SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

348ª SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 12 DICEMBRE 1978

(Pomeridiana)

Presidenza del vice presidente VALORI,
indi del vice presidente CATELLANI

INDICE

AUTORIZZAZIONI A PROCEDERE IN GIUDIZIO

Trasmissione di domanda . . . . . *Pag.* 15256

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL FENOMENO DELLA MAFIA IN SICILIA

Trasmissione di documentazione allegata alla relazione conclusiva 15256

CORTE DEI CONTI

Trasmissione di relazione sulla gestione finanziaria di ente 15256

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione 15255

Deferimento a Commissione permanente in sede referente 15255

Presentazione di relazioni 15256

Trasmissione dalla Camera dei deputati 15255

Seguito della 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.* 15258 e *passim*
CIACCI (*PCI*) 15257
DEL NERO (*DC*) 15265
GATTI (*DN-CD*) 15271
GIUDICE (*Sin. Ind.*) 15285
MANCINO (*DC*) 15280
* OSSICINI (*Sin. Ind.*) 15298
PECORINO (*Misto-MSI-DN*) 15289
ROCCAMONTE (*PSDI*) 15275

ENTI PUBBLICI

Trasmissione di relazioni 15256

INTERROGAZIONI

Annunzio 15301

Annunzio di risposte scritte ad interrogazioni 15301

Da svolgere in Commissione 15303

ORDINE DEL GIORNO PER LA SEDUTA DI MERCOLEDI' 13 DICEMBRE 1978 . . 15303

UNIONE DELL'EUROPA OCCIDENTALE

Trasmissione di raccomandazioni . . . 15257

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

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1200) — 4

Presidenza del vice presidente VALORI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 17*).

Si dia lettura del processo verbale.

MAFAI DE PASQUALE SIMONA, *segretario, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del 7 dicembre.*

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

Annunzio di disegni di legge trasmessi dalla Camera dei deputati

PRESIDENTE. Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

C. 2476. — « Modifiche ed integrazioni alla legge 14 agosto 1967, n. 800, in materia di impiego del personale artistico e tecnico » (1375-*B*) (*Approvato dal Senato e modificato dalla 2ª Commissione permanente della Camera dei deputati*);

C. 2433. — « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria) » (1494);

C. 2410. — « Modifiche alla legge 16 maggio 1977, n. 228, relativa al conferimento del grado di aspirante guardiamarina agli allievi della 1ª classe del corso normale dell'Accademia navale deceduti il 3 marzo 1977 sulle pendici del Monte Serra » (1496).

Annunzio di presentazione di disegni di legge

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente disegno di legge di iniziativa dei senatori:

DELLA PORTA, COSTA, SALERNO e MEZZAPESA. — « Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili » (1495).

È stato inoltre presentato il seguente disegno di legge:

dal Ministro del tesoro:

« Convalidazione del decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1978, n. 741, emanato ai sensi dell'articolo 42 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato, per prelevamento dal fondo di riserva per le spese impreviste per l'anno finanziario 1978 » (1497).

Annunzio di deferimento di disegno di legge a Commissione permanente in sede referente

PRESIDENTE. Il seguente disegno di legge è stato deferito in sede referente:

alla 5ª Commissione permanente (Programmazione economica, bilancio, partecipazioni statali):

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato

(legge finanziaria) » (1494) (*Approvato dalla Camera dei deputati*), previ pareri della 1ª, della 2ª, della 3ª, della 4ª, della 6ª, della 7ª, della 8ª, della 9ª, della 10ª, della 11ª e della 12ª Commissione.

Annunzio di presentazione di relazioni

P R E S I D E N T E . In data 11 dicembre 1978, a nome della 3ª Commissione permanente (Affari esteri), il senatore Viglianesi ha presentato le relazioni sui seguenti disegni di legge:

« Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra l'Italia e la Spagna per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e per prevenire le evasioni fiscali, con Protocollo aggiuntivo, firmata a Roma l'8 settembre 1977 » (1336);

« Ratifica ed esecuzione dell'Accordo sul traffico aereo tra la Repubblica italiana e la Repubblica federale di Germania, con scambio di Note, firmato a Roma il 28 gennaio 1977 » (1425) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

In data 11 dicembre 1978, a nome della 3ª Commissione permanente (Affari esteri), il senatore Orlando ha presentato la relazione sul seguente disegno di legge:

« Ratifica ed esecuzione della Convenzione sulla salvaguardia del mar Mediterraneo dall'inquinamento, con due Protocolli e relativi allegati, adottata a Barcellona il 16 febbraio 1976 » (1406) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

Annunzio di trasmissione di domanda di autorizzazione a procedere in giudizio

P R E S I D E N T E . Il Ministro di grazia e giustizia ha trasmesso la seguente domanda di autorizzazione a procedere in giudizio:

contro il senatore Mezzapesa per la contravvenzione prevista e punita dagli articoli 33 e 38 della legge 20 maggio 1970, numero 300, che dettano norme sull'assunzione dei lavoratori (*Doc.* IV, n. 61).

Annunzio di relazione della Corte dei conti sulla gestione finanziaria di ente

P R E S I D E N T E . Il Presidente della Corte dei conti, in adempimento al disposto dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, ha trasmesso la relazione concernente la gestione finanziaria dell'Istituto italo-africano, per gli esercizi dal 1973 al 1977 (*Doc.* XV, n. 108).

Tale documento sarà inviato alla Commissione competente.

Annunzio di documentazione allegata alla relazione conclusiva della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia in Sicilia

P R E S I D E N T E . La Segreteria della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia in Sicilia ha trasmesso la terza parte del IV volume della documentazione allegata alla relazione conclusiva presentata nella VI legislatura (*Doc.* XXIII, n. 4/2).

Annunzio di presentazione di relazioni relative ad enti pubblici

P R E S I D E N T E . Il Ministro dell'interno ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, quinto comma, della legge 20 marzo 1975, n. 70, le relazioni sull'attività svolta dai seguenti enti pubblici:

Ente nazionale per la protezione degli animali;

Istituto nazionale assistenza dipendenti Enti locali;

Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordomuti;

Unione nazionale mutilati per servizio;

Ente nazionale di lavoro per i ciechi;

Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili;

Fondazione « Gerolamo Gaslini »;

Ente Giuliano autonomo di Sardegna;
Opere laiche palatine pugliesi.

Tale documentazione sarà trasmessa alla 1ª Commissione permanente.

Annunzio di trasmissione di raccomandazioni approvate dall'Assemblea dell'UEO

P R E S I D E N T E . Il Presidente della Unione dell'Europa Occidentale ha trasmesso i testi di due raccomandazioni, approvate da quell'Assemblea, concernenti il disarmo e la politica europea degli armamenti.

Tali raccomandazioni saranno trasmesse alla 3ª Commissione permanente.

Seguito della 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 il seguito della 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 ed altri; Gorla ed altri; Tiraboschi ed altri; Zanone ed altri, già approvato dalla Camera dei deputati.

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

C I A C C I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, qualcuno potrebbe chiedersi (e qualcuno certamente se lo è chiesto) come mai nell'economia di una ventina di interventi il secondo Gruppo per numero e per importanza di questa Assemblea interviene con un solo oratore nel dibattito generale. Questo atteggiamento ben meditato del nostro Gruppo è stato scelto per due ragioni molto semplici: prima di tutto per ragioni di tempo, per non allungare troppo un dibattito che vogliamo invece snellire e concludere rapidamente; in secondo luogo — e questa è ovviamente la ragione sostanziale — perchè diamo per acquisito il ricco dibattito che si è svolto nel paese e nel Parlamento e al quale, come da ogni parte ci viene riconosciuto, abbiamo dato un contributo certamente determinante.

I comunisti hanno liberamente partecipato al dibattito in ogni sede, confrontandosi con gli altri e anche con se stessi, prima di raggiungere quella sintesi unitaria che oggi compattamente sostengono qui e di fronte al paese senza alcun bisogno di differenziazione. Poichè abbiamo una sola posizione e poichè non riteniamo produttivo ripetere tutto quello che già egregiamente è stato detto, riteniamo sufficiente intervenire con un solo oratore il quale, va da sè, volendo sottolineare solo alcuni aspetti della vasta problematica del servizio sanitario nazionale, non ne approfitterà per essere più lungo di altri colleghi.

Sono stati proprio i relatori Merzario e Cravero, ai quali va il nostro più sentito ringraziamento per la passione, la costanza e la competenza con la quale hanno seguito e coordinato, avvalendosi del contributo prezioso della segreteria della Commissione, tutto il lavoro svolto dalla Commissione stessa, a ricordarci che il disegno di legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale è arrivato in Aula dopo un lungo, appassionato e approfondito dibattito politico e culturale che si è sviluppato nel nostro paese.

Innumerevoli sono ormai le pubblicazioni, gli articoli, i saggi, i libri che potrebbero costituire una vera e propria biblioteca, che hanno trattato e sviscerato in tutti i suoi aspetti la situazione sanitaria del paese e la necessità di creare un servizio sanitario nazionale unitario. Noi comunisti che, come dicevo, siamo stati fra i primi a presentare un disegno organico di riforma sanitaria, siamo lieti di riconoscere che l'attuale disegno di legge, il quale, come affermano i relatori, rappresenta la prima legge-quadro dall'unità d'Italia ad oggi in materia sanitaria, è il frutto del contributo di tutte le forze poli-

tiche democratiche della maggioranza e degli apporti del mondo culturale e scientifico.

Il dibattito si è svolto senza preclusioni aprioristiche e soltanto coloro che non hanno voluto, come abbiamo visto in Commissione, non hanno contribuito all'elaborazione della proposta definitiva. Dico questo esplicitamente — può sembrare ovvio, ma non lo è — perchè certe irrequietezze, certi ripensamenti e certe pressioni dell'ultima ora (mi riferisco, ovviamente, più a fenomeni esterni che a fenomeni interni a quest'Aula, che pure mi pare che esistano) mi sembrano del tutto strumentali e fuori luogo, quando non rispecchiano interessi del tutto particolari o *particulari*, che dir si voglia.

Se lungo, appassionato e approfondito è stato il dibattito nel paese, non da meno è stato quello che si è svolto nelle Aule parlamentari. Infatti, senza contare quello della precedente legislatura, interrotto dallo scioglimento anticipato delle Camere, basterà ricordare l'ampio dibattito svoltosi alla Commissione sanità della Camera e poi nell'Aula di Montecitorio, quindi nella 12ª Commissione del Senato, dove, nell'arco di tre mesi, si è svolto un intenso lavoro di audizioni, teso a ricercare ulteriormente il massimo consenso possibile degli organi istituzionali e delle organizzazioni sociali. Occorre ricordare poi l'impegno nel dibattito generale, teso a verificare la volontà politica di portare rapidamente a termine l'*iter* della legge, mantenendone la struttura fondamentale quale ci veniva dalla Camera, ma migliorandone quegli aspetti che potevano apparire carenti; quindi il lungo lavoro della sottocommissione e della Commissione plenaria sull'articolato con l'ampia e assidua partecipazione dei commissari della maggioranza i quali, presi come erano da questo intenso lavoro, furono, signor Presidente, colpiti da quel fulmine a ciel sereno rappresentato dall'insorgere inopinato della polemica sull'assenteismo parlamentare. (Ma lo dico tra parentesi, speriamo che quella polemica non troppo generosa serva almeno ad abbandonare sempre più certi inutili riti e a guardare con maggiore attenzione alla sostanza e alle condizioni nelle quali si svolge il nostro lavoro).

P R E S I D E N T E . Senatore Ciacci, questo è un problema che è sicuramente all'ordine del giorno del Parlamento, e che non va affrontato con improvvisazioni, ma con grande serenità, con il contributo dell'esperienza che quasi tutti i parlamentari hanno del lavoro dell'Aula, del lavoro delle Commissioni e quindi della possibilità di regolamentare meglio i nostri lavori. Quello che mi preme sottolineare oggi è che non si può parlare di assenteismo dei parlamentari. L'assenteismo, nel termine normale, è una cosa che nuoce alla produzione. Ora, bisognerebbe dimostrare che nel corso di questa legislatura (ma direi anche nelle precedenti) la non presenza in certi dibattiti di parlamentari in Aula — che secondo anche modifiche del Regolamento, come ha rilevato il senatore Fanfani, presidente del Senato, può essere rimediata — ha nuociuto all'*iter* di leggi nelle Commissioni e in Aula, al rapporto fra il Parlamento e il paese e alle necessità del paese.

C I A C C I . La ringrazio, signor Presidente, anche se il suo intervento volesse suonare precisazione a quanto io ho detto in maniera molto piana e serena.

Grazie a tutto il dibattito che c'è stato, il Senato oggi può trarre tranquillamente positive e non certamente rituali conclusioni. E noi dobbiamo essere grati a tutti coloro che hanno partecipato al dibattito sulla riforma sanitaria per il contributo che hanno dato al raggiungimento di una tappa storica che in questo campo raggiungerà il nostro paese, con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, e che sarà contrassegnata dalla realizzazione di uno dei princìpi fondamentali della Costituzione, cioè da una nuova gestione della salute e dal capovolgimento dei criteri sinora seguiti in campo sanitario, col passaggio dalla cura della malattia alla promozione della salute come bene supremo del cittadino, mancando il quale tutti gli altri vengono meno.

Già trentun'anni fa, il 24 aprile 1947, l'Assemblea costituente approvava quel famoso articolo 32 della Costituzione nel quale si affermava che « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo

e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ». Tra parentesi ricorderò che vi erano dei costituenti — se non vado errato, ma lo dico soltanto per la verità storica, democristiani come Sullo, Valenti, Mastino ed altri — che presentarono una proposta di soppressione di questo articolo perchè esso non avrebbe affermato — cito testualmente — « nè diritti di libertà nè diritti sociali », mentre essenzialmente di questi diritti si doveva occupare la Costituzione. In altre parole, secondo questo gruppo di costituenti non c'era bisogno di affermare il diritto alla salute perchè sarebbe stato superfluo, ovvio e scontato. Anche con questo ricordo si può capire perchè ci sono voluti più di trenta anni per arrivare alle soglie dell'approvazione parlamentare di una proposta di legge tanto « ovvia », come evidentemente la ritenevano quel gruppo di costituenti nel lontano 1947.

A me preme sottolineare però che il disegno di legge per l'istituzione del servizio sanitario nazionale, anche se parte, come dice il primo comma dell'articolo 1, con la riaffermazione del principio costituzionale che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale, immediatamente lo supera con quello più completo della promozione della salute, quando all'articolo 2 fissa come principali obiettivi, prima ancora della diagnosi e della cura degli eventi morbosi, quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata, la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità e la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro.

Per raggiungere questi obiettivi di fondo della promozione della salute e della prevenzione delle malattie insieme a quelli della completa cura e riabilitazione, il servizio sanitario nazionale prevede una gestione unitaria globale, coordinata, razionale, decentrata e democratica di tutte le strutture sanitarie del paese; prevede un'assistenza sanitaria uguale per tutti i cittadini, ai quali è assicurata l'uguaglianza nei confronti del servizio, e su tutto il territorio nazionale, con il superamento degli attuali gravi squilibri territoriali che colpiscono in modo particolare il Mezzogiorno.

Per mantenere e rafforzare questi caratteri al disegno di legge che ci proviene dalla Camera, la seconda lettura operata nella 12ª Commissione non poteva essere e non è stata burocratica, come dimostra l'attenzione che è stata prestata alla prevenzione, ai controlli della spesa, ai poteri delle regioni e dei comuni, alla psichiatria ed agli altri importanti aspetti che sono stati difesi e spesso migliorati. Talvolta purtroppo si è avuto anche, secondo noi, un peggioramento del testo, come è accaduto per l'articolo 42, che riguarda gli istituti a carattere scientifico, e per l'articolo 43, che riguarda l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie. Ma anche questi peggioramenti, che auspichiamo vengano superati dall'Assemblea, dimostrano che il confronto ed il dibattito in Commissione sono stati tutt'altro che burocratici. Del resto non poteva e non può esservi posto per atteggiamenti burocratici perchè siamo tutti consapevoli — e quando dico tutti intendo sia quelli che tra noi vogliono realmente riformare e rinnovare, sia coloro che vogliono conservare il più possibile, magari facendo finta di voler cambiare tutto — che si tratta di un processo che non è cominciato, come chiaramente dimostrano i colleghi Merzario e Cravero nella loro relazione, con il disegno di legge al nostro esame nè con la sua approvazione finisce. È l'idea del processo, più che del fatto risolutivo, che pervade tutta la riforma, processo che per svilupparsi positivamente dovrà coinvolgere realmente lo Stato ed ai vari livelli le regioni, gli enti locali, tutte le forze sociali, tutti i cittadini e non ultimi gli operatori sanitari.

Sappiamo che in vari settori dello schieramento politico vi sono i critici, gli scettici, i preoccupati per le sorti della riforma. Credo che le critiche, gli scetticismi e le preoccupazioni di oggi non sarebbero privi di fondamento se potessero contare in anticipo sul fallimento di quel processo che noi, che le forze riformatrici vogliono mettere in moto. Ma siamo certi che su questo presupposto

fallimento non si potrà contare perchè, tra l'altro, di fronte allo sfascio attuale del sistema sanitario, nessuno ha saputo avanzare proposte concrete costruttive ed alternative a quelle della maggioranza che si riconosce nell'istituendo servizio sanitario nazionale.

È questa idea del processo di rinnovamento che noi abbiamo presente quando affermiamo che l'attuale disegno di legge, come diceva il collega Triva alla Camera, si propone di cambiare tutto senza fermare niente; cioè di assorbire le strutture preesistenti, senza intralciarne l'opera, fino al passaggio dal vecchio al nuovo sistema. Il servizio sanitario nazionale, come è stato giustamente affermato, non è un nuovo ente, bensì l'esercizio coordinato delle funzioni che competono a vari livelli allo Stato, alle regioni, ai comuni; un sistema insomma coordinato e razionale, unitario e decentrato, uguale per tutti e democratico e quindi in prospettiva più efficiente e più economico se considerato nel quadro dell'economia generale del paese, nel quale hanno certamente un peso determinante le condizioni di salute dei cittadini.

Va da sè che per realizzare questa prospettiva di razionalità e di economicità è necessario un reale, coerente ed autentico rigore da parte di tutti ed in modo particolare da parte di chi è sempre pronto a predicare l'austerità ed il sacrificio, salvo poi a cedere molto spesso alle spinte corporative ora dell'una ora dell'altra categoria.

Queste considerazioni mi portano ad affrontare alcuni degli aspetti più discussi della riforma sanitaria, a cominciare proprio da quello della spesa. Nel corso del dibattito in Commissione ed anche stamane mi sembra che da parte del senatore Ruffino sia stata posta una serie di interrogativi: riusciremo a migliorare la situazione sanitaria del paese, contenendo i costi? Va bene l'assistenza uguale per tutti e sempre, ma quanto costa? Quanto costerà la prevenzione? Quanto costerà eliminare gli squilibri territoriali? Credo che questo modo di porsi le domande in materia sanitaria sia alquanto anacronistico perchè, se è vero che bisogna contenere le spese — e su questo siamo tutti d'accordo —, è anche vero che la situazione in cui versa il sistema sanitario del paese è divenuta intollerabile, come certe recenti esplosioni hanno abbondantemente confermato e confermano. Il sistema mutualistico è quantomeno superato. Molti ospedali sono nel caos e l'esigenza di una assistenza generalizzata ed uguale per tutti e in tutto il paese è sempre più avvertita. La prevenzione appare sempre più come il nodo centrale da sciogliere.

Onorevoli colleghi, a mio avviso la salute dei cittadini come bene supremo e irrinunciabile andrebbe garantita ad ogni costo. Ma poichè mi rendo conto che questa potrebbe apparire a qualcuno un'affermazione demagogica, credo che sia sufficiente rimanere ai fatti per avere una risposta adeguata. L'ex ministro della sanità, senatore Dal Falco, quando era ancora in carica, affermò che il costo della non riforma era di dieci miliardi al giorno. È da presumere che l'allora Ministro fosse sufficientemente documentato nel fare tale affermazione. In implicita polemica con la richiesta del ministro del tesoro Pandolfi di tagliare 1.500 miliardi della spesa sanitaria, l'attuale ministro della sanità, onorevole Anselmi, ha dichiarato in una recente intervista che « il problema essenziale è invece quello di governare e di qualificare la spesa, poichè sappiamo che vi sono settori di sperpero, mentre probabilmente esistono altri settori nei quali bisogna qualificare ed aumentare la spesa ».

Il problema secondo noi è anche quello di distinguere una buona volta la reale spesa sanitaria dai reali costi, andando a vedere quanto realmente l'attuale sistema e l'attuale situazione sanitaria del paese costino alla società ed allo Stato. Gli esempi potrebbero essere tanti. Da un rapido calcolo, per farne uno, lo stesso ministro Anselmi ha dimostrato come sono già stati reperiti quei 1.500 miliardi reclamati dal suo collega Pandolfi; 800 di questi sono rappresentati soltanto dal risparmio di interessi bancari sulle spese ospedaliere coperte dalla recente legge di adeguamento del fondo nazionale ospedaliero. Per fare un altro esempio molto indicativo vorrei ricordare che, allorquando si pervenne alla nuova definizione

del sistema per la determinazione del prezzo dei farmaci, con la abolizione dello sconto del 19 per cento che l'industria farmaceutica doveva praticare agli enti mutualistici, inserimmo nella legge una clausola che impegnava il Governo a regolarizzare i debiti pregressi nell'arco di tre mesi. Ebbene, di fronte alla pigrizia ed ai ritardi di alcuni settori governativi ad onorare un impegno chiaramente sancito nella legge, abbiamo dovuto sollecitare ripetutamente — ed il collega Merzario lo ha fatto una decina di volte in sede parlamentare — il recupero dei 700-800 miliardi che l'industria aveva illecitamente trattenuto con tassi di sconto irrisori. Finalmente, dopo tanta insistenza, abbiamo saputo in questi giorni che si va profilando un accordo per il recupero di questa ingente somma e per sanare così una situazione che rasenta il limite dell'assurdo.

