certo: che nel disegno di legge sono previsti una serie di controlli e di norme contabili circostanziate in grado di delineare le responsabilità più precise per tutti coloro che dovranno amministrare le unità sanitarie locali e, nello stesso tempo, si prevede che il livello delle prestazioni sarà elevato gradualmente, tenuto conto che la programmazione triennale del settore dovrà essere armonizzata con la situazione economica e finanziaria del paese. Questi meccanismi dovrebbero consentire di attutire il pericolo che con l'istituzione del servizio sanitario nazionale si assista ad un meccanismo perverso di moltiplicazione della spesa. Problema questo di non poco conto dato che con la riforma sanitaria si assisterà ad un notevole aumento dei centri di spesa. Un maggiore accentramento delle decisioni così come previsto dal disegno di legge, soprattutto a livello di controllo e programmazione della spesa, dovrebbe assicurare una effettiva coerenza del sistema nel suo complesso. E, a mio giudizio, questo è un punto qualificante della riforma, almeno fino a quando le amministrazioni locali non avranno acquisito una piena ed efficiente operatività.

Infatti non possiamo non preoccuparci della scarsa preparazione degli enti locali a gestire la riforma; impreparazione dovuta soprattutto — è giusto affermarlo — alla mancanza di volontà politica di attuare una profonda riforma del sistema delle autonomie locali, che viene spesso auspicata a parole, ma che regolarmente poi non viene mai portata avanti. Il pericolo che un organismo nuovo, quale è l'unità sanitaria locale, si innesti in un corpo debilitato quale è quello dell'attuale comune, è un pericolo reale che forse la legge avrebbe potuto mitigare se avesse dato maggiori poteri all'ente regione che, nell'attuale stesura del disegno di legge, a me sembra esercitare un ruolo non dirò marginale, ma non certamente prevalente, mentre risalta una notevole riacquisizione di potere da parte del Ministero della sanità (i cui importanti compiti, d'altra parte, di indirizzo e di coordinamento nessuno intende disconoscere).

Resta il fatto che il disegno di legge al nostro esame può dare la sensazione che in qualche occasione ci si sia serviti dell'ente locale per scavalcare e comprimere il livello regionale che invece, specialmente in una riforma di grande momento qual è quella sanitaria, dovrebbe sempre costituire il punto di saldatura tra gli interessi nazionali e quelli delle comunità locali.

Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, fatte queste rapide osservazioni di carattere generale, tralascerò di soffermarmi, come pure sarebbe mio desiderio, su alcuni punti qualificanti della riforma e di grande importanza, come quello relativo alla introduzione a pieno titolo nel nostro sistema sanitario della prevenzione e della riabilitazione, considerate fondamentali nella tutela della salute, e come quello relativo alla partecipazione degli utenti e, più in generale, dei cittadini. Così come tralascerò di porre in rilievo il ruolo che nella riforma sarà giocato dal livello locale, soprattutto attraverso le unità sanitarie locali.

Vorrei invece spendere qualche parola su un aspetto particolare della riforma, quello relativo alle disposizioni contenute nell'articolo 36, concernente il « termalismo terapeutico » (così è rubricato l'articolo), attraverso cui per la prima volta vengono riconosciuti ai fini dell'assistenza sanitaria il valore sociale e la rilevanza curativa del termalismo.

Si tratta di un problema già da tempo dibattuto, soprattutto da parte di parlamentari socialisti. In Senato — voglio ricordarlo — in particolare ebbe occasione di occuparsene più volte il compianto senatore Alberti. Io stesso sia nella V legislatura che nella VI legislatura ho presentato un disegno di legge concernente l'assistenza termale obbligatoria per ottenere il riconoscimento delle cure termali tra le prestazioni obbligatorie degli enti di previdenza. Credo che, anche tenendo presenti tali proposte e le indicazioni concordi provenienti dai sindacati e dal mondo scientifico, il problema delle cure termali sia stato recepito nel contesto della riforma sanitaria insieme a quello più vasto relativo al nuovo quadro istituzionale operativo in cui dovranno collocarsi i servizi a tutela della salute dei cittadini. Forse però è a causa della necessità di inserire tale riconoscimento in una situazione nuova, così complessa, che la formulazione dell'articolo 36 merita qualche riflessione.

La stessa rubricazione dell'articolo non mi sembra appropriata. Parlare di « termalismo terapeutico » è troppo limitativo. È ormai riconosciuto il carattere terapeutico-sanitario delle cure termali, o « termalismo » in senso lato. L'aggiunta dell'aggettivo « terapeutico » ed il riferimento nel contesto dell'articolo alle « prestazioni idrotermali limitate al solo aspetto terapeutico » porterà ad escludere dalle prestazioni ammissibili tutta la fascia delle utilizzazioni della idrologia a scopo preventivo e a scopo di riabilitazione funzionale, anche se in questo campo l'intervento del servizio sanitario nazionale non avrebbe potuto essere — lo riconosco senz'altro — per ragioni di ordine finanziario uguale a quello del settore terapeutico.

Ma soprattutto il primo aspetto richiede molta attenzione. In un periodo in cui l'intera umanità in moltissimi campi avverte allarme e pericolo nell'impiego di sostanze artificiali e soprattutto chimiche; nel momento in cui la stessa evoluzione della tecnologia farmaceutica pone delicati problemi di dosaggio, di compatibilità, di sinergismo tra i troppi medicinali a disposizione del medico e del malato; nel momento in cui nella riscoperta delle risorse naturali acquista rilievo anche l'efficacia salutare delle acque termali e delle altre fonti curative individuate ormai da millenni come preziosi doni della natura all'uomo, a me è apparso troppo restrittivo tener conto solo dell'efficacia terapeutica, anche se di prevalente importanza, del termalismo.

Perciò in sede di esame del disegno di legge da parte della Commissione competente avevo proposto una nuova formulazione dell'articolo. Ho però ritirato tale mia proposta su invito del Ministro e dei relatori, che hanno avanzato preoccupazioni di ordine finanziario che, almeno in questo momento, io stesso condivido. Resta il fatto però che, a mio giudizio, almeno una parte dell'articolo 36 andrebbe chiarita. Parlare infatti di « presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali » potrebbe significare precludere la possibilità che i cittadini che fruiscono dell'assistenza sanitaria utilizzino secondo le proprie esigenze tutte le risorse termali italiane, indipendentemente dalla loro ubicazione in questa o quella regione, in questo o quel territorio. Così come sarebbe molto opportuno prevedere fin d'ora che il servizio sanitario nazionale predisponga subito una convenzione unica nazionale con tutte le unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati aziende e stabilimenti termali. In tal senso mi riprometto di presentare un ordine del giorno che spero trovi concordi i relatori e venga accettato dal Ministro.