Certamente nessuno di noi è così sprovveduto da dimenticare quello che notoriamente viene definito il « paradosso medico ». Il progresso della società, come giustamente rilevava lo specialista Antonio Brenna, contrariamente a quanto accade in altri settori, molto spesso alimenta nuovi bisogni e quindi fa nascere la necessità di nuovi e più costosi servizi. Lo stesso autore porta degli esempi alquanto eloquenti. Così, la riduzione della mortalità prenatale comporta un aumento del numero degli handicappati; d'altro canto l'allungamento della vita media alimenta la domanda di servizi ospedalieri e non, per gli anziani. E gli esempi potrebbero continuare.

In sostanza qualsiasi progresso medico alimenta la speranza di ulteriori categorie di sofferenti, categorie la cui sopravvivenza presuppone un sistematico utilizzo di servizi sanitari spesso estremamente costosi. Si pensi, per esempio, all'emodialisi o ai trapianti, che sono due casi emblematici, ma non certamente unici. Questo paradosso, per dirla sempre con le parole del professor Brenna, costituisce un problema fondamentale dei sistemi sanitari futuri, ponendo spesso scelte drammatiche al programmatore. Come si giustifica, ad esempio, l'impiego di enormi mezzi per prolungare l'esistenza comunque precaria di una persona quando mancano le risorse per assicurare a larghe masse condizioni igieniche accettabili?

Non è certamente questa la sede per rispondere ad un interrogativo così drammatico, ma credo comunque che saremmo nel giusto soltanto se facessimo ogni sforzo per tendere a conciliare, per quanto conciliabili, le due esigenze. Certo, proprio la constatazione delle possibilità aperte dal progresso medico e la consapevolezza che l'utilizzazione pratica di tali possibilità presuppone l'impiego di enormi risorse deve indurre i responsabili ad intervenire con estremo rigore nel taglio dei molti sprechi, nonchè di tutte quelle spese che vanno ad alimentare consumi dall'efficacia quanto mai dubbia.

Qui bisogna individuare i reali nemici del contenimento della spesa sanitaria, che sono le spinte corporative, le pressioni consumistiche, i condizionamenti industriali e commerciali. Come si sa, tanto per fare un esempio, vicino ai colleghi, di certe pressioni, l'introduzione del *ticket* sui medicinali non ha certamente suscitato gli entusiasmi dei lavoratori e in modo particolare dei pensionati ai livelli più bassi; ma non si può negare, onorevoli colleghi, che c'è stato uno sforzo di comprensione da parte di queste categorie, proprio da parte delle categorie più semplici. Ora, secondo le statistiche, dopo l'introduzione del *ticket* i consumi sono diminuiti del 14 per cento in settembre e dell'11 per cento in ottobre. È bastata questa diminuzione per far gridare al giornale della Confindustria (cito): « il *ticket* rischia di aggravare la crisi del settore farmaceutico » e per far esprimere al presidente della Farmindustria Alberto Aleotti (cito) « la speranza che dopo un periodo di assestamento ci sia un buon recupero come è successo negli altri paesi ».

Vorrei sapere se queste indicative affermazioni sono state prese in considerazione da quegli attenti studiosi dell'AREL (Agenzia di ricerche economiche e legislazione) nella quale confluiscono soprattutto economisti e tecnici della democrazia cristiana come Agnelli, Pandolfi, Stammati, Malfatti, Andreatta e Siro Lombardini che avrebbero, come ho letto su un giornale (vedi « La Nazione » dell'8 dicembre 1978), stilato una se-

rie di perfezionamenti da apportare successivamente alla legge di riforma sanitaria, il cui perno dovrebbe essere rappresentato dall'introduzione di un *ticket* regionale sui farmaci e forse su altri consumi sanitari. Sarebbe d'altra parte interessante sapere da questi illustri studiosi, e in modo particolare dal senatore Andreatta, da dove hanno tratto la convinzione che — cito sempre testualmente — « la legge di riforma non contiene un affidabile sistema di controllo della spesa, la quale di conseguenza potrà galoppare liberamente e al limite » — è una notazione di Andreatta — « assorbire perfino l'intero reddito nazionale ».

Secondo me si tratta di un atteggiamento a dir poco un tantino irresponsabile e terroristico, che non tiene conto del reale impianto della riforma sanitaria, che esclude nel modo più assoluto ogni automatismo della spesa, mentre prevede un sistema di adeguati controlli che possono sfuggire soltanto a lettori frettolosi e disattenti. Infatti l'articolo 3 stabilisce come vengono fissati e programmati gli obiettivi e i livelli delle prestazioni sanitarie nell'ambito del piano sanitario di cui all'articolo 53, che è predisposto dal Governo, sentito il Consiglio sanitario nazionale e che deve prevedere gli obiettivi e l'importo del fondo sanitario nazionale e la sua ripartizione tra le regioni, gli indirizzi cui devono uniformarsi le regioni, le norme per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, le verifiche e i controlli e via dicendo. Così all'articolo 51 si stabilisce che il fondo sanitario nazionale è annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello Stato, mentre gli amministratori comunali e i rappresentanti dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale sono responsabili in solido delle spese disposte o autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita. Basta leggere — lo sottolineo ancora — con un minimo di attenzione questi articoli e l'insieme della legge per accorgersi che siamo ben lontani dagli automatismi, mentre invece viene affermata — ecco il punto — con chiarezza la linea della responsabilizzazione delle varie istanze statali, regionali e locali; questa è una linea certamente non facile, ma sicuramente pagante, come dimostra l'esempio che in modo particolare offrono alcune regioni in materia ospedaliera.

Leggo in proposito sul « Sole-24 ore » del 12 novembre 1978 che l'esperienza regionale sembra caratterizzata dalle seguenti tendenze: innanzi tutto una diminuzione della media nazionale del saggio di incremento della spesa per l'assistenza ospedaliera rispetto al quinquennio precedente, saggio sceso dal 22 per cento annuo al 16-17 per cento circa, risultato tanto più apprezzabile qualora si consideri il maggiore tasso di inflazione degli anni più recenti; in secondo luogo una diminuzione del saggio di incremento dei posti-letto. Nel 1976, rispetto al 1975, si nota addirittura una diminuzione del numero dei posti-letto presso gli ospedali pubblici, diminuzione che è dello 0,4 per cento sulla media nazionale. Si tratta di risultati tanto più apprezzabili se si pensa quanto siano diffusi, per varie e note ragioni che non starò certo qui ad elencare, il ricovero facile e la pressione di certe componenti sanitarie e politiche ben individuate per l'aumento dei posti-letto, che sono ancora considerati come posti di potere.

Si tratta di incoraggiare questa linea di responsabilizzazione democratica di cui i dirigenti della politica sanitaria del passato non hanno certamente dato sempre prove brillanti.

Un altro aspetto che mi corre l'obbligo di trattare — è l'unico intervento del Gruppo comunista e il Presidente sarà tollerante con me — è quello che riguarda i medici; e ne voglio parlare a proposito di responsabilizzazione. Vorrei dire qualche parola sul ruolo dei medici, di cui si discute molto nella categoria e nel paese. Sia chiaro, onorevoli colleghi, che io parlo del ruolo dei medici e non del ruolo medico di cui si è parlato anche l'altro ieri al congresso della ANAO a Firenze, che ovviamente è un'altra cosa rispetto al ruolo dei medici del servizio sanitario nazionale.

È ovvio che i medici giochino un ruolo decisivo nella tutela della salute dei cittadini; meno ovvio e meno scontato è che i medici in generale giochino sempre un ruolo altrettanto decisivo per contenere la spesa sa-

nitaria, quando invece proprio i medici costituiscono l'anello decisivo del consumo sanitario. L'uso e l'abuso di un medicinale, l'esame diagnostico necessario o inutile e talvolta dannoso, il ricovero in ospedale o meno sono determinati quasi esclusivamente dal parere del medico.

Ai medici, ai quali nessuno ha certamente negato o nega un adeguato trattamento economico, bisogna chiedere qualcosa di più proprio per diminuire le spese nel settore sanitario. Noi siamo convinti che troveremo la loro adesione, poichè essi sentono certamente e devono sentire di essere vittime di un meccanismo consumistico del quale non sono responsabili e che non è certamente gratificante dal punto di vista professionale, intellettuale e morale.

Ma sempre per quanto riguarda i medici, che certe forze cercano affannosamente di agitare contro la riforma sanitaria (oggi mi pare che ci sia uno sciopero in corso) perchè non terrebbe conto del loro ruolo, perchè li trasformerebbe in burocrati della salute e così via, vorrei dire che il disegno di legge al nostro esame si muove in direzione esattamente opposta a quella che si vorrebbe far credere. Tanto che, a mio parere, talvolta si stabiliscono per i medici delle condizioni di favore che non hanno niente a che vedere con il ruolo del medico e che non rappresentano certamente un buon esempio per altre categorie. Anche se deve essere salvaguardata, collega Costa, la libera scelta del cittadino di fronte al medico!

Basta pensare all'esercizio della libera professione, che viene sempre e comunque garantito anche all'interno delle strutture pubbliche e anche per i medici a tempo pieno, i quali sostengono, come hanno fatto a Firenze, che sarà questo il modo per esaltare il ruolo e la funzione della medicina pubblica.

Circa poi la partecipazione dei medici alla gestione dei vari momenti del servizio sanitario nazionale — anche questa è una cosa che è stata lamentata lungamente e ripetutamente — essa non è certamente sottovalutata o burocratizzata, come da qualche parte viene strumentalmente sostenuto. Tale partecipazione è prevista all'articolo 8, che riguarda la funzione e la composizione del consiglio sanitario nazionale; all'articolo 11, che riguarda le competenze e l'attività delle regioni; all'articolo 13, che riguarda le attribuzioni ai comuni che devono assicurare — vedi l'ultimo comma — la più ampia partecipazione degli operatori della sanità; all'articolo 15, che riguarda la struttura ed il funzionamento delle unità sanitarie locali e che prevede la partecipazione degli operatori anche mediante l'istituzione di specifici organi di consultazione tecnica e l'articolazione dell'ufficio di direzione distintamente per la responsabilità sanitaria e per quella amministrativa; così all'articolo 30 e così all'articolo 53 per quanto concerne l'elaborazione del piano sanitario nazionale.

Ho voluto ricordare questi punti precisi perchè sono convinto che l'agitazione indiscriminata che si va conducendo nel paese non è assolutamente giustificata e non giova certamente alla creazione di quel clima che è indispensabile per realizzare i presupposti del servizio sanitario nazionale.

L'attenzione che giustamente si rivolge ai medici non deve far dimenticare i problemi importanti ed antichi del personale paramedico e di quello ausiliario. Ci scontriamo qui, soprattutto per il personale paramedico, con problemi di quantità, qualità e di trattamento economico. Tra infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia, infermieri generici, non arriviamo a 120.000 unità, mentre ne dovremmo avere almeno 230.000 e addirittura 350.000 se prendessimo come parametro il servizio sanitario inglese.

Sono fin troppo note poi le carenze per quanto riguarda la formazione professionale, la mancanza di adeguate scuole e corsi, cose di cui ha parlato stamane in maniera ampia il professor Bompiani, il cui intervento mi dispensa in larga parte da quello che avrei voluto dire.

Il problema della formazione del personale medico e paramedico è molto grave e da lungo tempo dibattuto senza che si sia arrivati ancora ad un disegno di legge organico. Speriamo che quanto detto in quest'Aula dal ministro Pedini il 1° dicembre possa avverarsi rapidamente, cioè speriamo che si

arrivi presto, come ha detto l'onorevole Pedini, alla riforma della facoltà di medicina: è una speranza che deriva da una assoluta necessità.

« Il significato della riforma » — scrivono Seppilli, Mori e Modolo in un pregevole studio pubblicato dal « Pensiero scientifico » — « dipende dall'interpretazione dei politici e della popolazione, da un lato, e dalla comprensione dei princìpi ispiratori da parte del personale sanitario e dei medici in particolare, dall'altro ». « Ma la comprensione della nuova pratica medica » — continuano gli autori — « chiede una base scientifica e tecnica che oggi i medici non hanno e le facoltà mediche non offrono. E non solo da noi: è da molti anni che l'Organizzazione mondiale della sanità promuove incontri, studi, ricerche per stimolare la riforma delle facoltà mediche e delle scuole di medicina in generale, consapevole del fatto che la medicina preventiva rappresenta la nota qualificante della nuova medicina e che essa non si realizza semplicemente dotando il medico di nuovi strumenti e tecniche di laboratorio. In conclusione il servizio sanitario nazionale deve poter contare su medici che comprendano la funzione sociale della loro professione, che siano pronti a partecipare all'azione preventiva, anche a livello collettivo, che sentano le loro responsabilità di educatori del pubblico ».

Vorrei arrivare finalmente alla conclusione con un accenno proprio alla prevenzione, che noi riteniamo di capitale importanza. Abbiamo bisogno, come dicevo, se vogliamo che la prevenzione diventi veramente il punto centrale della riforma, che si ponga attenzione alla formazione del personale e che si ponga particolare attenzione alla strumentazione per quanto riguarda appunto la prevenzione.

Qualcuno, sempre preoccupato dei costi, si è preoccupato anche di quelli della prevenzione; e può essere giusto preoccuparsi di questi aspetti (stamane lo ha fatto il senatore Ruffino, mi pare); ma ancora più giusto, senatore Ruffino, è preoccuparsi del fatto che — per fare solo alcuni esempi prima di concludere — in Italia abbiamo dei tristi e costosi primati negativi in questo campo: ogni giorno 13 infortuni mortali, 250 lesioni gravi ed invalidanti, 25.000 infortuni leggeri. Considerando un milione e 146.000 infortuni nel settore industriale (di cui 1.862 mortali), 200.000 in agricoltura (di cui 827 mortali), registriamo in un anno un milione e 342.000 infortuni e 2.879 episodi mortali. Abbiamo qualche cosa come 171 infortuni ogni ora! In soli dieci anni le pensioni per invalidità permanente e malattie professionali sono passate da 450.000 a 726.000.

Anche se non volessimo contare il danno incalcolabile prodotto sugli ambienti di vita e di lavoro dagli inquinamenti dell'aria, dell'acqua e del suolo, queste cifre dimostrerebbero da sole che stiamo pagando alla mancanza di prevenzione un prezzo economico e umano assolutamente intollerabile per un paese civile. Ecco perchè sulla prevenzione, che è certamente problema di spesa, ma anche e direi soprattutto di orientamento e di direzione della politica sanitaria, bisogna concentrare il massimo di sforzi possibile. Proprio così facendo eviteremo quella sanitarizzazione dei cittadini di cui si è parlato anche stamane, che alcuni con la prevenzione generalizzata temono e che invece oggi esiste effettivamente, proprio per la mancanza di un'adeguata azione preventiva.

Tralascio per ragioni di tempo altri aspetti che meriterebbero la nostra attenzione, ma che sicuramente saranno trattati nel corso del dibattito, come la psichiatria e le strutture dell'unità sanitaria locale, e ripresi dai relatori. Concludendo, come già abbiamo avuto modo di affermare in altre sedi, noi comunisti sosteniamo con convinzione, senza esitazioni e senza troppe distinzioni, come invece avviene per altre parti, questo disegno di legge per almeno quattro ragioni fondamentali: per il valore umano e sociale della proposta, che tutela il primo diritto del cittadino, quello alla salute, e fa compiere un grande passo avanti per la conquista concreta di una nuova qualità di vita; per il valore istituzionale della riforma, che contribuisce alla riforma generale dello Stato e delle autonomie, avviata con la legge n. 382, unificando e coordinando le funzioni, decentrando le competenze e allargando la partecipazione dei cittadini; per il suo valore eco-

nomico, per l'unificazione dei centri di spesa, per il controllo democratico e la responsabilizzazione che si realizza ai vari livelli, per la riqualificazione della spesa che appare oggi una prospettiva concreta; per il valore complessivo che la riforma rappresenta come dimostrazione di volontà politica, da parte delle forze democratiche, di rispondere realmente e concretamente alle esigenze del paese.

Abbiamo detto che questo disegno di legge non è tutto e non è un'opera compiuta e definitiva, ma è l'avvio di un processo o, se si vuole, la continuazione di un processo già avviato con altre leggi; dalla sua rapida e improcrastinabile approvazione sono sicuro, onorevole Presidente e onorevoli colleghi, come molti di voi, che il paese trarrà nuovi elementi di fiducia nel nostro sistema democratico. (*Applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

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

D E L N E R O . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli senatori, il disegno di legge n. 1291 sull'istituzione del servizio sanitario nazionale giunge all'esame del Senato dopo essere stato discusso per oltre tre mesi in Commissione e dopo l'approvazione della Camera dei deputati, espressa sulla base del disegno di legge governativo presentato in quel ramo del Parlamento il 16 marzo 1977 e di quattro proposte di legge di iniziativa parlamentare.

Il tema, che ormai, vorrei dire, è quasi storico, era già stato ampiamente approfondito con la discussione del precedente e analogo provvedimento presentato nel 1974, che non potè concludere il suo *iter* legislativo per la fine anticipata della legislatura, e si pone quale attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

La Commissione ha ritenuto che le linee fondamentali, i princìpi ispiratori e gli obiettivi del disegno di legge, espressi nel testo pervenutoci dalla Camera, fossero nel loro complesso da confermare e ha portato alcune modifiche che si ritiene migliorino taluni aspetti letterari o logico-giuridici e apportino variazioni di contenuto suggerite dall'approfondimento dello studio, da leggi nel frattempo approvate o da diverse situazioni successivamente verificatesi e da opportune segnalazioni di organismi istituzionali, categorie e uomini di cultura.

L'assistenza sanitaria, sorta come attività di beneficienza e di carità, affermatasi poi con la mutualità, che ha il grande merito di aver esteso quasi a tutti i cittadini, quale impegno derivante da un contratto obbligatorio di assicurazione, l'attività assistenziale e di aver organizzato presidi e strutture qualificate, anche se talora è degenerata in forme troppo massificatorie o burocratiche, viene ora affermata come attività di sicurezza sociale, come soddisfazione del diritto del cittadino alla tutela della salute. L'impostazione del disegno di legge va collegata con la nuova legge sulle autonomie locali e con quella sulla riforma dell'assistenza. Sarebbe stato anzi necessario che i tre provvedimenti venissero approvati insieme. Non essendo ciò possibile, occorre riaffermarne lo stretto collegamento, onde se ne tenga conto in sede di attuazione e, se necessario, per future modifiche dello stesso testo che ora si sta approvando.

Ritengo in primo luogo di sottolineare i princìpi fondamentali ispiratori della legge, quali la globalità degli interventi nelle fasi della prevenzione, della cura e della riabilitazione, l'uguaglianza di trattamento e la pari dignità sociale dei cittadini, l'estensione dell'assistenza a tutti i cittadini, l'equa distribuzione nel territorio dei presidi sanitari e la partecipazione degli utenti, delle comunità locali, delle forze sociali, degli operatori sanitari alla loro gestione. Concetto base è che la tutela della salute è un diritto dell'individuo e un interesse della società per cui essa deve realizzarsi sempre nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Tale rispetto non è un limite al potere decisorio dell'organizzazione pubblica sanitaria, ma una finalità del servizio sanitario nazionale, che deve concorrere allo sviluppo della persona umana liberandola dai condizionamenti della malattia e comunque dallo stato di non benessere. Detta finalità deve essere sempre tenuta pre-

sente sia quando si legiferi di trattamenti sanitari obbligatori sia quando si decida sulla libera scelta, da parte del malato, del medico, del luogo di cura nella propria regione o altrove, delle forme di cura eccetera, sia quando si disciplinino la libertà professionale del medico, il segreto professionale, i casi di assistenza indiretta. Il rispetto della dignità e della libertà della persona umana viene esaltato dall'interesse della collettività alla tutela della salute, specialmente nei suoi aspetti socio-economici, ambientali, organizzatori e di partecipazione.

Nel fissare gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, inoltre, il legislatore poteva scegliere due strade: fissare degli *standards* minimi di assistenza da garantire a tutti i cittadini, lasciando al cittadino singolo o associato di curare forme di integrazione dell'assistenza, oppure stabilire degli *standards* ottimali, organizzando il servizio sanitario nazionale in modo da garantire il raggiungimento degli stessi. È sembrato che nessuna delle due soluzioni fosse esatta, la prima perchè avrebbe in breve riprodotto diversità di trattamento e un prolificare di istituzioni ed enti sanitari, così da ripercorrere a ritroso e in modo più disordinato ed ingiusto il cammino percorso dalla mutualità alla sicurezza sociale; la seconda perchè avrebbe richiesto mezzi enormi, avrebbe posto traguardi mai raggiungibili (cos'è ad esempio lo *standard* ottimale per la prevenzione?) e avrebbe infine conculcato ogni individuale o privata iniziativa. Si è scelta così una soluzione mediana, che tende alla seconda ma non l'accetta. Si sono previsti cioè piani nazionali e regionali, i quali devono fissare gli *standards* assistenziali da raggiungere nei vari anni, tenuto conto delle situazioni locali, regionali e nazionali, storiche o contingenti, sociali ed economiche. Occorre anche affermare che la Costituzione affida alla Repubblica, quindi allo Stato, alle regioni, agli enti pubblici, la tutela della salute ma precisa che essa deve essere gratuita solo per i bisognosi. I cittadini pertanto devono concorrere alla spesa col pagamento sia delle imposte sia di contributi, quali ad esempio i contributi mutualistici, sia di quote di partecipazione per utilizzare certi servizi, come ad esempio il *ticket*.

In ossequio a questi princìpi, il disegno di legge precisa le competenze dello Stato, delle regioni, degli enti locali ai sensi degli articoli 117 e 118 della Costituzione. La soluzione realizzata ci sembra valida e significative ci appaiono le precisazioni che vengono inserite con gli emendamenti della Commissione. Allo Stato compete determinare gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e la fissazione dei livelli delle prestazioni che devono essere assicurate a tutti i cittadini, nonchè di garantire una disciplina uniforme in materia di difesa ambientale, d'igiene pubblica, della prevenzione, dell'omologazione di macchine, della ricerca e sperimentazione clinica eccetera. Deve provvedere inoltre ai rapporti internazionali, alla profilassi internazionale, alla regolamentazione sulla produzione e commercio dei farmaci, sui prodotti e attività che interessano la salute e sulle qualifiche professionali in tutti gli aspetti che richiedono una disciplina unitaria e uniforme in tutto il territorio nazionale. Spetta in particolare allo Stato e per esso al Governo di stabilire l'indirizzo ed il coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, mentre il Parlamento approva il piano sanitario nazionale. Tali compiti richiedono un riordinamento del Ministero della sanità che sia in primo luogo qualitativo, ma anche quantitativo dovendo detto Ministero assolvere a compiti già svolti da altri ministeri e ad alcuni anche di quelli svolti da altri enti pubblici che vengono disciolti.

Nei limiti fissati dalle leggi dello Stato le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonchè particolari funzioni amministrative. Alle regioni viene delegata l'attuazione di molte delle attività statali sopra ricordate, mentre la Commissione ha proposto che la regione, nell'espletamento dell'attività legislativa, debba preoccuparsi non solo di adeguare la legislazione nazionale alle esigenze ed alle situazioni regionali, di coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici e di organizzare il territorio, ma anche di assi-

curare la corrispondenza dei costi dei servizi ai relativi benefici. È questo un impegno che va sottolineato e che dovrà essere seguìto se non si vorrà fare una gestione demagogica e sconsiderata del pubblico denaro. Tutte le funzioni del servizio nazionale sono infine affidate ai comuni singoli o associati, che le dovranno gestire attraverso l'unità sanitaria locale (USL).

Questo è stato un punto di approfondito e lungo esame. La chiamata diretta di responsabilità della comunità locale è importante. Essa può rappresentare l'unità, la capillarità, l'aderenza locale, la partecipazione effettiva nel grande servizio di tutela della salute.

È un atto di fiducia nella maturità dei cittadini, che sappiano gestire il servizio senza grettezza, faziosità, eccessiva politicizzazione, egoismi, corporativismi, clientelismi, lassismi e faciloneria tecnica, finanziaria, amministrativa.

Se la fiducia fosse male posta non sarebbe solo il servizio sanitario a fallire sul piano economico e della qualificazione, ma la stessa nostra capacità di restare in un sistema democratico. La nuova stesura dell'articolo 15, infine, ha portato maggiore chiarezza logico-giuridica ed ha contemperato, riteniamo, la necessaria elasticità e autonomia dell'USL, senza farne una persona giuridica staccata dal comune, con la responsabilità politica del comune singolo o associato.

Struttura fondamentale del servizio è la USL. Su di essa graverà l'onere principale del servizio, tanto che sul suo funzionamento permangono preoccupazioni.

Il suo ambito di azione oscillerà di norma dai 50.000 ai 200.000 cittadini. Essa sostituirà i consigli di amministrazione degli ospedali, i comitati delle mutue e, per quanto di competenza, le direzioni generali e provinciali degli enti mutualistici, nonchè talora i compiti di amministrazione provinciale, prefettura e uffici pubblici vari.

Si rimedierà certamente a dispersioni e duplicazioni, ma molte difficoltà si incontreranno nel concentrare ad un unico livello locale tante competenze. Non sarà facile trovare esperienze, capacità, aperture di orizzonti, per cui occorrerà agire con molta abilità ed organizzare la presenza tecnico-consultiva e talora sostitutiva da parte della regione, che deve programmare e dare direttive, e del Governo e del Ministero della sanità, che deve coordinare e fissare gli obiettivi del servizio sanitario nazionale e promuovere la legislazione opportuna.

Con le modifiche apportate al testo della Commissione si dispone l'articolazione dell'USL in distretti di base, si esclude dai compiti di certificazione medico-legale il personale militare, al quale occorrerà aggiungere quello delle ferrovie e vigili del fuoco in armonia alla lettera *z*) dell'articolo 6. Ritengo che all'articolo 13 vada ripreso il riferimento, in sede di consultazioni da parte del comune e dell'USL, ai rappresentanti degli originari interessi ancora presenti negli ospedali.

Da amministratori esclusivi, essi sono passati con la riforma ospedaliera a componenti dei consigli di amministrazione degli ospedali; in questa sede, nella quale l'ospedale è assorbito nell'USL, essi dovrebbero, per un giusto riconoscimento morale e giuridico, entrare a far parte del comitato di gestione o almeno dovrebbe prevedersi la loro ufficiale e obbligatoria consultazione.

Ci sembra inoltre che vada meglio precisato come viene costituita l'assemblea dell'USL quando vi sono più USL tutte comprese nello stesso territorio comunale. Ci sembra chiaro che in tale caso debba essere il consiglio comunale che forma l'assemblea, ma forse occorre una migliore precisazione nel testo dell'articolo 15. Importante è anche l'indicazione delle prestazioni di cura che deve fornire l'unità sanitaria locale, che riguardano l'assistenza medica generica, pediatrica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica, che possono essere prestate sia in forma ambulatoriale che domiciliare. Da sottolineare poi che mentre l'assistenza specialistica viene prestata presso gli ambulatori dell'unità sanitaria o presso centri convenzionati, l'assistenza medica generica e pediatrica è prestata dai medici convenzionati e dai medici dipendenti dall'unità sanitaria sia in sede ambulatoriale che domiciliare.

Dallo spirito della legge sembra ritenersi che la regola dovrà essere il medico conven-

zionato che meglio garantisce la libera scelta, la continuità della prestazione, le caratteristiche di medico di famiglia. L'assistenza ospedaliera potrà essere prestata per motivate ragioni anche in ospedali pubblici e convenzionati di altre regioni ed in via straordinaria in forma indiretta. Una maggiore larghezza in questo settore sarebbe forse opportuna.

La legge regionale dovrà inoltre dettare norme dettagliate per organizzare il funzionamento delle unità sanitarie locali, prevedendo in particolare la possibilità di assicurare l'autonomia tecnica funzionale dei servizi sanitari e la partecipazione degli operatori anche mediante l'istituzione di efficienti organi di consultazione tecnica; dovrà prevedere inoltre un ufficio di direzione articolato in direzione amministrativa e sanitaria. Su questo punto richiamo l'attenzione doverosa della FNOM, che si è lamentata che dette esigenze di consultazioni tecniche non siano state tenute presenti.

A me pare che queste esigenze siano state accolte sia attraverso gli organi della consultazione tecnica sia ancora e di più nella specificazione della responsabilità della direzione sanitaria dell'unità sanitaria.

Ho ritenuto di sottolineare i princìpi fondamentali, le finalità e strutture principali del servizio sanitario nazionale, ma non è certo possibile in un intervento trattare dei pregi e dei difetti di tutto l'articolato, anche perchè gli interventi di alcuni colleghi, come quello pregevole del senatore Bompiani, hanno già posto in luce aspetti sui quali avrei ritenuto opportuno soffermarmi. Ritengo però di dover sottolineare ancora qualche punto.

All'articolo 7 va meglio precisato che la delega che viene concessa in materia di profilassi e controlli contro le malattie infettive alle regioni non si può estendere alla sorveglianza negli aeroporti, porti e linee di confine. Questi sono rapporti che deve curare direttamente lo Stato con propri uffici, onde avvalersi anche della collaborazione di altri uffici statali.

È materia di rapporti internazionali che richiede particolare delicatezza, urgenza ed uniformità di trattamenti, che ci sembra non possa delegarsi alle regioni e da queste ai comuni. Vigile attenzione dovrà porsi anche al funzionamento del consiglio sanitario nazionale, con particolare riguardo alla scelta dei componenti e facendo in modo che i dieci esperti espressi dal CNEL rappresentino le principali forze sociali e categorie professionali operanti nel settore sanitario.

Gli articoli 28, 29, 30 e 31 dettano norme per la disciplina dei farmaci in parte già anticipata dalla legge sull'introduzione del *ticket* e dal disegno di legge approvato dal Senato ed in corso di esame alla Camera sull'applicazione delle direttive europee per la produzione e il commercio dei farmaci.

Ci preme sottolineare da un lato la riaffermazione della libertà della produzione e commercio dei farmaci, dall'altro la precisa regolamentazione che consente di salvaguardare l'interesse pubblico, la seria tutela della salute, la moralizzazione di un settore così delicato attraverso una revisione generale delle autorizzazioni, dei prezzi e dei criteri che presiedono all'informazione farmaceutica.

Ricordo anche la disposta revisione della farmacopea ufficiale in armonia con la farmacopea europea e conseguentemente il suo riconoscimento ad ogni effetto giuridico, la riaffermazione della disciplina del prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, che sarà proposto da un comitato di rappresentanti ministeriali e da esperti designati dal Ministero della sanità e dalle regioni, così da essere unico strumento da utilizzarsi anche in sede regionale.

Il pullulare di prontuari genera sfiducia, sbalzi del mercato, incertezze di informazione e spunti corruttivi sempre maggiori.

Da rivedere e da meglio chiarire è il primo comma dell'articolo 31, che afferma che l'informazione farmaceutica è compito del servizio sanitario nazionale.

Poichè l'articolo 29 affida alla legge dello Stato la regolamentazione del servizio di informazione farmaceutica e l'articolo 31 demanda al Ministero della sanità di formulare il programma triennale per l'informazione scientifica sui farmaci e poichè non è concepibile che il servizio sanitario nazionale costituisca un carrozzone di dipendenti

per effettuare l'informazione farmaceutica intesa come presentazione del singolo prodotto, che d'altra parte non potrebbe nè dovrebbe neppure essere fatta dall'ente pubblico, si ritiene di interpretare la frase nel senso che il servizio sanitario nazionale, in applicazione alle preconcordate direttive, controlla l'informazione scientifica effettuata dalle aziende e promuove le iniziative per un corretto uso dei farmaci.

Va tenuta, a nostro avviso, nettamente distinta la funzione del servizio sanitario nazionale che deve riguardare l'educazione sanitaria, l'informazione sul corretto uso dei farmaci, gli indirizzi generali che devono ispirare prontuari e attività assistenziali, e l'informazione sul singolo prodotto, che non può essere fatta se non dalla ditta produttrice o da chi pone in commercio il farmaco. In tale senso verrà proposto un emendamento modificativo del primo comma del predetto articolo.

Con apposito ordine del giorno la Commissione sanità ha pure affermato che tra le aziende autorizzate ad effettuare informazione scientifica vanno comprese sia quelle titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco che quelle concedenti licenze di fabbricazione in carenza di iniziativa della ditta che ha avuto la concessione di licenza o per utilizzare materiale di informazione prodotto dalla ditta concedente.

Uno spazio maggiore, a mio avviso, doveva darsi alla ricerca. Il disegno di legge appare ancora carente negli aspetti che si riferiscono ai meccanismi di individuazione dei temi prioritari della ricerca biomedica, alla composizione degli organi tecnici di consulenza, alla possibilità di trasferimento dei risultati della ricerca al servizio sanitario nazionale, alla definizione del sistema di supporto e alle necessarie connessioni con l'industria nazionale del settore. Un migliore collegamento con il consiglio nazionale delle ricerche, con le facoltà universitarie e per certi aspetti con gli ordini professionali va ricercato e riaffermato.

Un'attenzione particolare ha posto la Commissione nell'esaminare la situazione degli istituti pubblici e privati di ricerca e gli istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico. Si è ritenuto che gli stessi dovrebbero rientrare nel piano sanitario regionale per quanto riguarda la parte assistenziale, che vadano inquadrati tra i presidi delle unità sanitarie, ma che ad essi debba essere riconosciuta un'autonomia funzionale, una dipendenza prevalente dai Ministeri della sanità e pubblica istruzione per meglio garantire il significato scientifico e la considerazione della loro attività sul piano nazionale. A tale fine la convenzione è apparsa lo strumento idoneo, mentre il decreto delegato potrà precisare strutture e normative.

È stato confermato al Ministero della sanità il compito di provvedere entro un anno alla verifica degli istituti esistenti per revocare, ove necessario, il riconoscimento a quelli ritenuti non idonei.

Mi sia consentita ancora un'osservazione sugli articoli 47 e 48 che disciplinano la posizione del personale dipendente e convenzionato, riprendendo in gran parte la legge n. 849. Va in particolare sottolineata la disciplina nazionale dello stato giuridico e del trattamento economico del personale dipendente, la stipula della convenzione su base nazionale, la tendenza alla omogeneizzazione dei trattamenti, la difesa della professionalità e della qualificazione, la riaffermazione della libera professione. Sono affermazioni che in sede di provvedimento di attuazione, in sede di leggi regionali, di contratto di lavoro e di convenzioni potranno essere meglio precisate, onde rendere più efficace il rapporto tra il personale (il medico in particolare) e l'unità sanitaria.

Il testo del disegno di legge ci sembra che non escluda (per venire ad un argomento che è stato largamente dibattuto in questi giorni) che i ruoli sanitario e tecnico possano articolarsi in ruoli professionali, in particolare per i medici, onde esaltare la competenza, l'autonomia e la responsabilità del personale medico.

Il numero 2) del terzo comma dell'articolo 47 precisa che i ruoli dovranno essere fatti secondo qualifiche funzionali con la specificazione dei profili di professionalità

e delle mansioni. Così ritengo che dovrà essere ampiamente mantenuta la possibilità per i medici di avere rapporti a tempo pieno e a tempo definito, lasciando spazi debitamente controllati alla libera professione e, in alcuni casi, alle attività convenzionali. Il testo potrà essere meglio precisato.

Più complesso è apparso invece il problema del trasferimento del personale di istituti mutualistici in liquidazione. Si sono venute a creare disparità tra il personale assegnato o da assegnarsi alle unità sanitarie locali, alle regioni, al ruolo unico presso la Presidenza del Consiglio dei ministri. Alcuni di tali dipendenti nel trasferimento mantengono le qualifiche funzionali, altri no; alcuni potranno essere inquadrati dalle regioni, altri rischieranno di trovare difficile collocazione e di dover subire trasferimenti e incertezza di carriera.

La modifica proposta dal Governo, che impedisce il passaggio di detti dipendenti alle amministrazioni dello Stato, fa sorgere gravi problemi anche per l'utilizzazione di tale personale, specialmente di quello residente a Roma. Inoltre, non essendo previsto nel ruolo unico presso la Presidenza del Consiglio nè il ruolo della dirigenza nè quello professionale, si creerebbero situazioni veramente ingiuste. Un emendamento che si ritiene sarà presentato in Aula risolve in buona parte la situazione, per cui se ne raccomanda l'approvazione. Si tratta di non creare ingiustizie e di non disperdere preziose esperienze e capacità, senza dare origine a profonde turbative nell'amministrazione dello Stato.

Molte perplessità lasciano anche le norme di trasferimento delle competenze degli enti soppressi quali l'ENPI e l'ANCC e gli stessi ospedali. Si esprime l'avviso che i provvedimenti esecutivi debbano meglio garantire personale e servizi e soprattutto assicurare che non sorgano vuoti di potere o di servizio formali o sostanziali nella fase di transizione e che gli enti, regioni, unità sanitarie che si assumeranno i compiti degli enti soppressi ne subentrino nei rapporti giuridici e nelle convenzioni (viene qui sollecitato in particolare il tema della convenzione che gli avvocati professionisti hanno con l'INAM così come altre categorie professionali) e che sia implicita la proroga nelle funzioni degli organismi esistenti fino alla nomina e all'entrata in funzione degli organismi del servizio sanitario nazionale. Prima dell'approvazione definitiva sarà bene inoltre controllare alcune date che ci paiono non consone a garantire i passaggi di competenza. Ci sembrerebbe opportuno che i finanziamenti per l'anno 1979 fossero versati al fondo sanitario nazionale e da esso distribuiti a gestioni di liquidazione degli enti, a regioni e comuni, ciascuno secondo le competenze effettivamente esercitate nel 1979, onde evitare i ritardi e gli errori compiuti nella liquidazione di ONMI, GESCAL eccetera. È meglio prorogare di qualche mese l'assunzione concreta delle funzioni da parte dell'unità sanitaria e prevederne prima la costituzione, l'insediamento dei comitati di gestione, la preparazione di sedi, personale e attrezzature interne e poi l'effettivo e graduale inizio dell'attività. Nel frattempo continuerebbero a funzionare i presidi mutualistici, coordinati dalla regione e gradualmente trasferiti ai comuni e alle unità sanitarie.

Ci sarebbe così la possibilità di un migliore accertamento dei costi del 1977 e 1978, onde effettuare delle previsioni veramente valide e senza sprechi per il 1980. Non si avrebbero ritardi di pagamenti, difficoltà di rapporti con fornitori e personale, ma un'utile e necessaria chiarezza di rapporti, fondamentale per cominciare con fiducia e spirito nuovo l'attuazione di questa riforma sanitaria che tanto inciderà sul futuro del paese.

Ancora qualche osservazione marginale circa l'articolo 70, che riguarda la Croce rossa italiana: ci sembra che sia opportuno fare in proposito una precisazione che prenderà la forma di un emendamento. L'articolo 2, lettera *b*), del decreto del Capo provvisorio dello Stato 13 novembre 1947, n. 1256, affida alla Croce rossa italiana i compiti di pronto soccorso e l'intervento in caso di calamità. Tale attività è stata svolta in questi anni anche dalle pubbliche assistenze e dalle misericordie. Il Consiglio di Stato con sua pronuncia del 12 dicembre 1975 ha in-

terpretato che tale compito è esclusivo della Croce rossa. Ci sembra pertanto opportuno precisare per legge che a tali fini possono concorrere anche le associazioni di volontariato.

Concludendo il mio intervento ritengo di affermare che il disegno di legge ha certamente lacune ed errori, ma fondamentalmente è valido e merita l'approvazione completa della Democrazia cristiana. Si tratta, in sede di applicazione, di migliorarne alcuni aspetti e di non trascurare ipotesi e possibilità alternative. Non si vuole burocratizzare l'assistenza sanitaria nè impiegatizzare il medico; il rapporto col malato deve essere libero e fiduciario; la prevenzione e la riabilitazione vanno sviluppate senza trascurare la necessità di una cura qualificata e tempestiva. Non si deve punire nè mortificare alcuna categoria, ma chiedere la collaborazione di tutti, con il riconoscimento della professionalità e della qualità, incentivandone il perfezionamento anche con valutazioni ai fini della carriera e con riconoscimenti di carattere economico. Così, pure privilegiando le strutture pubbliche, deve essere garantita la possibilità di vita di istituzioni private da controllarsi obiettivamente e da convenzionarsi in modo equo. Il pluralismo, che è uno degli elementi essenziali della democrazia, va sostenuto nel rapporto tra Stato ed enti, ma anche tra strutture pubbliche e private, tra servizi pubblici e collaborazione di associazioni volontarie. Il servizio sanitario nazionale è ispirato alla personalizzazione e alla socializzazione degli interventi sia da parte di chi li effettua che da parte di chi li riceve, è realizzato sul territorio con le più ampie partecipazioni, è programmato secondo il piano sanitario nazionale ed i piani regionali: esso è ormai urgente perchè questa fase di passaggio dalla mutualità alla sicurezza sociale non può durare a lungo senza dare origine a gravi carenze e degenerazioni.

La Democrazia cristiana, che ha voluto la riforma sanitaria attraverso i suoi ministri della sanità e l'azione di partito, che vede nel disegno di legge non accolte certe sue idee direttive, ma che lo considera un grosso apporto alla costituzione di una società più giusta, ringrazia parlamentari, politici, sindacalisti, operatori sanitari che hanno operato perchè si realizzasse il servizio sanitario nazionale. Un particolare ringraziamento rivolge al personale della mutualità, che in periodi difficili ha operato con capacità e dedizione, e assicura che non mancherà di seguire le fasi del passaggio al servizio nazionale onde evitare disagi e non rispetto dei diritti quesiti; ringrazia il relatore, il signor Ministro ed ha fiducia di aver concorso a dare inizio ad un miglioramento dell'assistenza sanitaria nel nostro paese per una migliore promozione civile e umana di tutti i cittadini. (*Applausi dal centro*).

P R E S I D E N T E . Onorevoli colleghi, desidero ringraziare il senatore Del Nero per essere rimasto nei limiti di tempo prescritti dal Regolamento.

Vorrei ricordare a tutti i colleghi che interverranno nel dibattito l'articolo 89 del nostro Regolamento, al quale bisognerà che noi cominciamo, da qui in avanti, a fare un minimo di attenzione; tale articolo dice: « I senatori possono leggere i loro discorsi, ma per non più di 30 minuti ».

Dobbiamo sforzarci di osservare questa disposizione in quanto ciò potrà giovare al buon andamento e alla snellezza dei lavori, nonchè alla presenza dei senatori in Aula.

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

G A T T I . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, nota come riforma sanitaria, è senza dubbio una di quelle leggi cosiddette qualificanti non solo perchè interessa la totalità dei cittadini ma anche e principalmente perchè la modalità della prevenzione, della cura e della riabilitazione dalla malattia può essere considerata come biglietto da visita di un paese, rappresentandone ed indicandone il grado di civiltà raggiunto nel suo aspetto più umano, qual è quello di soccorrere il cittadino nel momento del bisogno.