Signor Presidente, nel corso di questo mio intervento ho accennato agli aspetti positivi della riforma, ma non ho mancato di sottolineare qualche perplessità e qualche appunto. Se dunque noi socialisti daremo voto favorevole alla legge al nostro esame, ciò significherà che la nostra non è una scelta aprioristica, ma un meditato e responsabile giudizio complessivo su di essa e sulla sua indifferibilità. Nessun trionfalismo ma anche nessun pessimismo. Quel che è certo è che all'attuale sistema sanitario italiano, che ha come pilastro gli enti mutualistici, elevatissimi in numero, tra di loro paralleli, con prestazioni analoghe per

le diverse categorie dei lavoratori, con organizzazioni proprie ed indipendenti, si sostituisce finalmente un sistema unico al servizio di tutti indistintamente i cittadini e non per razionalizzare l'esistente, ma per sostituirlo radicalmente. Non si poteva nè si può fare altrimenti.

Ricordiamoci per un momento quanto affermava in un suo parere il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro: « Per la situazione determinatasi, ogni tentativo di puntare ad un miglioramento qualitativo del sistema attuale appare destinato all'insuccesso. Gli elementi degenerativi sono infatti intimamente legati non solo al permanere della divisione verticale dell'intervento e della settorialità di enti e strutture sanitarie, ma anche al proliferare degli interessi parassitari o delle rendite di posizione a tutti i livelli ed in tutti i settori ».

Il realismo di queste osservazioni ci convince ancora di più della necessità di voltare pagina. Lo richiede il paese; debbono cogliere questa richiesta le forze politiche che hanno la responsabilità di far uscire la collettività nazionale dalle secche dell'incertezza e della destabilizzazione anche nel settore della tutela della salute dei cittadini. (*Applausi dalla sinistra*).

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

C O S T A . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sta per concludersi il lungo *iter* attraverso il quale la cosiddetta riforma sanitaria porterà alla istituzione nel nostro paese del servizio sanitario nazionale. È quindi comprensibile l'impegno dei senatori al dibattito su questo provvedimento perchè trattasi di una riforma nella quale abbiamo creduto da anni e che da anni abbiamo sperato di poter attuare. È significativo anche che stiamo per approvare il disegno di legge n. 1291 alla vigilia del 1° gennaio 1979, data in cui scatteranno le normative previste dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 che prevedono un nuovo assetto in tutto il settore.

Se mi è consentito fare un breve *excursus* storico, non posso non ricordare che di riforma sanitaria si parla da anni, da quando cioè si è incominciato ad avvertire la necessità di razionalizzare e di adeguare ai tempi un sistema che si era sviluppato negli anni secondo linee disorganiche e soprattutto sotto la spinta delle varie categorie assicurate. Già nel 1953 la Democrazia cristiana si era occupata del problema promuovendo una serie di manifestazioni e rivendicando alle regioni e agli enti locali il compito di provvedere alla organizzazione e alla gestione dei mezzi sanitari. Le stesse posizioni, riallacciandosi alle direttive del piano quinquennale, venivano ribadite alla vigilia delle elezioni del 1968 e formavano oggetto dei programmi di tutti i governi espressi in epoca successiva.

Ma il primo documento ufficiale che delinea la riforma sanitaria così come oggi è impostata nelle sue linee generali è la legge n. 685 del 27 luglio 1967 (avente per oggetto il programma economico quinquennale) che molto spesso in questi anni è stata dimenticata durante le numerose discussioni e i numerosi dibattiti svoltisi. Nel 1970 l'impegno del Governo su tale problema veniva riaffermato negli incontri Governo-sindacati mentre a tutti i livelli si intensificavano le discussioni ed anche le polemiche sul futuro assetto sanitario del paese. Una data fondamentale appare quella del 17 settembre 1970 quando il Presidente del Consiglio del tempo esprimeva ai rappresentanti delle confederazioni sindacali i propositi del Governo in materia di riforma sanitaria. Numerosi sono stati gli studi e gli schemi di legge all'uopo predisposti, ma notevoli sono state anche le perplessità che soprattutto hanno suscitato i costi non prevedibili che la riforma comporta. Nel maggio 1972 queste preoccupazioni sono state espresse dal Presidente del Consiglio, onorevole Andreotti, che alla Camera riaffermava la volontà politica di attuare la riforma secondo un itinerario — sono parole del Presidente — doverosamente adeguato alle necessità tecniche e alle possibilità finanziarie generali. Il primo Governo che iscriveva nel proprio programma la realizzazione della rifor-

ma è quello dell'onorevole Rumor che diceva alla Camera: « La riforma per la sua complessità ed onerosità sarà il banco di prova sul quale si misurerà la nostra capacità di incidere su strutture vetuste innovando nella giusta direzione ». L'impegno veniva ribadito nel maggio 1974. Il Presidente del Consiglio annunciava che era intendimento del Governo verificare modalità e tempi di applicazione della riforma sanitaria impegnandosi a portare il provvedimento al Consiglio dei ministri entro il successivo mese di luglio. L'impegno veniva mantenuto: dopo anni di dibattiti la riforma si concretizzava in un disegno di legge, quello del Ministro dell'epoca, onorevole Colombo, proprio mentre rapidamente si usurava la situazione sanitaria del paese, specie per le difficoltà economiche ed organizzative degli ospedali. L'anticipata chiusura della VI legislatura non fece diminuire nelle forze politiche la volontà di continuare sulla strada della riforma iniziata già da vari anni. Infatti il Governo presentò un nuovo disegno di legge che prese il nome dal Ministro dell'epoca senatore Dal Falco e che costituisce la base dell'attuale testo unificato che è al nostro esame.