Ora, essendo del tutto logico e naturale che un compito al tempo stesso così vasto, importante e delicato non possa essere as-

solto che dallo Stato, che istituzionalmente ha il dovere di tutelare la salute e l'integrità fisica e psichica del cittadino e quindi di approntare tutti i mezzi ed i presidi necessari ad assolvere adeguatamente tale funzione, avvalendosi delle risorse tecniche, scientifiche, umane ed economiche disponibili, ne consegue che la modalità con cui viene assolto tale compito non può non essere in armonia con il modello stesso dello Stato e della società che s'intende realizzare: di qui, come dicevo all'inizio, il carattere qualificante della presente legge, che, insieme con altre leggi, come la riforma scolastica, la riforma universitaria, l'equo canone, i patti agrari, la riforma della polizia, la riforma tributaria, lo statuto dei lavoratori, il diritto di famiglia ed altre ancora, rappresenta, per le implicazioni che comporta, uno dei pilastri portanti nell'edificazione di un determinato tipo di società.

Il nostro esame, quindi, che deve preliminarmente verificare se la presente legge è compatibile col modello di società che si intende realizzare, presuppone però un chiarimento di fondo proprio su tale modello, in quanto appare evidente che, mentre viene costantemente ribadita a parole la comune e conclamata volontà sancita dalla Costituzione di realizzare il modello liberal-democratico dello Stato di diritto in armonia con la situazione esistente nei paesi della CEE, di fatto invece proprio le leggi cui abbiamo dianzi accennato e che sono le più qualificanti nei vari settori tendono surrettiziamente a modificare tale modello dando luogo al nostro attuale tipo di società, che si presenta in ogni campo di attività tanto ibrida, disordinata e confusa da non consentirci di prevedere con sicurezza quale potrà essere il nostro futuro di popolo e di nazione, per cui ogni cittadino, a qualunque strato sociale appartenga, nutre le più gravi preoccupazioni e le maggiori perplessità per il domani.

Presidenza del vice presidente CATELLANI

(*Segue* G A T T I). La riforma sanitaria che stiamo esaminando non sfugge a queste situazioni di confusione, di incertezza e di compromesso che vengono appunto consolidate e perpetuate ponendo la gestione delle unità sanitarie locali nelle mani di un organo collegiale elettivo, di emanazione dei consessi interessati, per cui le unità sanitarie locali non potranno non risentire delle crisi, delle trasformazioni, dei compromessi politici dei quali saranno investiti i consigli comunali di cui l'organo collegiale elettivo è appunto espressione.

Un altro punto delicato e molto importante è quello concernente le limitazioni ed i condizionamenti che svuotano di fatto il diritto dei cittadini alla libera scelta del medico e del luogo di cura, diritto che ha valore solo se è pieno ed assoluto, in quanto l'assistenza sanitaria non può prescindere dal rapporto di fiducia fra medico e malato.

Strettamente legato al diritto di libera scelta è quello riguardante l'assistenza indiretta. Nel testo in esame vi è in sostanza il rifiuto a consentire in via di principio tale tipo di assistenza, mentre si lascia alla potestà legislativa della regione stabilire i casi nei quali dovrebbe essere ammessa. È questo un grave errore, sia perchè l'assistenza sanitaria indiretta contribuisce a rendere pieno il diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura, sia perchè le regioni darebbero sicuramente vita a trattamenti difformi, per cui verrebbe meno l'esigenza prioritaria della riforma di dare a tutti i cittadini uguali possibilità di assistenza sanitaria, sia infine perchè la semplice possibilità del ricorso all'assistenza indiretta funzionerebbe da stimolo per un continuo miglioramento delle prestazioni sanitarie pubbliche.

Un altro punto da sottolineare è quello concernente la collocazione ed il ruolo del personale medico nel servizio sanitario nazionale. Nel testo della legge al nostro esame il medico è escluso dagli organismi di programmazione, decisione ed amministrazione, essendogli riconosciuto solo il ruolo di erogatore di prestazioni sanitarie, senza rendersi conto che la presenza attiva del medico nei vari organismi del complesso sistema assistenziale è indispensabile per la migliore funzionalità ed efficacia del sistema stesso, di cui solo il medico può conoscere a fondo le effettive esigenze. Bisogna pertanto convincersi che la riforma non potrà essere valida ed efficiente se non si utilizzerà e valorizzerà appieno, in tutte le fasi ed in tutti i complessi organismi sanitari, l'opera e la capacità dei medici, che sono e restano i veri protagonisti dell'assistenza sanitaria.

V'è inoltre da considerare che la legge nella sua attuale formulazione consente di erogare l'assistenza curativa medico-generica e pediatrica anche ai medici a rapporto d'impiego con le unità sanitarie locali, il che comporterà fatalmente la generalizzata impiegatizzazione del medico con una conseguente dequalificazione professionale, una parziale deresponsabilizzazione e quindi lo scadimento delle prestazioni sanitarie, svuotando completamente, come innanzi accennato, il diritto di libera scelta degli assistiti.

Per evitare questi gravi inconvenienti occorre che l'assistenza diagnostico-curativa sia affidata soltanto ai medici appositamente convenzionati e solo nelle zone ove vi fosse carenza di questi si dovrebbe consentire il ricorso ai medici delle unità sanitarie locali e precisamente agli attuali medici condotti.

Non è chi non veda che il contrasto tra il testo della legge ed i concetti da noi espressi non investe aspetti formali ma sostanziali della legge stessa che vanno ad incidere, come dicevo all'inizio, sul tipo di società che si intende realizzare, in quanto la tutela della libera scelta del medico e del luogo di cura, l'assistenza indiretta, la presenza del medico negli organismi di programmazione, decisione ed amministrazione dell'assistenza sanitaria e — ciò che più conta — l'istituzione di organi di amministrazione e controllo sganciati dalle vicende, dai compromessi e dagli intrighi delle amministrazioni comunali rappresentano, a nostro avviso, dei capisaldi irrinunciabili per la effettiva difesa della libertà, della personalità e della dignità del cittadino, che invece vengono menomate e coartate dalle norme sancite in questa legge di riforma la quale, pur presentando degli aspetti encomiabili e pur volendo raggiungere degli obiettivi validi, in effetti rappresenta un altro passo avanti verso l'edificazione della società socialista.

Detto questo per quanto riguarda gli aspetti generali ed i princìpi ispiratori della legge sottoposta al nostro esame, dobbiamo ora soffermarci sul più grave problema scaturente dalla riforma sanitaria, che è rappresentato dalla gestione finanziaria del nuovo servizio sanitario nazionale che eredita dagli enti mutualistici una situazione non solo già pesantemente deficitaria, ma che si aggraverà per un insieme di ragioni. Già nel 1977 le entrate per contributi sociali hanno coperto appena il 45 per cento della spesa sanitaria pubblica che a sua volta raggiungeva in quell'anno il 6,5 per cento del prodotto interno lordo, cioè una quota superiore a quella di tutti i paesi industrializzati. A tale proposito è doveroso sottolineare quanto già evidenziato dal senatore Carollo, cioè che a tutt'oggi non si conosce ancora con esattezza l'effettiva spesa sanitaria relativa al 1977, per cui non si è in grado di valutare quella del 1979 la quale, a norma dell'articolo 52, è determinata con alcune varianti sulla spesa effettiva del 1977. Ma una simile impostazione significa oltretutto volere astrarsi dalla realtà ignorandola, in quanto è prevedibile che, mentre le entrate non aumenteranno a causa del decremento del numero degli occupati, dell'evasione contributiva e della stazionarietà delle aliquote, le spese subiranno di certo un processo di rapido aumento per effetto di varie cause tra le quali si possono indicare: la creazione della struttura organizzativa e burocratica dei nuovi organismi, l'unificazione del trattamento economico del personale, soprattutto medico, il potenziamento del servizio di prevenzione, le spese di investi-

mento necessarie per portare le strutture sanitarie delle regioni meno dotate, come sono appunto le regioni meridionali, al livello di quelle più attrezzate, ma soprattutto il crescente fabbisogno finanziario degli stabilimenti ospedalieri. Questa infatti è la voce che non solo assorbe più della metà della spesa sanitaria pubblica, ma nella quale si manifestano le più gravi cause di dissipazione; una di queste è la durata media dei ricoveri che in Italia, come è noto, è la più alta fra tutti i paesi d'Europa, ma che potrebbe essere sensibilmente ridotta se esistesse un maggiore coordinamento tra la fase degli accertamenti diagnostici (analisi, radiografie, eccetera) e quella della terapia, in particolare chirurgica.

È stato al riguardo calcolato che la riduzione di una sola giornata sulla durata media delle degenze ospedaliere potrebbe provocare un'economia di 140 miliardi all'anno, ma in effetti non è neppure ipotizzabile ottenere questa economia riducendo le degenze medie ospedaliere dato che dappertutto, specie nei pubblici ospedali, c'è un clima di disordine, di disaffezione, di assenteismo, di abbandono, che si riflette pesantemente sui costi portando la retta quotidiana a cifre iperboliche, molto più elevate di quelle delle cliniche private che, essendo gestite con criteri privatistici e quindi di economicità, riescono a contenere i costi entro cifre molto più modeste, pari quasi al 40 per cento di quelle dei pubblici ospedali.

I disservizi, le carenze e conseguentemente lo sperpero degli ospedali pubblici riempiono quotidianamente le cronache di tutti i quotidiani italiani, per cui per esemplificare non ci sarebbe che la difficoltà della scelta. Ma, più che attingere alle rivelazioni dei giornali, che possono essere ritenute una manifestazione di scandalismo, desidero qui soffermarmi, onorevole Ministro, sul contenuto di una denuncia sporta al medico provinciale e al procuratore della Repubblica da un primario pneumotisiologo dell'ospedale « Monaldi » di Napoli, pubblicata sul quotidiano « Roma » del 30 novembre, quindi su un documento valido e responsabile, debitamente sottoscritto, che dovrebbe provocare, in uno Stato ordinato e che si rispetti, una approfondita inchiesta. In tale documento viene sottolineata la mania di grandezza e di ostentazione degli organi direttivi dell'ospedale che ha portato, con una spesa di centinaia di milioni, all'acquisto di un acceleratore lineare per la cura dei tumori e di un apparecchio per la scintigrafia, che giacciono inutilizzati in non so quale deposito a distanza di oltre quattro anni dall'acquisto, nonchè alla ristrutturazione dei locali della mensa medici per costruirvi ed attrezzarvi un *self-service* anch'esso ancora non funzionante a distanza di oltre tre anni, trascurando invece la funzionalità di servizi essenziali e indispensabili per il normale funzionamento dell'ospedale, per cui l'assistenza è scesa a livelli ormai preoccupanti.

Telefoni interni e ascensori funzionano male o non funzionano affatto, mentre il servizio di portineria è praticamente inesistente. La rete elettrica non è adeguata al voltaggio urbano, il che impone l'uso, per apparecchi diagnostici e terapeutici, di trasformatori non di rado soggetti a guasti. Apparecchi di normale *routine* come lo stratigrafo sono spesso inusabili per scarsa manutenzione, per cui per eseguire una semplice stratigrafia vi sono lunghi tempi di attesa che, in momenti critici, e per periodi tutt'altro che brevi, hanno superato il mese e raggiunto, nello scorso agosto — cito testualmente — il « superbo » traguardo di ben tre mesi per fare una stratigrafia, mentre spesso non è possibile eseguire neppure una conta di globuli perchè l'apparecchio frequentemente è guasto.

Ma la conseguenza più grave di una conduzione ospedaliera a dir poco deplorevole ed irresponsabile si è avuta con la soppressione della divisione osservazione dotata di circa settanta posti letto e con la sua sostituzione con un servizio accettazione dotato di poco più di venti posti letto, fra uomini e donne, e ristretto in locali angusti per cui, nonostante la capacità e la buona volontà dei medici preposti, si è costretti, per limiti di tempo e insufficienza di locali e di letti, a smistare gli infermi, dopo una sommaria visita, con ritmo celerissimo alle varie divisioni, il che comporta che spesso si trovano malati di tubercolosi Koch-positivi,

e cioè malati infettivi e contagiosi, insieme ad ammalati di altre pneumopatie, con quali pericoli per i ricoverati è facile immaginare.

Ora vi è da sottolineare che se quest'ultima situazione, su cui bisognerebbe, per la sua estrema gravità, aprire un'inchiesta, può essere, come credo e mi auguro, limitata al solo « Monaldi » di Napoli, le deficienze, gli sperperi, le anomalie, i disservizi, le lunghe degenze in attesa di semplici esami di laboratorio non sono purtroppo una peculiarità del « Monaldi » ma rappresentano l'andazzo generalizzato e costante di moltissimi, se non di tutti gli ospedali italiani, anche se non sono molti i primari che hanno la forza morale di opporvisi o che hanno il coraggio civile di denunciare responsabilmente queste situazioni che però il legislatore ha il dovere di evitare e correggere nell'interesse della collettività nazionale.

La riforma sanitaria pertanto avrebbe dovuto rappresentare l'occasione valida per porre ordine in tanta confusione evitando disservizi e sperperi e ponendo le premesse per una efficiente attuazione del servizio sanitario nazionale, particolarmente per quanto attiene agli stabilimenti ospedalieri che sono quelli che maggiormente incidono sulla spesa sanitaria globale. Ma con l'esclusione del medico dagli organismi di programmazione, decisione ed amministrazione e con l'istituzione del consiglio sanitario nazionale, elefantiaco e burocratizzato, e di un organo collegiale elettivo di emanazione dei comuni per gestire le unità sanitarie locali, sanciti dalla riforma, in effetti viene proposta al vertice del servizio sanitario una gestione prevalentemente politica e pesantemente burocratica, con tutti gli inconvenienti che ne derivano sia sul piano dell'assistenza sanitaria vera e propria, sia sul piano economico per l'enorme costo che verrà a determinarsi e che allo stato non si può ancora conoscere e quantificare.

Ecco perchè, pur condividendo i princìpi e gli obiettivi ispiratori della legge sottoposta al nostro esame e pur riconoscendone la validità nel suo complesso, noi di Democrazia nazionale teniamo a sottolineare che questa riforma, la quale mediante la collaborazione fattiva dei medici ad ogni livello, avrebbe potuto davvero rappresentare un punto di svolta nel disordine e nella dissipazione di risorse e di energie imperanti nel settore sanitario, a nostro giudizio non solo non eliminerà i disservizi esistenti e non riuscirà a contenere i costi, che invece si dilateranno ulteriormente, ma, ciò che più conta, porterà ad una progressiva dequalificazione e deresponsabilizzazione del medico ed alla sua disaffezione ed impiegatizzazione con conseguenze ampiamente negative per la salute e l'integrità fisica e psichica della collettività nazionale che la legge intende invece tutelare.

Noi vogliamo augurarci che i nostri timori risultino infondati e che saremo contraddetti dalla realtà, ma non possiamo fare a meno di evidenziare il nostro aperto dissenso su alcuni punti fondamentali della presente legge che noi speriamo possano essere corretti e modificati se non in questa sede almeno in un prossimo futuro alla luce dell'esperienza e delle realtà che verranno a determinarsi dopo l'applicazione della riforma. (*Applausi dalla destra*).

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

R O C C A M O N T E . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, la riforma sanitaria dopo molti e travagliati lustri sta per essere approvata, sia pure con emendamenti migliorativi, dal Senato. È questo un dato politico di notevole rilievo e di grande portata. Esso difatti segna il superamento definitivo del concetto assicurativo proprio del sistema mutuo-previdenziale per estendere sia pure gradualmente la tutela a tutti i cittadini nei tre specifici momenti della medicina, preventiva, curativa, riabilitativa.

L'affermarsi della medicina preventiva, quale asse portante del sistema, vuole significare il superamento del sistema pregresso, imperniato prevalentemente sul concetto curativo, ma, soprattutto, una scelta di civiltà, su cui, sia pure con molto ritardo, l'Italia tende ad allinearsi con altri paesi.

Ciò non vuole significare che si è sbagliato nel passato; vuole solo chiarire che

un sistema, figlio di un'epoca, tramonta con questa, e sulla relativa esperienza, con entusiasmo, ma con la consapevolezza della modestia dei mezzi, delle difficoltà e delle resistenze, andiamo a porre le premesse per un domani diverso ma che solo la miopia di chi non sa, o non vuole leggere nelle cose, potrebbe fare ritenere immediato ed ottimale. Difatti questa legge sta per nascere con molto ritardo sui tempi, e con molti princìpi cui la realtà delle risorse del paese, per ora, assegna oggi solo un ruolo programmatico.

Inoltre è da aggiungere che la legge nasce scollegata ed in ritardo, rispetto ad altri provvedimenti che hanno interessato il settore; difatti la legge n. 386, per una sua piena validità politica ed operativa, richiedeva la contestuale, completa attuazione della riforma.

Invece sono venute leggi settoriali o di avvio, quali la legge n. 180, le leggi sui consultori, sull'aborto, la legge n. 349, la legge sul *ticket*, eccetera.

Non è certo colpa del legislatore, se fatti gravi e non prevedibili hanno lasciato operare da sola la legge n. 386. Un dato di fatto è però certo: che da quella legge è discesa la paralisi del settore mutuo-previdenziale, posto in condizione di non potere ulteriormente operare, un senso di malessere negli utenti e negli operatori, per cui oggi si arriva all'appuntamento nelle peggiori condizioni operative, mentre sarebbe stato auspicabile il travaso, a pieno regime, delle strutture mutuo-previdenziali in quelle del servizio sanitario nazionale.

Bisogna, pertanto, procedere con senso di realtà, nella consapevolezza di ciò che si può fare e deve essere raggiunto, senza creare illusioni verso soluzioni miracolistiche che il quadro del paese non offre e non consente; occorre sceverare ciò che la legge dà subito da ciò che darà col tempo.

Occorre di conseguenza avere chiari alcuni punti di riferimento sui quali la legge di riforma non è che abbia fatto del tutto luce per cui non è azzardata previsione quella di vedere, nel prossimo futuro, insorgere conflitti interpretativi e di competenza.

In più chiari termini, la riforma si porrà in termini positivi solo nei limiti in cui, con chiarezza puntuale, troverà corretta applicazione il rapporto centro-regione-USL.

Una esasperata autonomia locale non gioverebbe certo ai fini del risultato, mentre un non meditato ed attento intervento statuale surrogativo tenderebbe a svuotare di contenuti l'autonomia locale ed esaspererebbe tensioni antiche, ma sempre recenti ed attuali.

Per evitare ciò, ciascuno deve giocare il suo ruolo, nella consapevolezza che i livelli intermedi e di base, salva l'autonomia di ciascuno, sono tuttavia parte della stessa unica realtà di cui deve rendersi garante il Parlamento, nella sua funzione sovrana.

Ciò significa anche che devono cambiare il ruolo e la natura dell'intervento e dell'azione centrale, oggi aspri e burocratizzati e spesso cattedratici, per assumere un nuovo ruolo di propulsione programmatica, di coordinamento delle realtà e spinte regionali, di attenta verifica dei risultati e delle spinte che salgono dal paese, di intervento surrogatorio ove necessità lo esiga.

Il sofferto rapporto, specie nel settore sanitario, tra Stato e regione deve modificarsi, perchè la Costituzione a ciascuno assegna il proprio ruolo e non sono accettabili, nè praticabili, interventi che tendessero ad interferire sulla politica sanitaria locale, la quale deve riconoscersi nelle linee di quella nazionale, della quale è figlia e supporto. Ciò significa anche però che la regione deve rimeditare alcune linee, deve porsi in una ottica diversa che, partendo dall'utilizzo dell'esistente, allarghi la sua sfera di attività, perchè non appare pensabile che sul territorio possa perdurare la proliferazione delle strutture e degli istituti vari, così come la realtà, specie quella finanziaria, non accetterà scollegamenti, duplicazioni, interferenze.

Il tanto atteso decentramento della tutela della salute è ora in vista e su questo si giocherà, in gran parte, la credibilità dell'ente locale. In questa fase di avvio, il Parlamento deve seguire con vigile attenzione l'evolversi delle cose, essere costantemente informato, pronto ad intervenire, nei modi consentitigli, in quanto sarebbe eccesso di presun-

zione quello di ritenere di aver creato un'opera perfetta.

Anzi questa, oltre a lacune, ha peccati di presunzione in positivo, che devono essere interpretati come spinta alla costruzione di una società migliore.

Il discorso sulla prevenzione è interessante e di largo respiro. Esso però lascia sgomenti quando si assume di volerlo svolgere anche in ogni ambito di vita, perchè se la prevenzione in sè non ha limitazioni concettuali ed operative, allora è da chiedersi quando il precetto legislativo potrà divenire realtà operante, se, specie nel Sud, mancano tante opere e strutture di carattere primario, ma che pure sono il momento prodromico della stessa prevenzione (fognature, condizioni dell'*habitat*, ecc.).

In materia, essendo presupposto, per una valida prevenzione, un preciso raccordo operativo nelle diverse sfere (ospedale, ambulatorio, medico di fiducia, ambiente di lavoro), un ruolo determinante ed attento dovrà essere svolto attraverso la programmazione per evitare che si aggravi ancora di più il divario fra le varie regioni. Sarà questa la cartina di tornasole per verificare fino a che punto abbia fatto presa sulle coscienze il principio di solidarietà generale a livello nazionale e fino a che punto, invece, riviva l'atavico antagonismo che per decenni ha diviso l'Italia.

Non mi faccio molte illusioni e mi riterrei molto soddisfatto se il prossimo futuro rappresentasse realmente un momento di collegamento e di coordinamento finalizzato all'ulteriore sviluppo del paese, pur dando atto ad ogni livello delle rinnovate e confermate intenzioni di buona volontà.