Mi piace anche ricordare a questo punto che in quest'Aula sono presenti molti autorevoli colleghi che hanno testimoniato con il proprio impegno, con la propria esperienza la necessità di procedere all'attuazione della riforma. Ho già ricordato i senatori Colombo e Dal Falco, presentatori di due disegni di legge; ugualmente ricordo i senatori Coppo e Gui che elaborarono schemi di riforma molto validi ed infine il senatore Rampa che da anni profonde le sue migliori energie con instancabile tenacia alla direzione del settore sanità della Democrazia cristiana.

Anche chi vi parla nel 1976 esternò in occasione della discussione della tabella decima del bilancio dello Stato la più viva preoccupazione per il ritardo nel varo dell'attuazione della riforma, prospettando anche delle possibilità di interventi legislativi immediati che forse furono equivocati e da qualcuno anche ritenuti quale sabotaggio alla riforma stessa.

Il sistema sanitario che stiamo per instaurare in Italia viene discusso al Senato in seconda lettura, come previsto dalla Costituzione. Il costituente nel prevedere la doppia discussione volle dare una precisa e specifica funzione alla seconda lettura che, non volendo significare antitesi tra i due rami del Parlamento, intende rappresentare la valutazione in un'ottica diversa in relazione alla diversa composizione delle due Camere.

Il lavoro appassionato portato avanti in questi mesi dalla 12ª Commissione ha rappresentato un apporto migliorativo, tenendo anche presente che l'esame di buona parte del testo alla Camera dei deputati avvenne in un momento tragico che consigliò una rapidissima discussione.

Io sono dell'opinione che le leggi non sono mai perfette e pertanto sono sempre suscettibili di miglioramento; ritengo tuttavia che le poche modifiche apportate in Commissione al testo pervenutoci dalla Camera abbiano contribuito ad effettuare quella che è stata definita una limatura indispensabile che certamente riceverà l'assenso di questa Assemblea.

Con il testo alla nostra attenzione abbiamo chiaramente dimostrato di aver fatto una scelta politica ben precisa. Desidero pertanto far presente che i pilastri della riforma sono contenuti, a mio avviso, in due affermazioni di principio e la prima è quella che vede superato il sistema assicurativo. Si è detto molto sulla mutualità e molto spesso sono stati espressi giudizi poco giusti e poco rispondenti alla verità. La storia dirà l'importanza che ha avuto la mutualità in Italia negli anni passati e contemporaneamente giudicherà se è da ritenersi fatto bene avere omesso di razionalizzare negli anni 1950-60 il settore unificandolo e predisponendolo a regionalizzarsi in previsione delle future riforme istituzionali. Ma il fatto importante da tener presente è che alla base della riforma in discussione con il superamento della mutualità viene anche ad essere superato il vecchio rapporto medico-paziente con la intermediazione delle mutue, sostituendolo con il nuovo rapporto servizio sanitario-cittadino.

La seconda affermazione di principio fondamentale è che con il nuovo sistema lo Stato in tutte le articolazioni, centrali e periferiche, diviene protagonista della salute nell'ottica della sicurezza sociale, come chiaramente indicato nell'articolo uno nel testo in esame, dove è detto che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo. Non esito quindi a dire che la riforma che ci accingiamo ad approvare è la più importante, la più sconvolgente attuata in Italia ed è destinata a cambiare in qualche modo il nostro costume.

Da noi dipenderà se il cambiamento sarà in bene o in male perchè non v'è dubbio che potrebbe anche rappresentare una grande statizzazione con una vaga partecipazione che invece mi auguro sia effettiva e che non resti una semplice enunciazione. Dico questo perché negli ultimi anni il concetto di partecipazione, mentre più si è esteso nella vita del paese e nelle nostre coscienze, ha subìto nel campo delle strutture sanitarie ipotizzate forse una inspiegabile grave involuzione. Tale involuzione è soprattutto avvertita nel settore dei lavoratori autonomi ai quali certamente vengono tolte alcune conquiste, quelle appunto della partecipazione e dell'autogestione che essi avevano ottenuto da anni, fornendo al paese una prova concreta di cosa la stessa partecipazione significasse.

Premesso quanto dianzi ho detto e senza indugiare ulteriormente sulla filosofia della riforma, desidero ancora ricordare che gli obiettivi del servizio sanitario nazionale devono essere: la unicità del servizio, inglobando in un unico sistema i compiti dello Stato, delle regioni e dei comuni attraverso il coordinamento della loro attività; la globalità degli interventi; l'estensione e la uniformità dei servizi per tutti i cittadini; la partecipazione degli utenti e degli operatori al sistema; l'equa ripartizione del carico economico su tutti i cittadini indistintamente. Pertanto non posso non fare alcune notazioni, quale mio modesto contributo all'interessante dibattito iniziatosi questa mattina. Aver riportato in un sistema unitario le attribuzioni sanitarie dei vari livelli è un fatto certamente positivo, perchè cerca di evitare la mancanza di connessione oggi esistente tra i poteri centrali e i poteri periferici aventi piena autonomia costituzionale. La sanità con tutte le sue numerose articolazioni non può non essere gestita come un organismo unitario se si vogliono evitare disastri irreparabili. Nel rispetto del pluralismo e delle autonomie non vi è dubbio che deve esistere un unico centro direzionale che fissa gli obiettivi e stabilisce i criteri operativi unici per tutta la nazione.

La riforma, nella certezza della sua approvazione entro il 31 dicembre 1978, non potrà essere attuata per magica concessione il 1° gennaio 1979; essa dovrà essere recepita dai cittadini e pertanto non potrà essere attuata che in tempi non brevi e soprattutto con gradualità. D'altra parte, basti pensare alle difficoltà che incontreranno gli enti locali, protagonisti della legge di riforma, nel prendere in consegna questa nuova realtà complessa e difficile dalla sera alla mattina (penso a quali difficoltà andranno incontro i piccoli comuni, specie del Sud, senza personale idoneo e senza mezzi, nel far decollare le unità sanitarie locali!).

Il servizio sanitario nazionale, anche se attuato da politici e per volontà politica, deve rappresentare uno strumento soprattutto tecnico al servizio dei politici. Se dovessimo ipotizzare un servizio sanitario nazionale quale espressione del sottogoverno dei partiti, avremmo fallito definitivamente il nostro obiettivo. Non è nel giusto chi pensa che la riforma significhi soprattutto una contrazione della spesa per la sanità, o addirittura che essa è necessaria proprio per contrarre la spesa; è dimostrato infatti che la spesa per la sanità aumenta in tutto il mondo e che è difficile ipotizzare una riduzione delle prestazioni, ciò sia perchè ne abbiamo concesso in questi anni livelli molto alti a tutti, sia perchè l'elevato ricorso, forse anche fino all'abuso, a prestazioni sanitarie ha come aspetto positivo il dato di aver concesso la possibilità di incrementare la casistica della patologia umana attraverso numerosi reperti occasionali.

A mio avviso, solo una medicina preventiva ben organizzata, con strutture e personale idonei, potrà nei prossimi anni portare

ad un contenimento della quantità delle prestazioni sanitarie. Problema che merita l'attenzione dei legislatori regionali è quello delle unità sanitarie locali, che la 12ª Commissione, con uno sforzo encomiabile di tutte le forze politiche, ha cercato di disegnare con contorni più netti, anche se permangono delle ombre sulla loro esatta identificazione giuridica. In questi nuovi organismi, che sono di partecipazione e di erogazione dei servizi, dovrà misurarsi la capacità della nostra gente di saper amministrare il grande bene comune della salute. La modifica apportata all'articolo 10, con la quale viene resa obbligatoria l'istituzione del distretto, credo che possa completare abbastanza bene il significato ed i compiti delle unità sanitarie locali. Il discorso su detti enti avrebbe potuto trovare una sua più logica definizione nell'esatta identificazione dei presidi soprazonali o di secondo livello: non è infatti possibile pensare che le unità sanitarie locali, che saranno varie centinaia in tutto il territorio nazionale e molto diverse fra loro, possano erogare tutte le prestazioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

Le unità di secondo livello dovranno servire ambiti territoriali più vasti e dovranno avere, per tale finalità, caratteristiche, strutture e qualificazioni per prestazioni specialistiche che, per la loro specificità, non possono essere capillarizzate; a titolo esemplificativo ricordo le attribuzioni che oggi sono dei seguenti enti: laboratori provinciali di igiene e profilassi, consorzi antitubercolari, consorzi antimalarici, consorzi per la lotta contro i tumori, centri per le malattie veneree, centri schermografici, servizi di pronto soccorso stradale e di autoambulanze, servizi di alta specializzazione, quali cardiochirurgia, neurochirurgia, rianimazione, trapianti, TAC, ecografia, centro antiveleni eccetera, prevenzione dell'infortunistica del lavoro, prevenzione e cura delle tossico-dipendenze.

Non vi è dubbio che l'approvazione della legge in corso di esame sulle autonomie locali contribuirà notevolmente a dare un assetto definitivo a queste strutture appena accennate nel nostro disegno di legge.

Altro problema sul quale desidero richiamare l'attenzione è rappresentato dai futuri compiti delle regioni in materia di controllo sulle unità sanitarie locali: potrebbe infatti essere disattesa la funzione regionale dei nuovi centri di erogazione dell'assistenza sanitaria, dal momento che le delibere delle unità sanitarie locali saranno sottoposte al controllo delle sezioni regionali dei comitati di controllo. Forse l'esperienza potrà consigliare che l'ordinaria amministrazione, intesa come attuazione dei programmi e dei bilanci approvati, possa trovare una logica sede di controllo presso gli assessorati regionali alla sanità.

Un discorso a parte merita la situazione degli ospedali sia pubblici che privati nel contesto del disegno di legge. Gli ospedali sono oggi il grande problema che assilla tutti e che si ripropone alla nostra attenzione con la stessa, se non maggiore, gravità del 1968, quando fu tentata una inversione di tendenza con la cosiddetta legge Mariotti. La conseguenza di mesi di dibattiti, di anni di attuazione di questa legge, è stata la creazione di un sempre più accentuato squilibrio tra la distribuzione dei posti letto e soprattutto un sempre maggior aggravio di spesa al quale non hanno fatto riscontro, molto spesso, un miglioramento ed una qualificazione delle prestazioni erogate.

La soppressione della personalità giuridica degli ospedali ed il conseguente loro inserimento nelle unità sanitarie locali certamente rappresenterà una turbativa sia per gli enti ospedalieri che per i nuovi organismi che dovranno ereditarne la gestione. Ancora più difficile sarà il problema della gestione di quegli istituti ospedalieri che per la loro alta specializzazione non possono ritenersi agganciati a limitati ambiti territoriali, ma devono essere ritenuti presidi da utilizzarsi da tutte le regioni.

Certo, il criterio ispiratore dell'utilizzazione degli ospedali soprattutto, se non esclusivamente dagli abitanti che risiedono nell'ambito delle unità sanitarie locali, mi appare molto difficile da attuarsi e mi lascia perplesso anche come affermazione che potrebbe limitare la libertà individuale dei cittadini. In un paese come il nostro, ove mai

una puntuale pianificazione ha preceduto la costruzione degli ospedali, è cosa naturale rilevare che la loro distribuzione è disorganica e slegata da ogni altra logica, ma oltre a ciò oggi il ricovero ospedaliero da noi è ispirato sia dalla logica del rapporto fiduciario, sia da quella della mobilità di tutti i cittadini, ai quali non credo possa negarsi questa sentita conquista. A ciò va aggiunto il problema derivante dalle immigrazioni turistiche e lavorative stagionali nonchè quello costituito dai residenti non censiti che in alcune zone d'Italia sono in numero molto considerevole e difficile da quantificare.

Quindi il problema della razionalizzazione della rete ospedaliera sia pubblica che convenzionata potrà attuarsi gradualmente nel tempo, evitando soprattuto di dar vita a provvedimenti improvvisati e dettati da logiche non congeniali alla nostra gente. Anche certi parametri di riferimento, ai quali i nostri studiosi si richiamano, credo debbano essere modificati e rapportati alle realtà nostrane.

Ritengo pertanto che nel primo programma sanitario nazionale da elaborare sia necessario uno sforzo responsabile e consapevole di tutti gli esperti perchè dalla sua impostazione dipenderà certamente il futuro dell'attuazione di tutta la riforma sanitaria.

Qualche modifica apportata in Commissione all'articolo 53 consente ai pianificatori di non disattendere certe realtà non pubbliche esistenti oggi in Italia, che non possono certamente essere ignorate anche sotto il profilo economico. Il problema, a mio avviso, esige da tutti i presidi una sempre maggiore e puntuale qualificazione, attraverso un controllo da parte di organi tecnici altamente preparati.