Pur geloso delle autonomie locali, non mi sembra che la struttura dell'unità sanitaria locale, che potrebbe accingersi a diventare il mini ente locale, costituisca una delle scelte più puntuali e felici. Al riguardo perplessità, ombre e dubbi desta la relativa disciplina; ma i tempi impongono di marciare e saranno essi stessi a darci, con il metro pratico, la realtà delle cose ed a suggerirci ulteriori riflessioni.

Sembra inoltre di cogliere una palese contraddizione tra il ruolo avanzato che si affida alla prevenzione ed alle strutture ed il riflusso nei confronti degli operatori del sistema, cioè i medici. Difatti una legge agile e moderna avrebbe dovuto compiere un balzo di qualità verso il medico sociale, superando un sistema che, adatto ad una epoca, non soddisfa nessuno, e che, nella sua struttura, reca troppi compromessi. Il regime delle convenzioni, sfruttando l'istituto giuridico del negozio atipico o misto, perchè tali le ha definite la Cassazione, recepisce alcuni aspetti propri del rapporto di lavoro pubblico, lasciandone integri altri propri del contratto di prestazione d'opera professionale.

Tale sistema, che ha ispirato le varie convenzioni sanitarie dal 1966 ad oggi, in effetti finisce con lo scontentare tutti, perchè manca quel balzo di qualità che, almeno in termini programmatici, era lecito attendersi. Al contrario perdura l'equivoco, e non si ha il coraggio di affermare il ruolo preminente, se non esclusivo, del pubblico sul privato.

Ma per una svolta verso la medicina auspicata mancano ospedali ed ambulatori; l'università non risponde. Ed il tutto non si crea dall'oggi al domani. Allora si ritorna al punto di partenza e cioè al prevalente contenuto programmatico e non precettivo della legge. E se è vero tale presupposto, più grave diventa il rammarico per l'enorme ritardo con cui viene varata una legge che, sul piano operativo, offrirà momenti più di acuta riflessione verso un avvio di razionalizzazione che di reale superamento nella politica sanitaria.

L'ospedale, dal canto suo, è destinato alla trasformazione evolutiva, incardinandosi nell'unità sanitaria locale, ma ho forti dubbi che la relativa crisi possa risolversi con una sua diversa collocazione; questa non risolve i problemi connessi all'attrezzatura, alle risorse umane ed ai locali. Solo un forte sforzo di mezzi e di volontà potrà avviare a soluzione problemi tra i quali non ultimo lo squilibrio Nord-Sud.

La riforma pone princìpi giustissimi. Essi devono però essere confortati da una valida realtà pratica per evitare rimpianti del passato o per evitare situazioni di grave disagio come quelle conseguenti alla legge n. 180,

in cui è mancato il supporto sul quale poggiarsi per assicurare una forma di assistenza peculiare ed altamente specializzata agli interessati, una volta soppresse le strutture manicomiali. Ed era giusto chiudere i manicomi, ma il mancato supporto alla legge n. 180 sta creando situazioni paradossali sul piano sanitario e sul piano operativo dove si riscontrano fenomeni di accaparramento ad opera di privati. E la legge n. 180 non voleva ciò. È tuttavia profondo convincimento che, anche con questi limiti, molte cose cambieranno con la riforma, in quanto sarà la spinta locale, attraverso gli appositi organi, ad attivare l'azione di stimolo, di recupero, di intervento e di coordinamento, perchè è un dato di fatto che, oggi, spesso si spende troppo e male. Quando sarà l'utente primo responsabile e partecipe, questi dovrà essere particolarmente attento e vigile. Un ruolo determinante competerà alla programmazione regionale e ai collegamenti interregionali. Se un punto di incontro e di esperienza sarà il consiglio nazionale, occorrerà che anche il Parlamento segua con interesse l'avvio di un processo tanto delicato.

Ugualmente va notato che, dal punto di vista del finanziamento del sistema, una riforma che ha la pretesa di rappresentare l'avvio al regime di sicurezza sociale parte con il piede sbagliato quando resta ancorata al sistema contributivo. Giustizia sociale e distributiva vuole che ciascuno contribuisca in relazione al suo reddito. Il sistema contributivo penalizza invece il datore di lavoro di medio e piccolo livello che, non avendo la possibilità di avvalersi dei processi tecnologici più avanzati, paga di più in termini comparativi rispetto alla grande impresa moderna.

Inoltre è giusta la previsione di accentramento dei contributi. Dobbiamo però anche pretendere con forza che l'INPS sia posto in condizione di poter svolgere il suo ruolo oneroso e delicato per evitare che il maturare di prescrizioni provochi altri danni e favorisca l'evasore.

Sul problema dei farmaci non è che il *ticket* abbia risolto i problemi. Alla fine esso si appaleserà un palliativo e molte sostanziose attese e previsioni risulteranno abbondantemente disattese.

Il problema è un altro: quello di pretendere, una buona volta per sempre, l'avvio di una seria politica dei farmaci che analizzi i costi, vigili sui processi di produzione, esiga una qualificata ricerca scientifica, elimini la proliferazione dei prodotti, incida sulla distribuzione. Continuare sulla strada intrapresa significa scontentare tutti e addossare sull'utente le disfunzioni del sistema.

L'assenza peraltro di una politica del farmaco finalizzata ad uno scopo, qualunque esso sia, scoraggia le iniziative e le assunzioni di responsabilità. Ugualmente non sembra che il disegno di legge, così come congegnato, possa attirare su di sè le simpatie e gli stimoli degli operatori ove non si addivenisse ad una modifica del testo della Commissione. Esso ignora che una riforma fatta a danno degli operatori non può avere vita facile e lunga; l'esperienza del passato ci è maestra. Un emendamento del Governo all'articolo 67 ha precluso l'esame di alcune, poche garanzie, che gli operatori chiedevano. L'avere difatti negato agli stessi l'utilizzo presso le amministrazioni dello Stato e l'avere ipotizzato inquadramenti privilegiati a favore del personale comandato fino al 30 giugno 1978, significa voler creare ghetti e discriminazioni che non giovano a nessuno. Ugualmente voler creare discriminazioni all'eventuale accesso al ruolo unificato anche della dirigenza e della prima qualifica professionale, significa non aver colto in pieno il senso e l'ampiezza della trasformazione che la riforma metterà in movimento.

È giusto che si tuteli chi sta in un'amministrazione in cui deve confluire il personale; vessatorio è, invece, pretendere di spogliare chi con lavoro e sacrifici ha costruito la sua vita. Non dimentichiamo che il personale delle mutue è tra i migliori e più qualificati, perchè, piaccia o dispiaccia, ha sempre assicurato, in condizioni operative spesso difficili, i livelli assistenziali.

Sui costi sussistono seri dubbi e perplessità che le previsioni trovino riscontro nella realtà. Difatti se si lascia la situazione immutata, non è questo lo spirito operativo

della riforma; se si inizia il cammino con gradualità globale, non va sottovalutato il fatto che dal 1974 gli enti ora estinti sono in fase di decozione sia per carenze di personale (per mancate assunzioni, esodi di vario tipo, eccetera) sia per impossibilità di ammodernare la propria rete ambulatoriale che, spesso, è oggi in condizioni pessime. Se a ciò vanno aggiunti i costi conseguenti all'avvio, sia pure minimo, del processo di riforma, ci si renderà conto dell'ampiezza del meccanismo che si pone in moto e dei mezzi all'uopo occorrenti.

Queste cose ho voluto sottolineare, che, lungi dal volere sminuire l'importanza politica della legge che si va ad approvare, vogliono solo rappresentare un doveroso richiamo ad obiettive difficoltà in un momento in cui l'euforia ingiustificata potrebbe creare facili illusioni.

Nel momento in cui la legge sta per essere approvata, appare indispensabile evitare gli errori del passato di procedere a riforme « a pezzi ».

Difatti il felice decollo della riforma sanitaria è strettamente collegato al pieno funzionamento della riforma fiscale ed all'agganciamento del finanziamento al reddito, al riassetto dell'assistenza sociale, al completamento del decentramento, alla riforma della scuola in generale, all'uniformità di trattamenti retributivi del personale.

Si tratta di anelli della stessa catena che devono, tutti, essere funzionanti e finalizzati al mutamento dell'attuale condizione di vita per la creazione di un domani migliore. Se così non fosse, questa legge sarebbe destinata a formare oggetto di studio più per i suoi postulati politici che per i mutamenti reali che dovrà provocare nell'assetto della società.

Invece i socialdemocratici aspirano a giungere ad una legge che sia operativa ed attuabile nel più breve tempo possibile; ecco perchè gli spunti critici, espressi in più punti del mio intervento, intendono essere finalizzati ad un miglioramento della legge in esame, di modo che sia davvero realizzabile il passaggio dal momento assistenziale a quello qualificante della tutela della salute. Un intervento che sia globale, che cioè investa la prevenzione, la diagnosi-cura e la riabilitazione, che veda l'eguaglianza di tutti i cittadini, da un lato non può fare a meno della partecipazione democratica degli utenti, degli operatori sanitari, delle formazioni sociali, ma non può d'altro canto prescindere da una seria politica del farmaco, dell'informazione scientifica, dell'aggiornamento culturale, di una prevenzione sul territorio delle cause di devianza psichica, e da una realistica previsione di spesa, che non può essere contenuta in un tetto prestabilito ma deve tenere conto dell'analisi dei bisogni e quindi dello strumento della programmazione.

Nel ribadire il deciso sostegno dei socialdemocratici al progetto di riforma, non possiamo eludere il dovere di richiamare le altre forze politiche che sostengono il Governo su alcuni problemi che, se non risolti, creeranno ostacoli ad una corretta gestione della legge, e cioè: una chiara e valida impostazione dei rapporti tra istituti centrali e periferici del sistema sanitario nazionale, con la intesa di dare concretezza alle funzioni di indirizzo e coordinamento previste dall'articolo 5 e alla funzione fondamentale di programmazione sanitaria nazionale prevista dall'articolo 53; un raccordo necessario tra riforma sanitaria e settori di previdenza e assistenza; la trasformazione dell'attuale sistema assicurativo in un moderno sistema di protezione sociale che provveda all'erogazione, a tutti i cittadini, di prestazioni uniformi, con la copertura delle fasce più deboli e bisognose; l'adeguata valutazione dell'opera e della figura del medico, non inteso come burocrate della salute, bensì quale operatore sociale, che metta a disposizione della comunità il suo patrimonio umano e tecnico insieme. Onorevoli senatori, la realizzazione del sistema sanitario nazionale rappresenta un momento di sviluppo della democrazia reale. Per questo auspichiamo, pur con le modifiche sollecitate, la rapida approvazione della legge, che, riteniamo, avrà sicuro consenso nel paese. (*Applausi dal centro-sinistra*).

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

M A N C I N O . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, nel corso di questo mio breve intervento avanzerò alcune considerazioni di carattere generale, soffermandomi in particolare su aspetti di rilievo istituzionale, quali emergono dalla lettura attenta del testo che è stato licenziato dalla Commissione sanità del Senato. Comincerò col dire che questa riforma mette insieme, finalmente, i tre momenti finora sempre tra loro diversificati e comunque afferenti a settori ritenuti non comunicabili, spesso, tra di loro: momento della prevenzione, momento della cura e momento della riabilitazione, attraverso un sistema di concerti e di unificazione delle sedi di intervento.

È la prima volta che il Parlamento realizza una riforma organica e non più settoriale nell'ambito dell'assistenza; corregge quindi errori inevitabili, che si sono consumati nel tempo, anche se, accanto agli errori, nelle singole riforme vanno riconosciuti gli indubbi meriti di un avanzamento progressivo in direzione di un traguardo, quale è quello che registriamo proprio dalla attenta lettura del testo in esame.

Errori sono stati commessi, a partire dalla riforma ospedaliera che, se ebbe il merito di superare un concetto meramente assistenziale, tuttavia fu disancorata dal contesto più generale ed ha provocato inevitabili ripercussioni soprattutto per i livelli retributivi ed i rapporti con gli enti mutualistici, oltre naturalmente i vantaggi che si sono percepiti a livello di utenti. Così pure l'attribuzione alle regioni dell'assistenza ospedaliera, in assenza di un quadro più generale di riferimento, non ha certo giovato all'organicità dell'intervento in quel settore specifico e chi avesse vaghezza di numeri, che non vanno sottovalutati sotto il profilo dei costi dei servizi, ammetterebbe che la lievitazione della spesa ha risentito proprio della riforma parziale, con le regioni divenute competenti nel settore dell'assistenza ospedaliera e con il settore mutualistico rimasto ancora rigidamente e burocraticamente ancorato ad antiche superate normative. I nuovi livelli di competenza, va detto, non hanno potuto o saputo utilizzare gli strumenti necessari di controllo, sempre utili se vogliamo realizzare un traguardo ottimale che è quello dell'erogazione di un servizio sanitario alla generalità dei cittadini, ma con un minimo di rigore, perchè rigore oggi i tempi richiedono a qualunque operatore, politico, amministrativo o burocratico.

Lo stesso decreto del 1972 di trasferimento delle competenze in materia sanitaria, nei limiti di un'applicazione parziale dell'articolo 117 della Costituzione, non accompagnato (il decreto stesso) da una legislazione di princìpi, ha costituito un momento di aspra dialettica tra la posizione delle regioni e quella dell'amministrazione centrale sanitaria. La legge n. 382, successivamente, e il decreto attuativo n. 616 hanno dato un'indicazione abbastanza rigida al legislatore (successivo) della riforma sanitaria generale, in quanto si sono fatti carico del problema di considerare, con minore astrattezza, le funzioni delle regioni, con stretto riferimento ad ambiti territoriali anche minori, che non fossero quelli che le regioni avevano posto in essere (i comprensori sanitari o i bacini socio-sanitari che alcune regioni hanno realizzato sul piano della legislazione positiva).

Con il decreto n. 616, pur dovendo convenire con alcuni rilievi dottrinali, secondo cui è stata compiuta un'opera di arditezza costituzionale da parte del legislatore delegato, abbiamo segnato i confini di una concezione diversa del modo d'essere dello Stato visto nella sua accezione più larga, dal Governo centrale e dal Parlamento alle regioni, agli enti locali territoriali, alle province o enti intermedi, ai comuni.

Avendo posto questo confine al mio intervento, svolgerò tali considerazioni con un solo rilievo a monte: la separazione istituzionale dei servizi, soprattutto in tema di prevenzione, di cura e di riabilitazione, ha giocato a danno delle strutture complessive sanitarie, tanto è vero che, non a caso, la riforma, che porta il nome del proponente ministro Mariotti, privilegiò le strutture ospedaliere senza alcuna considerazione a monte del servizio di prevenzione e a valle del servizio di riabilitazione; mancando all'epoca, anche dal punto di vista culturale, una valutazione complessivamente organica della inseparabilità istituzionale dei servizi di pre-

venzione, terapeutici e riabilitativi, la conseguenza è data dal privilegio accordato al settore ospedaliero, pure necessario in una logica di servizio generalizzato, ma non unico momento delle prestazioni sanitarie.

Oggi ci troviamo di fronte ad un impianto diverso; in effetti, con il decreto del Presidente della Repubblica n. 616, abbiamo tracciato la strada di un recupero istituzionale profondamente innovatore: i comuni con l'aver avuto l'attribuzione *in toto* dell'assistenza socio-sanitaria, le province, in un momento di grande incertezza del legislatore circa la loro funzione e la loro natura, avendo avuto una competenza in tema di delimitazione degli ambiti territoriali; le regioni, avendo avuto funzioni delegate amministrative in tema di igiene e di sanità pubbliche e una competenza in tema di assistenza sanitaria ed ospedaliera; il Governo centrale e il Parlamento avendo una funzione risultante da una valutazione strettamente collegata all'esercizio di attività non diversamente esercitabili.

A leggere l'intero testo, ci accorgiamo che c'è un rovesciamento di posizioni, e cioè vi è un ribaltamento concettuale e culturale rispetto al momento centralistico, che è stato croce e delizia dei rapporti fra l'amministrazione centrale e i livelli più autenticamente di autonomia, in primo luogo le regioni. Non dimentichiamo che tutta la prima legislatura regionale è stata caratterizzata prevalentemente da una conflittualità o da una ricerca di conflittualità fra chi resisteva (amministrazione centrale) e chi reclamava più autentici poteri in diretta corrispondenza con una visione della Costituzione anche diversa da quella statica ed immobile del 1946 o del 1950.

Oggi non si dice più, in tema di riforma sanitaria, che lo Stato ha competenza generale; vediamo, perciò, di attribuire alcune competenze agli altri livelli. Ma si dice, come si evince dall'articolo 6, che sono di competenza statale le funzioni amministrative concernenti situazioni e settori che hanno grande rilievo sia di collegamento internazionale sia di politica più generale in materia sanitaria (mi riferisco, cioè, ai rapporti internazionali, agli interventi contro le epidemie, alla profilassi delle malattie infettive, alla produzione, alla registrazione, alla ricerca, alla sperimentazione, al commercio, alle informazioni concernenti i prodotti chimici, eccetera).

All'articolo 7, in una scala progressiva, vi è l'indicazione delle deleghe in determinate materie alle regioni, con la specificazione delle competenze dirette delle stesse.

Si è lasciato tutto il resto all'attribuzione dei comuni quali enti di governo di interessi generali, riferiti ad un determinato ambito territoriale. Credo che, nel momento in cui avrà approvato la riforma sanitaria, il Parlamento avrà dato per la prima volta un esempio di inversione anche rispetto alle previsioni della Carta fondamentale — articoli 117, 118 e 119 — avendo abbandonato la strada impercorribile dei rapporti tesi dovuti ad una concezione centralistica ed imboccato quella che affida alle autonomie prevalenti compiti di gestione dei servizi sociali.

Mi sento quindi di poter aderire alla correttezza di impostazione che si riscontra nel testo di questa riforma sanitaria, in quanto vi è organicità e coerenza con le previsioni della Carta fondamentale; ma vi è coerenza soprattutto con le indicazioni del legislatore del 1975, legge n. 382, e con la delega esercitata dal legislatore delegato attraverso il decreto del Presidente della Repubblica numero 616. Vi è anche un'organicità, a mio avviso da non sottovalutare, per quanto riguarda tutte le proposte di riforma delle autonomie. Vi è un cambiamento totale di mentalità e l'inversione di un processo che non parte più dall'alto, cioè dall'Amministrazione centrale, ma si innerva dal basso, cioè dai comuni, dalle province, dalle regioni, quindi dal Governo, dal Parlamento: da ciò che si deve intendere per Stato quale sistema organico delle istituzioni.

Se è vero tutto questo, possiamo cominciare a vedere alcune questioni più propriamente interne alle strutture della riforma sanitaria. Parlerò per un po' delle unità sanitarie locali, perchè permangono in me dei dubbi per quanto riguarda la struttura operativa e credo che possano essere avanzati dubbi anche dagli estensori degli emendamenti, cioè dalla Commissione sanità, per quanto riguarda un

giudizio di insieme che dobbiamo stare attenti a dare.

Non voglio essere un sostenitore trionfalista di una tesi unilaterale; però mi permetto di sottoporre alla valutazione dei colleghi — perchè i lavori parlamentari poi possano essere punto di riferimento per l'interprete e non per la giurisprudenza (almeno così mi auguro, diversamente da come invece qualche autorevolissimo collega ebbe a sostenere nell'altro ramo del Parlamento) — un mio giudizio di insieme: nel testo così come emendato in sede di Commissione sanità del Senato, l'unità sanitaria locale è configurata come una struttura operativa dei comuni, dell'assemblea dei comuni, e delle comunità montane. È logico che avvenga questo triplice riferimento: al comune, laddove il territorio dell'unità sanitaria locale coincida con il territorio del comune; all'assemblea dei comuni laddove il territorio dell'unità sanitaria locale superi l'ambito comunale e ci sia bisogno di più comuni, per realizzare il servizio sanitario; alle comunità montane, laddove c'è perfetta coincidenza anche di ambito territoriale.

Che cosa aveva licenziato l'altro ramo del Parlamento? L'articolo 49, indipendentemente dal modo di articolazione dell'unità sanitaria locale, pone un punto fermo: gli atti delle unità sanitarie locali sono sottoposti al controllo del CORECO. Questi non sono perciò atti interni, ma atti ad efficacia esterna, rilevanti, quindi, rispetto al terzo.

Quando si è parlato di struttura collegiale, di organi collegiali, siamo rimasti ancora nel generico: credo suoni ad onore di questo ramo del Parlamento, se la Commissione sanità si è intrattenuta a lungo, nella ricerca di una convergenza, per avere un'articolazione dell'organo collegiale, cioè una più completa identificazione del modo d'essere dell'unità sanitaria locale. Si può anche dire struttura e questo non deve spaventare coloro i quali, ricordandosi della statistica, si accorgono che gli enti, nel nostro paese, proliferano sempre, nonostante la decisione del legislatore di volerne sopprimere parecchi (se valutiamo le conseguenze della soppressione dei patronati scolastici, dotati di personalità giuridica pubblica, o degli ECA, ci rendiamo conto che 18.000 enti sono scomparsi e non è poco). Un po' di attenzione è necessaria a questo punto, in quanto la preoccupazione di non volere enti — forse giusta — potrà dare vita ad un disegno riformatore che potrebbe paralizzare ogni attività. Posso ammettere che il consiglio comunale di un piccolo comune sia in condizione di gestire l'unità sanitaria locale e tutte le strutture ad essa connesse. La preoccupazione più grande è per i livelli subcomunali e intercomunali. Rispetto ai livelli subcomunali, città come Milano, Roma, Torino, Napoli, Palermo, Bari, Bologna, difficilmente possono gestire le unità sanitarie attraverso il solo consiglio comunale per operoso che sia e per unitaria che possa essere la sua formula di gestione. Naturalmente ci sono delle eccezioni, dei livelli di grandissima efficienza, che però restano esempi che confermano la regola di una amministrazione abbastanza lenta anche a livello delle autonomie.

Abbiamo definito l'unità sanitaria locale come una struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane. Rispetto all'altro ramo del Parlamento abbiamo anche operato una selezione tra atti fondamentali ed altri atti che non vorrei definire di secondaria importanza. Gli atti fondamentali sono l'approvazione del bilancio annuale e pluriennale, l'approvazione della pianta organica o di un programma di intervento sanitario poliennale. Tutti questi atti meritano un'attenzione differenziata ed un livello di intervento, ai fini dell'approvazione, diverso rispetto agli altri atti. Tutti gli altri possono essere sottoposti direttamente all'approvazione del comitato regionale di controllo e conservano la natura di atti a rilevanza esterna.

Ma se anche gli atti di gestione hanno rilevanza esterna, non vi potrà essere dubbio che l'organo deputato a renderli sia dotato di personalità giuridica, anche se è definito struttura operativa del comune: si tratta di un organo nuovo del comune o dell'associazione dei comuni. Dicendo questo, faremo chiarezza anche per l'interprete, il quale potrà domani tranquillamente dire che il comitato di gestione è una struttura operativa dotata di personalità giuridica, con com-

petenze limitate. Se posso fare un paragone tra questa struttura e la personalità giuridica, direi che il rapporto è lo stesso che esiste tra il minore emancipato e colui che ha la maggiore età. Abbiamo creato cioè un emancipato, in condizione di porre in essere alcuni ma non tutti gli atti, però quelli che pone in essere hanno rilevanza esterna e sono sottoposti al controllo del comitato regionale.

Se invece dovessimo essere di parere diverso, allora avrebbe ragione quel nostro collega della Camera, quando afferma che sarà la giurisprudenza a definire la natura giuridica delle unità sanitarie, mentre il Parlamento non ha saputo evitare il ricorso al contenzioso successivo, per tema di incorrere nell'accusa di creare enti. Credo di dover qui testimoniare l'esigenza di evitare una confusione, che non è solo terminologica ma concettuale; do, perciò, atto ai colleghi della Commissione sanità di aver prestato attenzione al parere articolato, che noi della Commissione affari costituzionali avevamo inviato, nei limiti delle nostre competenze.

Esprimo una preoccupazione, che avevo già preannunciato e che sottopongo all'attenzione dei colleghi e dell'onorevole Ministro: ormai c'è una tendenza all'istituzionalizzazione rigida dei governi; il Parlamento, cioè, legifera, prefigurandosi chi dovrà gestire una certa attività. Ciò, anzichè essere il risultato di un accordo politico, finisce con l'essere una gabbia addosso agli amministratori, costretti non più a scegliere ma ad avere delle coabitazioni molte volte non gradite. Non posso non sottolineare che non ci saranno artifici quando in un'assemblea si dovesse registrare la presenza di qualche forza non costituzionale (mi riferisco al MSI): che faremo, allora? coabiteremo?

Non credo che facciamo una buona legislazione, quando prefiguriamo il tipo di gestione. Dobbiamo stare tutti dentro, perchè qui si tratta di settori vitali, nevralgici nel settore sociale? Allora è difficile differenziare — diciamocelo francamente — fra il compromesso storico ed una formula diversa di governo: il compromesso storico entra per la finestra, imponendo di governare insieme laddove magari una coabitazione può non essere accettata da altra forza politica.

Mi avvio, adesso, rapidamente a trattare l'altra parte: Parlamento-Governo-piano sanitario nazionale. Finalmente, abbiamo una legge che legifera per princìpi: abbiamo sempre sostenuto tra le forze politiche, dentro la nostra ho sempre sostenuto che, con l'attuazione delle regioni, finalmente si realizza l'esigenza individuata dal Costituente, di assegnare al Parlamento un compito di legislazione per princìpi. In questa legge onestamente troviamo una serie di princìpi e riscontriamo anche il Governo essere destinatario in via formale di una funzione di indirizzo e di coordinamento. Facciamo, perciò, attenzione, onorevoli colleghi, quando esamineremo, se esamineremo, il contestato articolo 59.

Con l'attuazione delle regioni, si precisò che la funzione di indirizzo e di coordinamento fosse propria del Governo. Questo concetto è stato ripetuto nella legge 382 e successivamente è stato enucleato in più punti del decreto del Presidente della Repubblica n. 616. La funzione di indirizzo e di coordinamento del Governo è collegiale; ciò implica che non può essere attribuita al singolo Dicastero: con l'attuazione delle regioni, si impone ancora di più la riforma della Presidenza del Consiglio dei ministri e quindi la fine del dicasterialismo all'interno del nostro ordinamento.

Se ciò è vero, è vero anche che le funzioni di indirizzo e di coordinamento non sono astratte, asettiche — non possono rimanere nè astratte nè asettiche —: c'è bisogno di una struttura di intervento del Ministero della sanità che abbia il compito di predisporre tutte le istruttorie occorrenti non soltanto per l'elaborazione del piano sanitario nazionale, ma anche per tutte le funzioni di coordinamento e di indirizzo, perchè venga ricondotta ad omogeneità tutta la legislazione regionale ed anche le attività più propriamente amministrative delle unità sanitarie locali, che hanno una importanza di rilievo rispetto a questo grande momento unificante.

P R E S I D E N T E . Senatore Mancino, vorrei ricordarle che lei ha esordito affermando che sarebbe stato breve; ma sta par-

lando da oltre mezz'ora! È solo un richiamo alla sua promessa.

M A N C I N O . A dire il vero, signor Presidente, non vorrei rispondere dicendo che quell'articolo che limita il tempo a mezz'ora, si riferisce al parlamentare-lettore . . .

P R E S I D E N T E . Non è un richiamo al Regolamento, ma alla sua promessa!

M A N C I N O . Chiuderò rapidissimamente, chiedendole scusa.

Se è vero che abbiamo bisogno di una attenta attività di governo capace di creare equilibri e riequilibri (equilibri rispetto alla politica generale sanitaria, riequilibri rispetto alla differente posizione emergente sul piano territoriale tra una parte del nostro paese e il resto), quest'attività attiene a una funzione non amministrativa, ma di grande momento. Abbiamo le strutture necessarie per questi obiettivi? Il Ministero della sanità è stato creato in un periodo in cui, forse, si discuteva poco di controllo della spesa pubblica e tuttavia esso risente di una situazione precaria, anche in termini di dotazioni organiche. Dico francamente che, nonostante l'attribuzione delle funzioni ai comuni, nonostante le competenze regionali, proprio per la fase preparatoria della funzione di indirizzo e di coordinamento, abbiamo bisogno di teste d'uovo dentro il Ministero della sanità: la funzione di indirizzo e di coordinamento non si può svolgere se non avvalendosi dell'*intelligentia* migliore a livello di burocrazia e di apporto di consulenze esterne.

Facciamo, dunque, attenzione: forse dobbiamo articolare in maniera più puntuale la revisione dell'organico in dotazione al Ministero della sanità; ma non realizziamo, colleghi, una riforma che, nel momento in cui deve essere attuata, ha bisogno di un momento centrale, non per recuperare funzioni di accentramento, ma per dare in periferia princìpi, coordinamento, indirizzi, capaci di incidere su tutte le strutture dei comuni, delle province, delle regioni in maniera armonica e tale da realizzare il disegno del legislatore, che resta quello dell'attuazione di una riforma sanitaria generalizzata, i cui utenti siano contenti e soddisfatti per i livelli realizzati.

Ecco perchè, collega Ciacci, sottolineare che il costo della riforma deve vederci attenti non significa non volere la riforma. C'è una parte degli economisti, tra i più avanzati tra l'altro (anche fra di noi gli economisti dell'AREL, in una recente pubblicazione, hanno sottolineato come la salute vada considerata fattore di sviluppo, in un quadro di responsabile gestione dei servizi) che si pongono il problema dei costi: come tratrascurare i loro rilievi?

Non possiamo fare la corsa alla lievitazione della spesa in un settore che pure ha visto quasi triplicata l'incidenza dei costi dei relativi servizi rispetto alla situazione più generale della nostra economia.

Un'ultima valutazione riguarda il personale. Non v'è dubbio che vi sono molte incertezze, anche da parte delle forze politiche (ma non solo), per quanto riguarda il ruolo unico. Esso, onorevole Ministro, è in crisi, concettualmente. Il carattere di mobilità, l'esigenza del rispetto dei diritti quesiti, il problema umano per tanti funzionari, che, dopo avere vissuto con le loro famiglie in centri importanti, devono trasferirsi in periferia, non è momento di poco conto. Qualche accorgimento varrà di porre in essere, per evitare di attrezzare le unità sanitarie — quelle più periferiche — con personale non qualificato; guai se la riforma sanitaria registrasse fughe che ancora oggi si registrano negli ospedali di livello inferiore! Quanti primari non sono all'altezza della situazione e quante sanatorie il legislatore nazionale dal 1967 ha dovuto varare per coprire posti non appetibili a livello di libera concorrenza! È un problema di cui ci dobbiamo fare carico, se non vogliamo partire col piede sbagliato e realizzare una miniriforma, con conseguenze deleterie, soprattutto là dove il cittadino ha maggiore bisogno di ricorrere alla struttura pubblica.

Termino con una raccomandazione per noi tutti: in sede di riforma universitaria dovremo avere un momento di riflessione, perchè non è possibile, soprattutto in questo settore, mantenere corpi separati tra le

strutture sanitarie tutte — dalle unità sanitarie locali a quelle più specialistiche — e l'università, dalla ricerca, alla didattica, alla sperimentazione. C'è bisogno di un momento unitario: e noi, che pure siamo abituati forse a disconoscere la paternità delle leggi che hanno avuto larghissimi consensi (pensiamo all'equo canone), dobbiamo esprimere l'augurio che una conquista di così vasta portata quale la estensione di un'assistenza sanitaria qualificata a tutta la popolazione si possa realizzare, attraverso comportamenti estremamente rigorosi, non solo del legislatore, ma degli amministratori e degli utenti. (*Applausi dal centro*).

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

G I U D I C E . Signor Presidente, onorevoli colleghi, è certo con soddisfazione che il Senato deve accingersi a dare il via alla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale. Questa legge infatti per la prima volta introduce un criterio di coordinamento, di scelte razionalmente selettive, di programmazione dunque, in una materia che, pur essendo di importanza vitale per la nazione, è stata finora affrontata in modo frammentario.

In questo mio breve intervento mi propongo di dimostrare il vantaggio razionale della nuova maniera di affrontare i problemi della sanità, paragonando il nuovo sistema alla pleiade di approcci che ci accingiamo ad abbandonare, sottolineando l'importanza di alcuni dei temi affrontati con qualche dimostrativa esemplificazione che supplisca alla sua mancanza di completezza con l'eloquente drammaticità delle cifre presentate.

La legge in discussione all'articolo 1 fissa come princìpi la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, con uguaglianza di diritti per tutti i cittadini. Già in questo articolo incontriamo una innovazione non ovvia per quanto riguarda l'estensione del servizio sanitario a tutti i cittadini. Infatti, anche se il sistema mutualistico ha coperto finora la gran parte dei cittadini — per quanto riguarda la cura, bene inteso — è sempre più frequente il caso dei giovani che raggiungono la maggiore età senza aver trovato un lavoro e rimangono privi di assistenza sanitaria mutualistica. Per questo ed altri meccanismi, alcuni milioni di persone rimangono fuori dal sistema assistenziale vigente. Il disegno di legge prevede invece, con l'articolo 63, che tutti i cittadini siano assicurati presso il servizio sanitario nazionale, cioè estendendo a tutti gli stessi diritti in materia di assistenza sanitaria e con uguaglianza di trattamento. Nel rispetto dei princìpi sopra elencati la legge fissa alcuni obiettivi da raggiungere attraverso il sistema sanitario nazionale: alcuni che riguardano la diagnosi, la cura e la riabilitazione, altri che riguardano la prevenzione. Per i primi il nocciolo dell'innovazione sta nella unificazione del sistema dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Una rete di alcune centinaia di unità sanitarie locali farà capo alle regioni costituendo un sistema unico di riferimento che consentirà da un lato al cittadino un più razionale e semplice accesso alle prestazioni sanitarie, dall'altro allo Stato di conoscere in modo uniformemente coordinato i problemi della salute del territorio. Mettiamoci per un momento nei panni dell'utente. Se egli ha bisogno di una prestazione sanitaria oggi avrà un destino diverso secondo il tipo di lavoro che esercita. La maggioranza dei cittadini, infatti, fa capo ad almeno 28 differenti enti di assistenza e la cifra può salire anche a qualche centinaio se si considerano gli enti secondari. Egli si troverà dunque a dover porsi una serie di quesiti diversi secondo la sua appartenenza all'uno o all'altro di questi enti; dovrà chiedersi innanzi tutto se il medico dal quale desidererebbe essere curato è convenzionato con quell'ente o solo con altri; dovrà recarsi ad uno dei 28 uffici per espletare una delle 28 diverse procedure che gli daranno diritto ad uno dei tanti possibili tipi di trattamento. Il diffondersi della coscienza sanitaria a livello di conoscenza dei diritti alle prestazioni tra tutti i cittadini non risulta certo agevolato dall'esistenza di tanti schemi di assistenza diversi e neanche stabili nel tempo perchè spesso variabili e

variati da disposizioni emanate dai singoli enti.

Non secondario e già tante volte denunciato è il disagio che questa farragine burocratica ha causato anche nella classe medica sottraendole non poco tempo da quello dedicato ai compiti medici specifici. La soluzione di questo grave problema, già anticipata con la legge 349, trova la sua razionale definizione nella legge odierna che tra l'altro all'articolo 57 sancisce il principio dell'unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie. Il cittadino si rivolgerà dunque all'unità sanitaria locale dove risiede e in quell'ambito troverà una *équipe* sanitaria che con procedura uniforme su tutto il territorio nazionale e con approccio multidisciplinare lo assisterà qualunque sia la sua condizione sociale e indipendentemente dal suo tipo di lavoro. Accanto alla razionalizzazione della distribuzione dell'assistenza pubblica la legge si occupa del miglioramento della sua efficienza. Già il coordinamento rappresenta la prima garanzia del miglioramento; la legge però introduce specificamente alcuni elementi intesi a sciogliere certi nodi essenziali per superare certe drammatiche carenze dell'attuale sistema.

Attraverso gli articoli 53, 55 e 58 si prevede l'attuazione di un piano sanitario nazionale che finalmente predisponga e coordini l'intervento sanitario in tutto il territorio, ovviando a sperequazioni e individuando i settori di intervento, attraverso una raccolta ed uso razionale dei dati statistici affidati alla competenza del laboratorio epidemiologico statistico dell'Istituto superiore di sanità. Sulla necessità di un tale studio riferirò pochi ma significativi dati. Partirò da una delle affezioni più tristemente note, il cancro. Di questa malattia muoiono oggi 110 mila persone all'anno nel nostro paese, il che rappresenta il 20 per cento della mortalità nazionale, e altre 90 mila persone se ne ammalano ma vengono guarite. Dei 110 mila morti però ben 50 mila avrebbero potuto essere salvati se la diagnosi fosse stata più precoce o se i mezzi terapeutici fossero stati più adeguati. Da un'indagine condotta di recente all'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, si deduce che una buona programmazione a livello nazionale può diminuire del 20 per cento la mortalità per cancro entro 10 anni con i mezzi attualmente disponibili, e ciò agendo in tre possibili modi. Primo, attraverso la prevenzione primaria; secondo, attraverso la diagnosi preclinica; terzo, attraverso il miglioramento e il coordinamento dei mezzi di cura. Questi tre approcci vanno valutati scientificamente e selettivamente valorizzati a seconda delle risultanze epidemiologiche e statistiche. Risulta, ad esempio, infatti che per il cancro del polmone l'aspetto della prevenzione è di gran lunga quello da privilegiare: un'intensa campagna contro il fumo potrebbe portare a una diminuzione del 10-15 per cento dei fumatori con una riduzione di circa il 5 per cento dei morti per carcinoma polmonare, cioè circa 1.000 morti in meno all'anno, con un costo di circa 300.000 lire per individuo salvato. Una diminuzione di circa il 40 per cento della mortalità per carcinoma polmonare si potrebbe ottenere, ad esempio, anche con la produzione di una sigaretta meno dannosa, con costi però ancora da valutare.

Per il cancro della mammella appare invece più importante la diagnosi pre-clinica. L'adeguata educazione sanitaria della popolazione potrebbe ridurre di circa 600 all'anno le morti per tale tumore, con un costo di circa 800.000 lire per vita umana salvata ogni anno, o, ancora, potrebbe ridurre di 1.500 i morti all'anno mediante l'uso generalizzato della mammografia, però questa volta con un costo di 34 milioni per ogni vita salvata: quindi è un progetto forse non realizzabile nel nostro paese. Per i linfomi maligni invece è solo con una migliore organizzazione della terapia, da condurre in ambienti altamente specializzati, che si può ottenere una diminuzione della mortalità di circa 500 unità all'anno.

Per raggiungere questi obiettivi è necessaria dunque una programmazione nazionale e regionale mirante innanzi tutto a modificare gli stereotipi culturali del cancro nella popolazione, in secondo luogo a migliorare l'efficienza diagnostica e terapeutica per i tumori, in terzo luogo a potenziare, finaliz-

zare e coordinare la ricerca sperimentale e clinica.

Quanto costerà? Alcuni miliardi certamente. Ma, a parte l'ovvia considerazione che la salute non ha prezzo, c'è da osservare che in termini monetari i 200.000 ammalati all'anno di cancro costano al paese 400 miliardi di lire annue di costo diretto e almeno 100 miliardi per mancata attività lavorativa.

Altri esempi in cui una corretta programmazione sanitaria potrebbe cercare di introdurre efficaci fattori correttivi sono dati dalle malattie ischemiche del miocardio, per le quali la mortalità è aumentata del 461 per cento negli ultimi venti anni e per le quali si assiste oggi alla costosissima e disordinata proliferazione delle cosiddette unità coronariche, pure utili, sì, ma per le quali si è dimostrato che il vantaggio, per la sopravvivenza, del ricovero in tali unità dei pazienti infartuati è abbastanza modesto, mentre una corretta programmazione della prevenzione e della cura con la diminuzione dei fattori di rischio ha provocato negli Stati Uniti una diminuzione del 10 per cento dei morti da cardiopatia ischemica negli ultimi tre anni.

Speciale attenzione meritano anche le malattie del fegato e delle vie biliari, con un aumento della mortalità del 91,4 per cento negli ultimi venti anni. Per queste malattie si continuano ad usare ampiamente in Italia farmaci cosiddetti epatotropi o epatoprotettori, coleretici, colagoghi, per un numero totale di 555 specialità ed una spesa di 100 miliardi nel solo 1977, senza prova alcuna che essi siano efficaci ed in presenza di molti argomenti che ne indicano la inutilità, se non addirittura la dannosità. Questi farmaci fra l'altro sono sconosciuti in alcuni paesi come l'Inghilterra, gli Stati Uniti e la Scandinavia.

Non sembrino argomenti scontati, perchè l'opera di informazione pubblica da compiere è ancora parecchia, se si pensa che anche a livello medico elevato le cognizioni in proposito sono talora insufficienti. In una indagine condotta di recente a livello europeo, su 36 primari o clinici medici italiani interrogati, oltre un terzo afferma l'utilità dei suddetti farmaci, laddove su 12 eminenti studiosi del fegato europei interrogati non uno ha riconosciuto loro alcuna utilità.

Un'importanza di rilievo potrebbe avere invece una corretta prevenzione per la cirrosi. Il rapporto tra consumo di alcool e incidenza di morti per cirrosi è oggi chiaramente dimostrato in molti paesi; ciò ad esempio è stato dimostrato in Inghilterra e negli Stati Uniti attraverso l'osservazione del consumo di alcool e le morti per cirrosi. Non molti, d'altro canto, sono a conoscenza di una recente indagine ministeriale che ha messo in luce un aumento di oltre il 200 per cento dei ricoveri psichiatrici per alcoolismo in Italia negli ultimi anni.

L'importanza dell'ambiente e della prevenzione nelle epatopatie si rileva anche da uno specchietto terapeutico suggerito dal segretario della società europea di epatologia che così conclude: « In tutte le epatopatie, primo, evitare molti farmaci; secondo, evitare l'alcool e i tossici ambientali; terzo, evitare la fatica ».

Chiaramente dimostrato è oggi il rapporto tra epatite virale e cirrosi epatica. Tutti sappiamo quale importanza abbiano le condizioni igieniche e ambientali nel diffondersi dell'epatite virale.

Queste ultime considerazioni ci portano a sottolineare l'importanza degli articoli della riforma 29, 30 e 31, riguardanti la disciplina dei farmaci, il prontuario farmaceutico, nonchè la pubblicità e l'informazione scientifica sui farmaci per i quali non sarà mai abbastanza sottolineato come su ben 8.641 specialità riportate dall'Informatore farmaceutico del 1976 una grandissima quantità è costituita da doppioni inutili o è frutto di associazioni irrazionali. Ad esempio ben 49 specialità in commercio in Italia contengono ampicillina, ben 63 contengono acido ascorbico e 12 l-glutamina, di per sè di assai incerta utilità.