Gli emendamenti apportati all'articolo 42 del disegno di legge ritengo siano di notevole importanza e servano soprattutto a poter qualificare sempre più taluni istituti che mi auguro siano identificati definitivamente in pochi veramente qualificati. Si riproduce in Italia una situazione già esistente in tanti altri paesi del mondo ove taluni centri ospedalieri e di ricerca sono alle dipendenze del governo centrale.

Naturalmente parlando di problemi ospedalieri non posso sottacere il grave fenomeno registrato in questi anni in cui abbiamo constatato una sempre maggiore lievitazione del costo della gestione degli ospedali. Non vi è dubbio che taluni aumenti di costi trovano la loro giustificazione negli oneri sempre maggiori per il personale e in quelli sempre più elevati per l'acquisto di moderne e sofisticate attrezzature. Non vi è però dubbio che è necessaria una più oculata e saggia gestione al fine di evitare ulteriori aumenti di certe spese che non contribuiscono al miglioramento funzionale e scientifico degli istituti di ricovero.

Il piano nazionale, al quale bisogna mettere mano con estrema urgenza, dovrà trovare il mezzo per bloccare nuove spese e soprattutto nuove istituzioni sia pubbliche che private, allo scopo di poter studiare con attenzione e nel tempo la razionalità e l'efficienza di quelle oggi esistenti.

Un campanello di allarme che dovrebbe rendere tutti più guardinghi in questo settore è rappresentato dalla enorme lievitazione della spesa che ha visto la retta *pro capite* da lire 7.000 nel 1971 salire a 60.000 nel 1977 con punte che superano le 100.000 lire; con la conseguenza che il fondo ospedaliero previsto per il 1974 in 3.100 miliardi dovrà nel 1978 superare i 5.130 miliardi.

Sulla spesa della riforma ho fatto un cenno in apertura e molti onorevoli colleghi ne hanno parlato, per cui potrei fare a meno di ritornarvi. Ritengo comunque di dover dire che la spesa sanitaria ha un costo sociale al quale la collettività non può sottrarsi dal contribuire. Fare previsioni però è cosa incauta sia perchè non siamo ancora in condizioni di quantificare la spesa attuale, sia perché la spesa sanitaria è difficilmente prevedibile in quanto sottoposta a fattori contingenti che sfuggono alla volontà del legislatore. Non posso però non dire che ad una spesa già difficilmente quantificabile allo stato attuale e nelle semplici previsioni va aggiunto l'interrogativo del costo delle unità sanitarie locali che saranno istituite. Questi enti, se non vorremo avere sorprese di caratter finanziario, dovranno essere il più possibile costituiti sulla base

di criteri economici, evitando ogni possibilità di burocratizzare al massimo il servizio, così come purtroppo è avvenuto in una prima fase del servizio sanitario inglese, con la conseguenza che è stato necessario apportare notevoli modifiche che tuttavia non hanno impedito la creazione di organizzazioni mutualistiche volontarie che molto spesso si sostituiscono al servizio sanitario nazionale.

La spesa potrà essere contenuta nei limiti sopportabili dalla nostra economia solo se vi sarà la responsabile partecipazione dell'utenza e degli operatori sanitari. Non a caso mi dichiarai contrario al blocco delle trattative sindacali con i medici allorquando fu discussa la 386; non solo perchè il provvedimento mi sembrava incostituzionale, ma anche perchè prevedevo che il provvedimento avrebbe creato, come poi ha creato, una situazione conflittuale che, a distanza di anni, non è stata ancora risolta e chissà quando e come potrà essere risolta. Ma coloro che attueranno questa riforma dovranno anche risolvere problemi di fondo che interessano il personale nelle seguenti tre articolazioni. *A*) Il personale dipendente dalle mutue e del vecchio sistema sanitario; un numero non esattamente quantificato di dipendenti che deve essere collocato in qualche modo e soprattutto incastonato nel nuovo sistema. Certo sarà facile trovare la rapida collocazione per i paramedici, per i medici e per gli impiegati d'ordine, così come il problema non si porrà sicuramente in alcune regioni che già prevedono di assorbire tutto il personale attualmente in servizio presso gli enti gestori dall'assicurazione malattia. Ma in ogni caso il discorso diventerà molto difficile per quanti occupano posti direttivi nella organizzazione mutualistica. Il problema va risolto con giustizia, poichè non mi sembra soprattutto umano tener sospese migliaia di famiglie che vedono il domani incerto, se non addirittura senza prospettive. Mi sembra anche antieconomico non prevedere la utilizzazione di energie e di esperienze che già oggi accusano sintomi di stanchezza, a causa del prolungarsi di un periodo che è stato di lunga e snervante attesa. Sotto questi aspetti è da augurarsi che i ruoli unici istituiti presso la Presidenza del Consiglio dei ministri e richiamati dall'articolo 67 non si trasformino in una sorta di ghetto o di cronicario per quanti possono, per la loro qualificazione, dare un effettivo contributo alla migliore riuscita del nuovo assetto organizzativo sanitario.

B) Bisognerà inoltre con abilità occuparsi del reclutamento del nuovo personale sanitario dipendente addetto alla sanità pubblica e contemporaneamente provvedere al suo aggiornamento. Oggi sappiamo che possiamo solo utilizzare poche decine di medici e veterinari provinciali e poche centinaia di ufficiali sanitari, mentre dobbiamo creare i dirigenti sanitari di centinaia di unità sanitarie locali che dovranno essere gestite da specialisti veramente conoscitori dei problemi e non espressione di lottizzazione politica.

C) Per il personale, infine, erogatore di assistenza sia generica che specialistica bisognerà solo in via subordinata fare ricorso ai medici dipendenti e dovrà farsi ricorso soprattutto all'istituto della convenzione. In questo senso mi auguro che l'articolo 25 venga modificato allo scopo di ribadire il concetto di dare una priorità alla convenzione rispetto alla impiegatizzazione. Tale mia richiesta scaturisce non solo dal timore che una impiegatizzazione generalizzata del medico possa finire col costare molto, ma anche perchè l'utilizzazione del medico burocrate finirebbe col far scadere tutta la assistenza medica. Forse in un domani non vicino la pletora medica condurrà ad un ricorso più vasto alla impiegatizzazione, ma oggi noi non possiamo disattendere il rapporto fondamentale della medicina che è fiduciario tra medico e paziente, sia pure con l'intermediazione del servizio sanitario nazionale. Sarebbe inutile, d'altra parte, aver previsto la normativa di cui all'articolo 48, già anticipata dalla nostra legislazione e dagli accordi nazionali in atto, e aver fissato il pur tanto discusso rapporto ottimale medico-assistibili, se si volesse privilegiare il medico impiegato.

Una parola chiara va detta anche in relazione alla necessità di evitare — ed è questo un pericolo ricorrente anche in altri set-

tori — che al cittadino vengano o meno riconosciuti determinati diritti a seconda che appartenga a questa o a quella regione.

Altro aspetto importante che richiamerà l'attenzione dei legislatori nazionali e regionali e la preoccupazione di tutti coloro che saranno preposti al servizio è rappresentato dall'applicazione delle norme che riguardano la prevenzione nel campo del lavoro. Non si è voluta sanitarizzare la prevenzione nel campo degli infortuni sul lavoro, ma si vuole dare normative più moderne, più aderenti alla realtà e soprattutto più qualificanti, che possono sostituire gli apparati di vigilanza esistenti oggi alle dipendenze del Ministero del lavoro e che purtroppo non sono stati ampliati nè aggiornati a quelle che sono le realtà di oggi.

Anche in questo campo una rapida applicazione delle norme penso sia impossibile, oltre che dannosa, perchè il presupposto del funzionamento di questo importante settore del servizio sanitario è rappresentato dalla formazione dei quadri del personale e dalla perfetta efficienza dell'Istituto superiore di sanità e dell'istituendo Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, che andrà a sostituire l'ENPI e l'ANCC.

Ma il problema che dovrà trovare una sua giusta soluzione nel dibattito in questa Assemblea è certamente quello rappresentato dall'articolo 7 del presente disegno di legge, che definisce le deleghe alle regioni. La Assemblea deve dire con molta chiarezza se ritiene di lasciare alle competenze statuali la cintura sanitaria del paese, ovvero se preferisce affidare ai servizi comunali tali incombenze per la futura sorveglianza alle frontiere dell'Est, marittime, terrestri ed aeree. Per la esperienza che ho anche di altri paesi a struttura regionale o federativa e per le connessioni internazionali esistenti ritengo che tale servizio debba essere gestito dal Ministero della sanità, il quale però in tempi brevi deve essere ristrutturato e messo in condizioni di effettuare il servizio nel migliore dei modi, utilizzando anche convenzioni con le unità sanitarie locali competenti per territorio. È una scelta che va fatta con meditazione, che non ha risvolti politici, bensì strettamente tecnici.

Tra gli altri punti — avviandomi alla conclusione — di notevole interesse esistenti nel nostro disegno di legge, mi auguro anche che le associazioni di volontariato e di mutualità volontaria, che il legislatore ha voluto chiaramente equiparare, trovino una loro puntuale attuazione nell'interesse della collettività nell'ambito del servizio nazionale e non in contrasto con esso.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, se il tempo me lo consentisse potrei ancora continuare per mettere in evidenza altri punti importanti di questo provvedimento di riforma, ma mi sono limitato agli aspetti fondamentali nei pochi minuti a mia disposizione. Ho voluto ricordare di essi soprattutto le difficoltà attuative, perchè, come ho già detto in premessa, il giudizio positivo su questa riforma dipenderà da come essa sarà attuata dalle forze politiche a tutti i livelli.

Il pericolo più grave che dobbiamo evitare è l'esasperazione di una municipalizzazione che potrebbe scoordinare tutto il sistema e creare una parcellizzazione di tutto il servizio con una spinta autonomistica che in questo campo non può esistere e soprattutto non ha ragione di esistere. Qualche autorevole collega ha detto che nei prossimi mesi o anni saremo chiamati a discutere modifiche migliorative di questo testo ed io condivido tale impostazione significando che non è da escludersi che data la vastità del problema potremo nel futuro constatare omissioni o non esatte individuazioni di problematiche. Il problema di base è la vigilanza del Parlamento sulla attuazione di questa riforma che coinvolge tutta la società per il presente e l'avvenire.

La 12ª Commissione con l'impegno dei relatori, colleghi Cravero e Merzario, e dei colleghi di tutte le forze politiche ha in questi mesi lavorato con profondo senso di responsabilità, avvalendosi anche dell'intelligente ausilio degli uffici di segreteria diretti dal dottor Vicenzi, mentre oggi spetta alla Assemblea dire la parola definitiva su questo disegno di legge. Mi auguro che dall'apporto degli onorevoli colleghi che sono intervenuti e che interverranno possano sca-

turire altri e qualificati suggerimenti capaci di dare a questo dibattito un contributo valido e che possano essere migliorate eventuali impostazioni non esatte e risolti problemi sfuggiti all'esame della Commissione. La classe politica, a mio avviso, sarà giudicata positivamente o negativamente in gran parte dall'applicazione di questa fondamentale riforma che è oggi al nostro esame. (*Applausi dal centro*).

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

ROMEI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, la lunga gestazione di questo provvedimento di legge, sicuramente uno dei più determinanti nella storia della nostra Repubblica, ha consentito di valutare con prudenza tutti i suoi possibili effetti, di prevedere con esattezza i possibili rischi e quindi di predeterminare strumenti e meccanismi idonei a governare il vasto processo riformatore che la legge promuoverà. Non siamo infatti allo striscione di arrivo, piuttosto al nastro di partenza verso i traguardi di una migliore qualità della vita cui è protesa la coscienza popolare del paese e di cui sono fedeli interpreti le forze che esprimono il divenire della nostra società civile.

Di fronte ad un obiettivo così decisivo per la nostra esperienza di civiltà, sarebbe davvero cosa meschina sollevare questioni di primogenitura o lasciarsi irretire da dubbi e titubanze determinati da interessi settoriali, anche se legittimi; dalla paura del nuovo, propria di coloro che pensano di affrontare il futuro con gli occhi rivolti al passato. Del resto il limitato spazio di tempo che ci è lasciato dalle leggi che hanno predeterminato la presente situazione non consente esitazioni. Il nostro è un atto dovuto, pena il caos istituzionale in una materia fondamentale della vita comunitaria; pena lo aumento della insoddisfazione della gente nei confronti del servizio pubblico, l'esplosione della spesa sanitaria, il dilagare dei fenomeni di consumismo e di parassitismo.