I farmaci inutili hanno costituito di recente il 44 per cento della spesa farmaceutica INAM, secondo una indagine pubblicata nel 1974 da due autorevoli studiosi italiani. Delle 150 specialità farmaceutiche più usate dall'INAM, soltanto due contenevano asso-

ciazioni farmacologiche razionali, secondo gli stessi autori. Tra l'altro spesso si fa un uso improprio dei farmaci semplicemente attraverso la veicolazione perchè farmaci che possono essere efficaci solo se somministrati per via parenterale, vengono somministrati per via orale. Di questo stato di cose è in buona parte responsabile il sistema di informazione finora attuato ed al quale in parte si è ovviato con leggi precedenti che vengono ribadite e riprese dalla riforma. Considerato che solo il 30 per cento dei medici si è laureato dopo il 1960 e che la farmacopea si è rinnovata per il 70 per cento da quella data, il grosso della popolazione medica ha da allora ricevuto informazioni prevalentemente tramite i *dépliants* pubblicitari nei quali si riporta della letteratura scientifica a sostegno dell'azione di alcuni farmaci. Ma se guardiamo un po' da presso, ci rendiamo conto che i lavori, se sono di buona qualità, sono poco pertinenti, cioè decantano l'importanza fisiologica ad esempio dell'acido adenosintrifosforico dimenticando di dire che, se iniettato, non penetra nelle cellule, oppure si riportano lavori eseguiti male se non addirittura in mala fede, come è comprovato dal fatto che tutti questi lavori non sono pubblicati su riviste internazionali, per le quali dovrebbero passare al vaglio di un comitato anonimo di esperti prima di essere accettati. Non voglio parlare delle cause per le quali talora anche gli istituti universitari di buon nome si prestano a questo genere di collaborazione, perchè ciò ci ricondurrebbe alla questione universitaria vera e propria e alle condizioni di disagio nelle quali versa l'università per cui la necessità del finanziamento di una borsa di studio per un allievo può portare ad una collaborazione che talora sarebbe meglio non accettare.

Il medico pratico è pressato quindi da un lato da questo tipo di propaganda e dall'altro dal paziente che ha appreso attraverso i *mass-media* le pretese virtù miracolose di una serie di farmaci.

Non credo che occorra spendere altre parole sulla necessità di una corretta informazione farmaceutica sia per i medici che per gli utenti.

Da quanto ho detto finora traspare l'importanza prevalente della prevenzione su quella della terapia. Ed è appunto questo il concetto cardine che deve portare attraverso la riforma al superamento della forma assicurativa contro le malattie, la quale pure ha avuto la sua funzione storica e sociale, in favore del concetto più avanzato della prevenzione. Sarebbe illusorio pensare che all'entrata in funzione del sistema sanitario nazionale la prevenzione venga immediatamente attuata nella sua piena efficienza. E ciò principalmente perchè è errato pensare che la prevenzione si effettui solo attraverso il sistema sanitario nazionale. Essa va ottenuta attraverso un graduale cambiamento della società che riesca a ritrovare come suo vero obiettivo l'uomo e non falsi obiettivi che, pur nati dall'uomo, finiscono col rivolgersi contro l'uomo stesso. È certo però che il sistema sanitario nazionale deve introdurre degli elementi essenziali di prevenzione nel suo sistema e giocare un ruolo intrinseco nella programmazione e nel controllo dell'ambiente attraverso le sue strutture.

Questa opportunità viene offerta dal disegno di legge attraverso l'articolo 14 quando alle lettere *b*) e *c*) dà alle unità sanitarie locali il compito di « provvedere » all'igiene dell'ambiente, alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche eccetera. Queste poche parole attribuiscono alle unità sanitarie locali un compito immane. Deve essere poi impegno di noi tutti che queste parole non rimangano mere enunciazioni ma siano seguite da una reale attribuzione di competenze e di mezzi alle unità sanitarie locali, che possano essere poste in grado di incidere sulla grande varietà di iniziative sociali di rilevanza per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini. Questo richiederà competenze non solo nel campo sanitario, ma anche dell'ingegneria, dell'architettura, della biologia, della programmazione. Basti pensare a quale incidenza hanno il traffico, i rumori, l'inquinamento dell'aria e dell'acqua, la presenza o assenza di spazi verdi e ricreativi, l'affollamento urbano sulla salute fisica e psichica dei cittadini.

Le unità sanitarie locali dunque possono e devono, come sancito negli articoli 20, 21 e 22, cogliere l'occasione di divenire un importante centro di raccolta di dati e di propulsione di iniziative per i cittadini, consentendo tra l'altro l'impiego di quel gran numero di giovani laureati che oggi nessuno sembra volere; altrimenti esse possono rischiare di diventare un mero inutile doppione di mal funzionanti ambulatori mutualistici.

Ricordo che tra le altre funzioni spetta alle unità sanitarie locali l'organizzazione del mantenimento e della cura della salute psichica per la quale il disegno di legge, ribadendo i princìpi della legge n. 180, abolisce finalmente il ghetto manicomiale e fida però sulla efficienza dei servizi alternativi e, come scopo finale, sull'efficacia della prevenzione. Ancora una volta sarà responsabilità di tutti noi creare le condizioni perchè questa esplicita intenzione si concretizzi in azioni efficaci.

Due notazioni prima di chiudere. Il cenno fatto agli anziani alla lettera *f*) dell'articolo 2: è obiettivo del sistema sanitario nazionale « la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione ». È questo certamente un grandissimo ed attuale problema, grande tanto da travalicare le competenze e le possibilità del solo sistema sanitario nazionale, attuale perchè oggi, da un lato per l'allungamento della vita media, dall'altro per la scomparsa della famiglia patriarcale, è grandemente aumentato il numero degli anziani bisognosi di cure. Anche qui quale prospettiva sociale può aprirsi per le attività sociali di tanti giovani in cerca di lavoro, ad esempio, e quale fallimento si prospetta invece se tale immane compito viene lasciato tutto alle cure mediche che il sistema sanitario nazionale può dare?

L'altra annotazione finale che mi sembra importante aggiungere è quella riguardante la prevenzione nel lavoro. Fiumi di inchiostro sono stati scritti e i nomi di Seveso, Manfredonia, Priolo hanno purtroppo già risuonato tante volte in questa stessa Aula. La nuova legge dà un colpo di spugna a tutti i vecchi e molteplici enti responsabili (se ne contano a decine) e con due articoli, il 23 ed il 24, apporta due importanti innovazioni: anzitutto crea l'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, in secondo luogo delega il Governo ad emanare entro il 1979 un testo unico in materia di sicurezza del lavoro con lo scopo fondamentale di unificare i frammentari criteri e le frammentarie responsabilità: iniziative tutte e due lodevoli e necessarie. Non dimentichiamo però che deve essere sempre l'unità sanitaria locale a fungere da filtro e da primo centro di intervento per tutte le attività di prevenzione. Sulle unità sanitarie locali deve dunque rimanere il nostro occhio vigile nella fase di attuazione della riforma. Esse rappresentano il cuore della riforma stessa. Dalla corretta individuazione del loro ruolo non solo terapeutico ma anche soprattutto preventivo e multidisciplinare dipenderà il successo della riforma che ci accingiamo a varare. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

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

P E C O R I N O . La televisione e la radio, l'aereo e la macchina, la propaganda, non sempre centrata e non sempre opportuna, attraverso giornali e riviste, hanno consentito al cittadino italiano, indirettamente o direttamente, l'allargamento delle sue cognizioni, creando in lui giustamente un bisogno di migliorarsi e di migliorare le strutture dell'ambiente in cui vive.

Per cui non è stato difficile ai politici, illudendo, individuare e sollecitare queste carenze e sfruttare, deludendo poi, queste istanze che vanno, fra le più pressanti, dalla casa alla campagna, dalla scuola all'ordine pubblico, dall'ecologia alla sanità, e dichiarare la loro disponibilità alle esigenze e rivendicazioni di questo popolo che da circa un secolo è assoggettato ai capricci di governi borbonici e polizieschi, sfornando a ritmo serrato leggi e leggine che non raggiungono lo scopo, perchè superficiali e non consone alla realtà nazionale.

Infatti l'equo canone non risolve il problema degli alloggi, nè quello degli affitti e tanto meno la disoccupazione edile; la legge sui patti agrari, nonostante le controversie, peggiorerà la conduzione agricola, facendo paventare gli investimenti seri e produttivi, a beneficio di chi sa sfruttare solo a suo tornaconto le previdenze nazionali e regionali; il diritto alla scuola contrasta con la penuria di aule e serve spesso a elargire diplomi e lauree a troppo buon mercato, creando schiere di disoccupati e di diseredati che avrebbero potuto essere orientati ad altre attività a loro più consone e più congeniali; le leggi sull'ordine pubblico vengono disattese dal cittadino e a volte distorte dal magistrato, creando confusione e malumore nei suoi tutori; la cura dell'ambiente resta sempre allo studio, mentre si permettono nel frattempo costruzioni abusive spesso deturpanti il paesaggio, con scarichi, se ce ne sono, a volte poco igienici e pericolosi per la salute, rendendo più difficile la prevenzione, a cui tanto si vorrebbe ispirare questo disegno di legge.

Ma il problema più grosso e forse più pressante resta quello della salute; è un problema molto sentito e la cui soluzione è molto attesa: a ragione il cittadino ne aspetta i benefici effetti dopo dieci anni di reclamizzazione e di attesa, che è stata dilazionata nel tempo, non alla ricerca dell'ottimo, ma alla ricerca di accomodamenti e di accorgimenti che diano alla legge l'impronta di una precisa e specifica volontà politica tendente alla medicina di massa ed alla cura collettiva.

Ed il popolo italiano ha aspettato ed aspetta con ansia questa tanto decantata riforma che dovrebbe liberarlo dalle mutue e dal libero professionista e portarlo ad usufruire di una medicina gratuita, qualificata e competitiva con l'assistenza sanitaria nel mondo; e così finalmente potersi liberare dall'asservimento agli ambulatori ed agli ospedali svizzeri, francesi, tedeschi ed americani.

E tutto questo ha creato una grave distorsione nella nostra mentalità e falsando, spesso ingiustamente, giudizi ed equilibri è arrivato a far considerare la nostra medicina vuota e svilita a confronto di quella d'Oltralpe, valutando per capacità culturale e squisitamente scientifica la possibilità di poter sfruttare organizzate strutture strumentali, igieniche ed ambientali, che, in verità, in Italia difettano, costringendo a volte qualche operatore sanitario a supplire con la sua volontà alle gravi lacune esistenti per mancanza di civile comportamento e convivenza da un lato e di responsabile programmazione governativa dall'altro.

Ed il popolo italiano aspetta con fiducia questa tanto decantata riforma anche perchè sa che essa si ispira nel suo complesso a legislazioni straniere.

Ma il popolo italiano non sa che non tutte le leggi possono essere inserite correttamente nel nostro ordinamento perchè ragioni tecniche, ambientali, di mentalità, di costume ed economiche ne impediscono la corretta applicazione.

Noi, con falsa demagogia, abbiamo voluto richiamarci a legislazioni straniere, non tenendo presente o dimenticando che spinte diverse, usi e abitudini diverse regolano i rapporti dei popoli nordici, più freddi e più autocontrollati dei popoli mediterranei più sensibili e più fatalistici, perchè più impulsivi e più sentimentali.

In Europa, i paesi di oltre cortina ove ogni cittadino è uguale dinanzi allo Stato, senza distinzione di intelletto e di ceto, hanno potuto imporre una gestione di massa della sanità, impedendo a chiunque la libera scelta in un settore tanto delicato quale quello della salute.

Lo hanno fatto i paesi scandinavi, ma sono popoli in cui il raziocinio prevale sul sentimento e forse non hanno motivi di lamentela; mentre in Inghilterra, paese a conduzione certamente democratica, dopo circa un secolo di incertezze e di studi, nell'immediato dopoguerra, venne istiuito il servizio sanitario nazionale con l'assistenza gratuita per tutti i suoi cittadini, ma oggi con meditazione critica e in forza della esperienza se ne stanno rivedendo i princìpi e le strutture onde evitare il fallimento.

Di contro la vicina Irlanda, paese ad indirizzo squisitamente socialista, responsabilmente non si è lasciata allettare dal demagogico miraggio della salute uguale per tutti, mantenendo una situazione sanitaria di dare

e avere calibrata ed equilibrata alle necessità dei suoi cittadini ed alle possibilità dello Stato.

Paesi democratici sono la Francia, la Germania federale ed altri, purtuttavia nessuno di essi ha ravvisato l'opportunità ed il bisogno di dare l'assistenza gratuita per i suoi cittadini senza distinzione di censo.

Noi invece ci siamo voluti rendere avulsi dalla nostra realtà; e se una parte politica ha voluto ignorarla per demagogia, l'altra ha accondisceso, senza convinzione e con sforzo, a subire per non dare l'impressione di venir meno al democratico illusorio impegno dell'elargizione della salute a tutti i cittadini nei tre tempi della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

E che un certo sforzo ci sia stato è chiaramente dimostrato dall'affiorare di dubbi e di incertezze espresse da certe parti politiche sia in Commissione che nell'Aula.

E queste incertezze sulla bontà e sull'esito di questa legge nascono in alcuni settori dell'arco costituzionale nel momento in cui ci si accorge della complessità del meccanismo che burocratizza ancora più il nostro ordinamento sanitario, diluendolo fra Stato, regioni ed enti locali e dando ad ognuno degli organi gestori funzioni intersecantisi fra loro, a volte dubbiose, a volte incostituzionali, che finiranno con lo sfumare ancor più l'obiettivo della salute.

Lo Stato con le sue leggi dovrebbe dare l'avvio generale alla riforma, affidando poi alle regioni la programmazione ed il controllo, ed ai comuni la prevenzione, la cura e la riabilitazione; il tutto incluso nelle unità sanitarie locali, che non si capisce bene se diventeranno enti pubblici con tutte le implicazioni e su cui graverà il coacervo di organismi collaterali esistenti, oggi forse usurati dal tempo e dalla irresponsabilità umana, ma che servono ancora a dare una certa garanzia alla prevenzione ed alla salute degli utenti.

Leggendo l'articolato si ha netta la sensazione che si voglia andare ad istituire un carrozzone ancora più vasto, politicizzato a servizio delle amministrazioni comunali, rappresentate nella gestione delle unità sanitarie da elementi sicuramente incompetenti, perchè elettivi, a garanzia della libertà e della democrazia, ma certamente non a tutela della salute. La coscienza dei governanti non viene salvaguardata dalla ortodossia di una democrazia velleitaria e vuota nei suoi contenuti, ma da una responsabile e profonda compenetrazione umana e civile, da una lunga esperienza tecnica e culturale, calata nelle nostre realtà a beneficio di chi soffre.

Non si fa certamente il proprio dovere con la quadratura dei numeri o con le rispondenze dell'articolato ad una logica giuridica, ma si fa servendosi dell'esperienza sofferta e maturata negli anni da tecnici al di fuori ed al di sopra delle parti che possono dettare la sostanza di una legge che accontenti fin dove può le parti interessate, ma soprattutto non perda di vista l'interesse della collettività.

E non è umano per l'aspettativa popolare varare una legge ponderosa ed onerosa che necessariamente dovrà dare delusione e caos. Il Parlamento non si vuole ravvedere neanche dopo le deludenti prove delle leggi sugli stupefacenti, sull'aborto e sui manicomi!

Questo enorme vaso di Pandora non potrà reggere alla pressione interna dei mali, se non gli si crea tutt'attorno quel supporto di leggi dosate e calibrate nelle infrastrutture, ricercando con competenza le cause che volutamente e progressivamente hanno lasciato incancrenire l'assistenza mutualistica ed ospedaliera. E non solo non si è saputo trovare puntuale impegno, ma non si è saputo avere fantasia nell'affrontare problemi di una società sempre in crescita ed in evoluzione che, allargando le sue visioni, sente il bisogno di nuove strutture più idonee e confacenti. E dopo trent'anni che si pone il problema, così all'improvviso si vorrebbe imporre un nuovo sistema sanitario elefantiaco nella sua concezione, ma debole nelle sue articolazioni, per cui inevitabilmente dovrà presto impattare con quel famoso vaso di Pandora.

La prevenzione e la cura della salute hanno bisogno di accorgimenti semplici e lineari nella loro formulazione, ma accessibili per rapidità e contenuti e rigidi nella loro ap-

plicazione. Nei paesi sottosviluppati la salute era ed è affidata ai santoni, cui il popolo crede, restandone soddisfatto; da noi invece il cittadino non crede per cui non ne resta soddisfatto.

L'assistenza sanitaria fino al secolo scorso era affidata ai religiosi ed ai medici; pochi per numero, ma pieni di umana comprensione e cultura: l'uno curando l'anima aiutava il medico a curare il corpo, giganteggiando ambedue al cospetto dell'ammalato e finendo col diventare i depositari dei suoi segreti e dei suoi affanni, e così nacque la figura del medico di famiglia. Oggi di questo medico se ne sente di nuovo bisogno e se ne auspica con insistenza il ritorno; però chi ne parla lo fa senza convinzione e riflessione perchè dimentica che l'abito mentale del medico di famiglia cozza con quello del medico di Stato. Ma in verità pochi erano i bisognosi che potevano trovare assistenza domiciliare ed ospedaliera.

Il miglioramento culturale, conoscitivo ed economico, in uno all'aumento dei medici, fece lentamente riscontro alla necessità dei bisogni umani e sociali; una maggiore incidenza poi di giustizia sanitaria a favore dei meno abbienti esercitata dal medico condotto, dall'ufficiale sanitario, dal medico provinciale, dal medico ospedaliero, in uno alle attività igieniche e preventive, seppur fortuite e lacunose e con disparità di impianti e contrasto stridente fra Nord e Sud, fece sentire il bisogno di allargare la sfera di influenza sulla salute, con una nuova forma di assistenza assicurativa, la mutua.

Sembrò allora un atto rivoluzionario, ma fu un atto di coraggio e fu una conquista di dignità e di prestigio per i lavoratori che venivano innalzati al rango di utenti, non dovendo andare a piatire l'assistenza gratuita, esercitando essi un sacrosanto diritto a compensazione dei contributi versati con il loro lavoro.

E che si trattasse di una nobile conquista, lo sta a dimostrare l'impegno politico a far fiorire nel periodo postbellico tanti altri enti di assistenza che furono purtroppo sfruttati a beneficio del sottogoverno.

Ed è proprio per questo che essi hanno lentamente subìto l'usura dei tempi di cui tanto soffre questa società, adattando, per troppo lassismo degli organi preposti, la loro delicata funzione alla corruttela imperante, consentendo al medico di burocratizzarsi ed appiattirsi sempre più alla ricerca spasmodica del suo guadagno e permettendo all'utente l'indiscriminato sfruttamento delle risorse degli enti, anche a costo di ricatti continui.

Nessun governo, nessun sindacato, pur consci di tanta degradazione, è mai intervenuto per correggere tali distorsioni. E come avrebbero potuto, se l'abusivismo dei vertici ha coinvolto la base? E quando lo hanno tentato hanno peggiorato le istituzioni.

Da qui, a copertura dei loro torti, per non fare dichiarare il fallimento non degli istituti, ma della politica che li ha guidati, si è strumentalizzata la necessità di una radicale modifica delle strutture sanitarie con la scusa del loro superamento in un ordinamento moderno della società industriale e consumistica e dopo una battaglia decennale di suggerimenti, di idee di modifiche e di ripensamenti, si vorrebbe imporre al nostro paese un mastodontico organismo, svuotato di competenza pratica e culturale, affidato all'egemonia dei partiti, più preoccupati del cittadino votante che del cittadino sofferente.

La salute, prioritaria a qualunque altro postulato, si salvaguarda con schemi ed organismi lineari nell'interpretazione e rigidi nell'esecuzione, anche perchè interessa lavoratori che i sindacati non hanno mai difeso in quel particolare e delicato momento di sofferenza: non si cura con la difesa del posto di lavoro a chi non vuole lavorare, ma si cura responsabilizzando soprattutto il medico, pilastro portante delle strutture sanitarie, e non si cura svilendolo ed umiliandone il suo prestigio, relegandolo per legge nel ghetto impiegatizio a considerare il magro stipendio giusta mercede alla sua pigrizia, ma non alla sua perizia e alla sua cultura.

Libero chi vuole di burocratizzarsi, ma liberi coloro che vogliono eccellere per confrontarsi!

Nessun'altra attività professionale è mobilitata quasi con cartolina precetto.

Da ciò la previsione è facile: così come congegnato il disegno di legge, le USL in definitiva e presto rappresenteranno l'anticamera squallida degli uffici di accettazione degli ospedali, un po' perchè il medico non stimolato e non appassionato al suo lavoro tenderà alla facile ospedalizzazione, un po' perchè l'ammalato premerà per il ricovero per sfuggire al *ticket* dei farmaci; così lo Stato vedrà forse contrarsi la ricettazione ambulatoriale di contro all'indiscriminato aumento delle spese di degenza e dei medicinali.

Altro che contrazione della spesa!

Ed il cittadino che disdegna per le sue possibilità economiche e per la sua riservatezza le corsie comuni degli ospedali disdegnerà l'acquisto gratuito dei medicinali pur gravati dal *ticket?* E che rapporto ci sarà fra il consumo odierno, limitato solo agli assistiti, e l'allargamento dell'utenza del farmaco a tutti? Noi abbiamo le nostre riserve in proposito e l'esperienza negativa denunziata da altre nazioni avvalora il sospetto; e questo presunto risparmio è uno dei motivi di fondo cui si vorrebbe far risalire lo scopo della riforma.

Si sostiene inoltre da più parti che il costo del farmaco va rivisto e ridimensionato per limitare i lauti guadagni delle industrie farmaceutiche e la spesa dello Stato. Benissimo; ed in Italia tanti altri lauti guadagni leciti ed illeciti dovrebbero essere rivisti! Ma i prezzi dei farmaci non sono sempre passati attraverso il vaglio del Ministero della sanità, che avrebbe potuto provvedere prima a imporre prezzi più equi?