Queste ultime osservazioni, elementari e banali quanto si voglia, mi consentono di sottolineare che la generalizzazione dell'assistenza sanitaria gratuita e su basi egualitarie esige da tutti gli operatori comportamenti estremamente rigorosi: dagli operatori sanitari, cui è richiesta una maggiore coscienza delle responsabilità economiche connesse con la loro opera; dallo Stato, nella sua funzione programmatrice, di coordinamento e di indirizzo; dalle regioni e dagli enti locali nelle loro capacità organizzative e gestionali. Specialmente su questo ultimo aspetto mi preme di insistere. Nel regime mutualistico le funzioni gestionali si esaurivano di fatto con la liquidazione dei compensi ai vari fornitori di servizi che conservavano tutta la loro autonomia. Il sistema che andiamo a costruire dovrà invece produrre in proprio la intera gamma dei servizi sanitari ed organizzarne l'offerta.

L'assenza di esperienza e di occasioni di formazione specifica potranno pesare negativamente nel primo periodo di rodaggio, peseranno ancora di più se non si predisporranno tempestivamente adeguati strumenti di preparazione, come altri colleghi hanno rilevato, all'esercizio delle funzioni di organizzazione, di programmazione e di gestione dei servizi sanitari. È da questa specifica angolazione, più che dal profilo della sua natura giuridica, che ritengo debba essere ulteriormente approfondito il contenuto degli articoli sull'unità sanitaria locale, specialmente l'articolo 15, per meglio precisarne la funzione di organismo erogatore di pubblici servizi sulla base di rigorosi criteri di sana amministrazione della spesa, di efficacia delle prestazioni, di piena rispondenza agli obiettivi dello sviluppo. Personalmente ho qualche dubbio che le soluzioni proposte dalla Commissione per quanto concerne gli organi di amministrazione offrano le garanzie che vado cercando per quanto attiene a capacità organizzative e gestionali. Non è retorica inutile insistere su questo aspetto. Nei nuovi gestori dei servizi la tentazione di dare comunque qualche cosa di più rispetto al passato sarà fortissima, mentre la definitiva rottura del residuo rapporto sinallagmatico contributi-prestazioni potrebbe favorire il diffondersi dell'opinione secondo cui determinati servizi sono gratuiti in asso-

luto, con la conseguenza di perpetuare il soddisfacimento di pseudo-bisogni, favorendo il fenomeno consumistico.

L'onere di scongiurare questo rischio mortale è affidato principalmente ai futuri gestori della riforma, alla loro capacità di definire il più possibile l'area del bisogno che è lecito soddisfare, ma non è certo inutile precisare con maggiore chiarezza anche in questo nostro provvedimento di legge l'obiettivo vero della riforma, obiettivo che riassume tutti gli altri e che è quello di riuscire a spendere meglio che nel passato. Quest'ultima osservazione evidenzia in tutta la sua decisività il problema del riequlibrio del sistema sanitario nel suo duplice aspetto territoriale e funzionale. La sperequata dotazione regionale di posti-letto ospedalieri ne costituisce esempio emblematico, mentre la sovraespansione dei servizi diagnostico-terapeutici a danno di quelli igienico-preventivi è l'effetto della loro separazione istituzionale. Ne consegue che se non si ridurrà drasticamente il tasso di espansione della spesa per i primi non avremo poi margini di finanziamento dei servizi igienici e delle attività di prevenzione.

Così stando le cose, non si può che dare torto a quanti seguitano a distinguere tra momento tecnico e momento sanitario delle attività di prevenzione per motivare la loro contrarietà all'inserimento della prevenzione dei rischi e delle malattie da lavoro nella riforma sanitaria; una contrarietà che, colpendo uno degli aspetti più qualificanti della riforma, tende a fare di questa solo uno strumento di interessi consumistici e corporativi. La tutela della salute del cittadino non può arrestarsi ai cancelli della fabbrica, deve coinvolgerlo come persona e come lavoratore. Un documento della Organizzazione mondiale della sanità ci invita a considerare che l'80 per cento dell'insieme delle malattie è da riferirsi alle condizioni di vita e di lavoro delle persone. Perciò non può essere indifferente ai fini della diagnosi e della terapia che il degente sia un contadino, un operaio chimico, un metalmeccanico o una casalinga. Eppure tra i tanti dati delle attuali cartelle cliniche dei malati negli ospedali sono ben pochi, quando non sono totalmente assenti, quelli riguardanti il lavoro dell'ammalato. Di qui la scelta di superare l'esistente separazione tra il cosiddetto momento tecnico o antinfortunistico da quello sanitario della prevenzione, unificando quindi le relative funzioni; e di qui l'interdisciplinarietà dell'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, non essendo possibile per la corretta difesa dei lavoratori distinguere il dato biologico da quello ambientale, le sostanze manipolate dalle tecnologie produttive, lo *stress* mentale e fisico dalle macchine e dai relativi carichi. Perciò la struttura portante dell'attività di prevenzione negli ambienti di lavoro non potrà che essere il presidio multizonale essendo l'unità sanitaria locale un livello troppo basso e che quindi non potrà disporre, anche per esigenze di spesa, dell'apporto di gruppi di lavoro aventi formazione interdisciplinare. Di qui la necessità di utilizzare e valorizzare nei presidi multizonali attrezzature e personale dei disciolti ENPI e Associazione nazionale controllo combustione, nonchè dei laboratori provinciali chimici, di igiene e profilassi, e infine anche degli ispettorati del lavoro.

Circa questi ultimi la disposizione dell'articolo 72 vuole giustamente mettere a frutto il loro patrimonio di esperienza e di professionalità, essendo a mio parere e per le ragioni che ho già detto da respingere la distinzione fra funzioni ispettive e sanitarie, antinfortunistiche le prime e sanitarie sull'igiene degli ambienti le seconde.

Ai suddetti presidi multizonali con competenze interdisciplinari — insisto su questo concetto — dovranno potersi rivolgere sia i lavoratori, sia le aziende per consulenze, indagini ed ispezioni periodiche, restando però i relativi oneri finanziari a carico delle aziende medesime, loro essendo la responsabilità primaria dell'igiene e della sicurezza del lavoro nelle fabbriche. Nulla perciò dovrà essere innovato rispetto all'attuale sistema di convenzionamento, non potendosi scaricare sulla collettività oneri che sono propri della produzione.

Sempre per quanto riguarda l'attività di prevenzione, assume particolare interesse per il mondo del lavoro l'attuazione della delega sull'Istituto per la prevenzione. Scelta questa

soluzione (e non quella di realizzare uno specifico dipartimento all'interno dell'Istituto superiore della sanità) si pongono due necessarie precisazioni: primo, rendere chiara ed esplicita la partecipazione dell'Istituto alla concreta attività di prevenzione nei luoghi di lavoro anche per la dovuta circolazione nei due sensi delle informazioni e delle esperienze; secondo, rendere partecipi i lavoratori alla sua gestione anche attraverso la presenza di rappresentanti del sindacato nei suoi organi di amministrazione. Preannuncio su questo l'intenzione di riproporre in Aula emendamenti già presentati in seno alla Commissione igiene e sanità.

Infine, sempre su questa materia della prevenzione c'è il problema dell'articolo 24. La delega in esso prevista non è soltanto di riordino della legislazione esistente; si tratta piuttosto di elaborare un vero e proprio codice su materie delicate e decisive che in base al decreto presidenziale n. 616 del 1977 possono e potranno essere disciplinate da leggi regionali. Il rischio della balcanizzazione di una normativa che deve invece conservare il suo carattere nazionale mi sembra piuttosto evidente qualora il Governo non pervenisse alla completa attuazione della delega nei tempi indicati dall'articolo 24.

A che punto siamo, onorevole Ministro, con i lavori preparatori di questa delega? Si è certi di farcela in modo compiuto entro il 31 dicembre 1979? Ove le risposte non fossero matematicamente affermative, potrebbe allora essere opportuno scorporare dalla delega le materie più urgenti, prevedendo per esse tempi più brevi per l'attuazione e tempi più lunghi per le rimanenti materie.

Da ultimo, ma non certo in ordine di importanza, esprimo l'avviso, onorevoli colleghi, che sia necessario considerare con attenzione le indicazioni che ci pervengono dal mondo sindacale per quanto riguarda il trasferimento del personale dei disciolti enti mutualistici, con particolare riferimento al tanto discusso articolo 67. Tali indicazioni riguardano, come certamente vi è noto, la discutibile esclusione delle amministrazioni statali tra le possibili destinatarie del personale degli enti disciolti (ciò in contrasto peraltro, mi sembra, con le riscontrate carenze di organici di molte di dette amministrazioni); l'esigenza di previsioni più puntuali circa le decorrenze dei trasferimenti; l'inquadramento del personale comandato ai sensi dell'articolo 19 della legge n. 386 del 1974; il trasferimento diretto nei ruoli di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 618 del 1977, del personale già comandato presso amministrazioni statali ai sensi della legge n. 349 del 1977; i fondi integrativi di previdenza, salvaguardando almeno i trattamenti in godimento da parte del personale in quiescenza.

Sempre in tema delle citate indicazioni sindacali, mi pare pure degno di considerazione il richiamo alle modalità ed alle fonti di finanziamento degli enti in liquidazione durante il periodo intercorrente tra il 31 dicembre 1979 e la data di scadenza del termine di cui al primo comma dell'articolo 18.

Onorevoli colleghi, concludendo questo mio intervento, sento il bisogno di fare, con forza, appello alla vostra sensibilità circa un problema decisivo per la vita stessa dell'istituendo servizio sanitario nazionale, per la credibilità ed il pieno successo di questa fondamentale riforma. Nel momento in cui ci accingiamo a dar vita ad un solo pubblico servizio, che costituisce una grossa novità per la vita del nostro paese, un pubblico servizio che assume interamente su di sè l'onere di rendere certo il diritto alla tutela della salute, è lecito interrogarci sul modo migliore di garantire continuità a tale necessaria tutela anche durante le pur legittime astensioni dal lavoro per sciopero. Non si risponda che il problema esiste ma che va risolto in altra sede, esulando dalle finalità di questa legge. Sarebbe una risposta elusiva. In questa legge infatti ci preoccupiamo, e giustamente, di garantire i diritti degli operatori sanitari, dei lavoratori, compreso quello fondamentale a vedere regolamentato il loro rapporto di lavoro mediante la contrattazione collettiva e i conseguenti accordi sindacali. Bene, ma vogliamo parlare un po' anche di doveri? Stiamo per sancire con gli articoli 47 e 48 che il livello delle remunerazioni e gli stessi istituti aventi contenuto economico saranno disciplinati da accordi sindacali. Giustissimo, ma non

è allora ugualmente giusto sancire che gli stessi accordi sindacali dovranno anche regolamentare il preavviso da dare per gli scioperi, le modalità di consultazione delle organizzazioni sindacali prima di qualsiasi misura necessaria per la prosecuzione obbligatoria di determinati servizi, i turni obbligatori e adeguati del personale che deve essere comandato durante lo sciopero, e le misure da adottare a carico degli inosservanti? Si tratta di misure minime, elementari, che si prendono anche nelle fabbriche, almeno là dove il sistema di relazioni industriali si mantiene su di un livello di civiltà; perché non dovrebbero essere adottate anche negli ospedali e negli altri essenziali servizi connessi alla tutela della salute del cittadino?

Noi della Democrazia cristiana non chiediamo affatto la regolamentazione per legge del diritto di sciopero; sappiamo benissimo che si tratta di questione complessa e controversa. Chiediamo di meno, ma sicuramente qualche cosa di più efficace anche sotto il profilo della responsabilizzazione delle coscienze: rendere obbligatorio l'inserimento negli accordi sindacali previsti da questa legge di clausole riguardanti l'autoregolamentazione dell'esercizio del diritto di sciopero, come condizione di validità degli accordi medesimi. Riteniamo, nel proporre questa soluzione, di essere in linea con le scelte responsabili delle confederazioni sindacali (certo non quelle anarcoidi e corporative degli autonomi), ma riteniamo anche con le nostre proposte di fornire una risposta concreta e positiva ad una precisa domanda del paese che non può essere disattesa. Discutiamone pure, ma con la ferma intenzione di respingere lungi da noi ogni tentazione di fuggire dalle responsabilità del momento presente. (*Applausi dal centro*).

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla seduta pomeridiana.

Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 17, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (*ore 13,25*).

Dott. PAOLO NALDINI
Consigliere vicario del Servizio dei resoconti parlamentari