Vero è che la propaganda in clima concorrenziale pesantemente incide sul costo, ma si dà anche per certo che fino ad oggi si sono voluti difendere assieme agli interessi delle industrie farmaceutiche gli interessi di chi a monte li protegge.

E se è vera questa protezione che si dice politica, avrà questo Parlamento la forza ed il coraggio di metterla a tacere? Ed ancora, avrà il coraggio di portare alla disoccupazione la nutrita schiera degli informatori scientifici?

Sono interrogativi a cui in questo clima non è facile rispondere; e mi domando se per accorgimenti non tanto semplici, ma certamente non tanto difficili ad essere attuati, valeva la pena nell'arco di un decennio di spremere meningi a ricercar parole e frasi fatte.

Ma c'è un secondo punto su cui è necessario soffermarci: se non vado errato fra i compiti delle USL c'è il grosso problema della prevenzione che dovrebbe racchiudere in sè raggruppati tutta una vasta gamma di interventi che vanno: dall'individuazione delle cause morbigene dell'ambiente e del lavoro e delle sostanze nocive, alla graduazione degli interventi; dall'individuazione dei mezzi diretti ad aumentare le resistenze organiche della popolazione, alla vaccinoterapia, alla chemioprofilassi, alle cure termali e climatiche; dall'organizzazione ed esecuzione dei controlli sanitari nelle industrie ed in altri luoghi di lavoro al comportamento della collettività verso l'alcool, il fumo e la droga, alla responsabilizzazione e sensibilizzazione del cittadino, che con controlli di base dovrebbe rendersi partecipe della corretta applicazione delle norme emanate, con una specifica educazione sanitaria.

Ma non qui finiscono i compiti delle USL, perchè problemi di grande rilievo sono pure quelli dei consultori familiari, dei drogati e degli psicopatici, la vigilanza sulla gestazione, sulle malattie dell'età scolare e prescolare, degli anziani e dei vecchi; e se poi, a questi compiti, si aggiunge il controllo e la gestione degli ospedali, che da enti dovrebbero essere declassati al rango di « servizi » delle USL, si potrà avere il quadro dei loro compiti, che a causa del decentramento non saranno univoci da zona a zona.

In definitiva si vorrebbe accorpare in un solo ente ció che in pratica è stato esercitato da più enti; vero è che oggi la prevenzione, di cui noi siamo convinti assertori, ha bisogno di impulsi maggiori e più incisivi, date le pressanti necessità dell'epoca consumistica ed industriale, ma è pur vero che il voler demandare tanti compiti ad un solo ente di nuova formazione, non sufficientemente preparato all'urto ed alla vastità dei problemi, non potrà non dare che esito negativo anche negli anni lontani, come maliziosamente previsto dalle forze politiche.

Fino ad oggi in Italia la prevenzione degli infortuni e delle malattie era affidata all'INAIL, all'ENPI ed all'INPS e la cura dell'igiene al medico provinciale ed agli ufficiali sanitari; la cura delle malattie agli istituti mutualistici, agli ospedali ed ai medici condotti. E credo sia doveroso qui ricordare che è proprio dovuta a questi enti la battaglia e la sconfitta della tubercolosi, come la cura ed il risarcimento per i danni dal lavoratore subiti; ed è doveroso ancora ricordare i sacrifici del medico condotto sperduto nelle gole più impervie a dar conforto e salute ed il dibattersi degli ospedali, pur vivendo, fra debiti, stenti e moratorie.

Cosa è mancato ora a questi organismi se non la volontà e l'impulso dall'alto per frenare ed evitare distorsioni nella conduzione?

Cosa è venuto meno nell'ambito delle mutue, se non la stessa disciplina degli organi preposti e lo stesso rigore nell'inquadramento e nella corretta esecuzione?

Cosa è venuto meno negli ospedali, specie al Sud, che soffrono fra l'altro di tante carenze quotidiane, se non la programmazione e la stessa disciplina?

Ci siamo mai domandati perchè tutto questo non si riscontra neanche nei paesi africani?

L'onorevole Zaccagnini, concludendo la festa dell'amicizia a Pescara, ha detto che la crisi non è solo economica, ma sociale, politica, morale ed è dovuta alla perdita del ruolo della famiglia e dei corpi sociali; e se tutto ciò non è un suo ripensamento, ma una sua vecchia convinzione, perchè dal suo alto scranno di piazza del Gesù non ha mai provveduto a tentare di modificarlo? La corruzione è facilmente acquisibile, come la droga, piace e si diffonde a macchia di olio.

Questi sono i veri motivi del declassamento dei vari enti e primo fra tutti la perdita del ruolo dei corpi sociali di cui proprio fanno parte, a tutti i livelli, quegli elementi che verranno trasferiti ed incorporati nel nuovo ente e quelli che formeranno la schiera dei segnalati per le nuove assunzioni. Ed è proprio con questi ed altri presupposti dequalificanti che si vorranno far funzionare le USL!

E quindi prima della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle malattie, è indispensabile la prevenzione all'interno ed attorno agli istituti che dovrebbero servire i tre tempi della salute.

Ma allora, se ciò è vero, bastava potenziare ed allargare le attribuzioni specifiche dei vari organismi esistenti, anzichè crearne uno nuovo che non inventa e non modifica in effetti nulla, paragonabile a tanti piccoli ministeri distribuiti in tutta Italia, che per la vastità delle funzioni si sperderanno nei meandri della burocrazia dei comuni, con competenze a volte esorbitanti, a volte interferenti, di contro ad un abnorme aggravamento delle spese di gestione.

Non ci soffermeremo a richiamare le acquisizioni dottrinali della medicina preventiva, che, unitamente alle spese di conduzione, diventa il secondo asse portante a giustificazione di questa riforma; e si è detto che per una concezione moderna della medicina era necessario unificare in un solo organismo gli interventi terapeutici con quelli preventivi, considerando unitario il servizio a tutela della salute. E questa concezione non è affatto nuova; ed a questi princìpi si dovrebbero essere ispirati nell'esercizio del loro mandato sia i baroni che il medico di campagna, il medico ospedaliero, il medico di tutte le mutue.

Quindi il principio di fondo è sempre lo stesso: la medicina nel suo complesso è stata sempre unitaria ed individuale. Infatti nello stesso momento che il medico esplica la sua attività diagnostico-terapeutica combatte le cause e gli effetti della malattia ed automaticamente cerca anche di evitare le complicazioni, le recidive, la cronicità, non dimenticando fra l'altro quel complesso di suggerimenti farmacologici, dietetici ed ambientali che vanno al di là del momento terapeutico, tendendo così per lo meno a cercare di prevenire le recidive e le loro conseguenze nel tempo, così come preventiva diventa la riabilitazione quando il medico tenta con i suoi suggerimenti di impedire le conseguenze di una forma morbosa o trau-

matica che realizzi lo stabilirsi di condizioni invalidanti.

Ora ci sono degli accorgimenti a carattere sociale, igienico ed ambientale che potranno essere, anzi certamente lo saranno, di pertinenza delle USL, perchè agiscono limitatamente all'ambito del territorio di loro pertinenza e con volontà di facile attuazione: disinfezione, educazione sanitaria scolastica e non, controlli periodici delle persone fisiche, *dépistage* ed altri interventi di laboratorio, servizi, meno il *dépistage*, che prima erano affidati al medico provinciale ed agli istituti di igiene e profilassi.

Ma ci sono, e qui è il punto, dei grandi interventi di prevenzione, che necessariamente dovranno sfuggire al controllo dell'istituendo servizio sanitario, perchè esulano dalle sue possibilità finanziarie, giuridiche ed a volte di inquadratura e di competenza, ed il disegno di legge ce lo dimostra quando si occupa dell'assistenza farmaceutica, medica ed ospedaliera, mentre ignora e tace sul tema della prevenzione generale; e lo avere poi dedicato tre articoli solo per la prevenzione nel campo del lavoro fa supporre una dimenticanza voluta per sfuggire all'interrogativo di come il servizio sanitario nazionale e locale farà per intervenire con mezzi radicali e definitivi nella bonifica dell'atmosfera, del suolo, delle acque e dei rifiuti industriali, nelle riparazioni e costruzioni di acquedotti e fognature: opere che a volte interessano addirittura vaste e varie regioni a spinte, interessi e concezioni diverse fra loro.

Nebuloso ci pare il futuro e l'effetto della riforma, come nebulosa ci sembra la sorte degli ospedali declassati alle dipendenze delle unità sanitarie locali e pregiudizievole per il loro futuro e per quel poco di spirito di emulazione ancora esistente fra loro ci pare la massificazione di questi enti.

Non è certamente disdicevole il principio dell'assistenza ospedaliera uguale per tutti i cittadini che ne volessero o dovessero usufruire, ma è disdicevole che questo principio cozzi con la carenza di attrezzature e col declassamento del personale umano a tutti i livelli, specie al Sud, ove le regioni per pigrizia di intervento, per insipienza, per difetto di programmazione e per politiche lotte intestine segnano il passo di fronte alle sollecitazioni della legge, facendo ancora una volta sottolineare al cittadino questo enorme divario, anche nell'esercizio della cura della salute.

Non è sostituendo i politicizzati consigli di amministrazione degli osperali con altrettanti ancor più politicizzati organismi elettivi delle unità sanitarie locali che se ne migliorano le inquadrature ed i servizi; ma sono i princìpi etici e morali, che oggi difettano, che debbono prevalere a servizio della collettività che soffre per malattie non volute e non desiderate. Non è con il tempo pieno o con l'orologio che si garantisce la presenza attiva e fattiva per la salute e la vita dell'ammalato che, al contrario, si salvaguarda con il rigore, con l'impegno e con la responsabilizzazione di tutti i servizi.

Diceva maliziosamente qualcuno che l'orologio serve a coprire amministrativamente chi è assente, perchè il vero controllo automatico e spontaneo viene dal consuntivo dell'attività svolta dal singolo e dal giudizio infallibile e severo degli utenti della salute e della popolazione.

Il controllo cartaceo o meccanico è una riprova del fallimento di questa democrazia; come, per i fini che se ne volevano raggiungere, un fallimento si è dimostrato in pratica il tempo pieno che non invoglia e non stimola in genere il medico al raggiungimento della bravura e della finezza; come non invoglia e non stimola l'esiguo stipendio degli ospedalieri, che, a confronto con ben altri stipendi, vengono e si sentono umiliati e mortificati.

È giusto e doveroso che lo Stato cerchi di evitare gli sperperi, ma se crede di dovere risparmiare per la cura della salute, a cui questa riforma dice di essere tanto sensibile, non dev'essere consentito che invece sperperi altrove e che tanto meno sperperi fornendo assistenza gratuita e medicinali a chi questo bisogno non ha, a chi, potendo, rinunzia a priori a questa elargizione che sa di populismo stantio ed approssimativo contro esigenze di razionalità. Ma è altrettanto giusto che lo Stato si renda conto che non è opportuno lasciare nello

scontento una categoria che si dice privilegiata perchè depositaria della salute; e per sollecitarla sarebbe opportuno, pur vietando i doppi incarichi, consentire a tutti l'esercizio della libera professione fuori degli orari di servizio.

Il medico da tempo è entrato nell'occhio del ciclone dei partiti e del Parlamento, per l'esoso costo delle prestazioni private e per lo scarso rendimento nei pubblici servizi per la salute.

Non sempre a torto, quando a prima vista si va a constatare l'esoso costo della sanità privata, ma non sempre a ragione e a gloria dei partiti e del Parlamento quando se ne vanno ad esaminare le cause.

L'ospedale e l'università formano il personale medico e l'ospedale e l'università forniscono alle loro corsie ed all'esterno, ai privati, questo personale; potrebbe sembrare un paradosso, ma in verità la concezione e la visione unilaterale della legge Mariotti ha dato ancora una spinta negativa al già traballante sistema curativo ed assistenziale. E populista ci è sembrata quella legge che, decretando allora la soppressione del volontariato per i medici ospedalieri, non tenne conto delle difficoltà economiche in cui versavano gli ospedali e non previde che garantendo lo stipendio a tutti coloro che vi prestavano servizio, senza volerlo, non garantiva la formazione delle nuove leve a curare la salute altrui; e non previde che tale decisione calata nella realtà nazionale doveva portare gli ospedali a sopportare spese maggiori, che oggi si vorrebbero contenere, a limitare l'assistenza per difetto di numero, ma soprattutto doveva privare di lungo e fruttuoso tirocinio e apprendistato volenteroso, perchè volontario, chi era disposto a sacrificarsi per suo desiderio di formazione e suo orgoglio, di contro ad un fantomatico tirocinio semestrale che non forma, non rende e non garantisce.

Le spinte politiche possono assicurare uno stipendio ed una pensione, ma non l'esperienza, che si acquista con sacrificio ed impegno, dimorando a lungo nelle corsie di ospedale.

Ed ecco perchè l'assottigliamento della autentica aristocrazia baronale sul mercato (mi si scusi il termine) di contro all'aumentata richiesta dell'utente, divenuto socialmente progredito ed economicamente più fornito e quindi insoddisfatto e deluso delle corsie ospedaliere, porta all'aumento di prezzi.

E non sempre a ragione quando si vuole illudere il cittadino ad usufruire nella sua totalità della pubblica assistenza, mentre si conoscono le gravi lacune e deficienze degli ospedali, carenti per igiene e pulizia, abbandonati a se stessi per lassismo ed insipienza amministrativa, remoranti nei servizi che trasformano quindi ammalati comuni in lungo-degenti, difettosi di attrezzature, a volte relegate in polverosi scantinati; e, come se ciò non bastasse al rigetto civico, abbondantemente carenti di posti letto, e ad aggravar le cose, anche per mancanza di programmazione nazionale e regionale, la carenza oggi si è ancor più acuita con l'arrivo dei nuovi ospiti: cronici, psicopatici, drogati ed abortiste.

E quando i cittadini dimenticano questa triste realtà, ecco saltar fuori i sindacati con i loro scioperi sacrosanti o meno, ma certamente selvaggi, a ricordar loro tutte le carenze dei nostri ospedali, lenzuola comprese; ecco venir fuori le regioni a patteggiare stipendi ed emolumenti diversificati fra loro per i dipendenti ospedalieri; e, a rincrudelire gli animi, ecco venir fuori lo Stato a dimostrare benigna protezione per alcuni sindacati in lotta, discriminandone altri che, stando alla Costituzione, dovrebbero avere uguali diritti ed uguali doveri.

E che non si voglia o si sappia metter ordine in questo settore squisitamente umano, lo dimostra quanto è avvenuto giorni fa al Senato in Commissione quando un senatore della maggioranza, scandalizzato dalle cronache sui recenti scioperi del personale ospedaliero, presentò un emendamento a questo disegno di legge che servisse a limitare gli scioperi del settore; la proposta improvvisa e non concordata creò evidente esitazione ed imbarazzo nella maggioranza, combattuta fra un sentimento di coscienza e l'interesse politico ed elettorale, ma, dopo rapida riflessione, la coscienza venne addormentata e unanime e corale fu l'invito a ritirare quell'emendamento certamente coraggioso, ma politicamente sprovveduto.

E l'ammalato subisce e soffre, e non può vendicarsi scendendo anche lui in piazza a difendere i suoi diritti e a contrastare chi lo aiuta a soffrire, ed in attesa di tempi migliori, in punta di piedi, quando può, abbandona l'ospedale, diventato per lui luogo di morte. E riandando negli anni si accorge che la battaglia per la salute è stata una turlupinatura, una demagogia a livello politico, e qualche sparutissima oasi non può far testo!

E per dirne una: da tempo era ravvisata la necessità di portare l'indice ottimale dei posti letto disponibili al 12 per mille, ma nulla o quasi nulla si è fatto in tutti questi anni per migliorare la situazione in questo campo e livellare l'assistenza.

E come la riforma per le scuole di Stato ha fatto rifiorire per un buon 25 per cento gli istituti privati, così la riforma sanitaria, come congegnata e preventivata, ha tutti i presupposti per fare rifiorire in questo clima e con questa mentalità le case di cura private che il disegno politico tenderebbe a sopprimere, ma che i politici sanno di non potere abolire perchè servono da sfogo e deterrente alle storture deficitarie ed alle incongruenze dell'assistenza pubblica.

E per aggravare ancora la situazione di disordine, la legge consente ancora agli ospedalieri effettivi di mettersi in aspettativa per andare ad occupare per supplenza o per incarico posti vacanti altrove, lasciando in difficoltà tutti e due gli ospedali: l'uno alla ricerca di una nuova supplenza e l'altro spesso a sopportarli, considerandoli sempre estranei perchè non inquadrati e non assimilati; ciò perchè le amministrazioni non bandiscono o non espletano i concorsi, in attesa del fortunato predestinato.

Ed è proprio per questa incapacità dello Stato a far rispettare i termini per l'espletamento dei concorsi che spesso si è costretti a ricorrere a sanatorie per sanare situazioni abnormi che durano da anni per incarichi o supplenze; e questo stato di incertezza crea preoccupazioni, malumori e diffidenza nell'operatore sanitario a danno dell'assistenza. E come se ciò non bastasse, per mettere ancora ordine nel ramo della medicina si vorrebbe proclamare il numero chiuso o programmato nelle università per porre riparo alla pletora delle iscrizioni ed ai danni prodotti dalle leggi superficiali e permissive approvate in questo ventennio che hanno fra l'altro declassato il prestigio dei docenti e vanificato il desiderio ed il piacere dell'apprendistato dei discenti.

In definitiva si vorrebbe porre riparo all'inflazione degli addottorati, che restano poi disoccupati, diseredati ed emarginati dal contesto sociale; ed il Gruppo che mi onoro di rappresentare non può dichiararsi favorevole a questa decisione che non tocca solo gli atenei e la medicina in particolare, ma investe tutte le discipline e tutti gli insegnamenti: dalle maestre di asilo ai geometri, ai ragionieri, ai biologi, ma soprattutto perchè il principio è anticostituzionale, limitando la libertà di scelta e di vocazione del cittadino; e se, richiamandoci alle leggi in proposito, avessimo evitato l'ingresso nelle aule degli atenei e delle scuole dal ginnasio in poi a chi non dimostra di avere un retroterra di preparazione congeniale per cultura generica e tecnica, oggi non staremmo qui a discutere di un problema che era di facile previsione, ma oggi di difficile soluzione perchè avrebbe sapore di ingiustizia e di particolare protezionismo.

E vana diventa la creazione della seconda e terza cattedra per sopperire alla pletora nelle università, perché, se ciò può andar bene per l'insegnamento delle materie propedeutiche, non ha senso in quelle branche ove l'insegnamento si esplica direttamente sugli ammalati, che per mancanza di posti letto difettano, costringendo questi istituti a contendersi l'ammalato con le specialità affini, allogate negli stessi ambienti.

E si potrebbe ancora continuare ad elencare storture volutamente esistenti e difetti di nuove impostazioni che sanno di farraginoso e di demagogico; e che di demagogia si tratti ce lo stanno a dimostrare tutti i vari tentativi di riforme, gabellati con la visione del benessere e della giustizia sociale e che poi al momento del rendiconto lasciano delusione, amarezza e caos. Ed i politici, non paghi, con giochi sottili, con ricatti e palleggiamenti fra loro, si stanno apprestando ancora una volta ad ammannirci una legge cattiva ed impraticabile, pur sapendo che l'esecuzione verrà affidata fra l'altro ad amministrazioni che

difettano di uomini, di mezzi e soprattutto di buona volontà. Ora, se tutto ciò è vero, non si capisce come si possa accettare una simile impostazione che non modifica e non innova nulla, anzi peggiora la situazione preesistente. E deleteria è l'azione di chi solo per impegno politico dimostra premura per la approvazione di questa riforma, ma ancora più disdicevole è l'atteggiamento di chi, in ossequio alle cromatiche pastette dei vertici, si batte per sostenere e difendere ad ogni costo tesi di cui non è assolutamente convinto.

P R E S I D E N T E . Senatore Pecorino, mi scusi: lei legge da oltre trentasei minuti. La prego, a' termini di Regolamento, di concludere.

P E C O R I N O . Io concludo, per autodisciplina; però debbo far notare (non era lei che presiedeva) che altri hanno letto quasi un'ora e la Presidenza non ha fatto alcun richiamo.

P R E S I D E N T E . Io non l'ho richiamata alla scadenza dei trenta minuti regolamentari: ho dimostrato una certa comprensione; ma ora la prego di concludere: non dico di smettere subito, ma di avviarsi alla conclusione.

P E C O R I N O . E che questa riforma non innova e non modifica nulla ce lo dimostrano le varie gravi perplessità emerse nell'altro ramo del Parlamento e nella Commissione del Senato, ove il Ministro correttamente e con accorato candore lamentava impotenza di fronte alla scarsa rispondenza delle regioni agli indirizzi ed agli appelli del Governo centrale; ce lo dimostra la stampa combattuta dal dubbio; ce lo dimostra l'utente preso da incredulità per atavica esperienza trentennale.

E non ci si può nascondere dietro le cortine fumogene del risparmio nella spesa, quando si sa che si dovranno creare circa 3.000 unità sanitarie locali in tutta Italia, per cui l'onere di gestione dovrà superare abbondantemente la previsione, necessariamente impattando e contrastando col piano Pandolfi.

E meno male che il disegno di legge non prevede la riabilitazione di tutta la schiera degli pseudoinvalidi civili, perché allora si sarebbe dovuto riabilitare tutta l'Italia! Questa parte politica non ha presentato emendamento alcuno, perchè fermamente convinta che questo disegno di legge non va emendato, perchè qualunque emendamento non migliora la situazione di fondo. Esso va ricostruito tutto con criteri di razionalità e più rispondenti alla logica ed alla realtà nazionale, anche perchè uno Stato, come da tutti detto, sull'orlo del fallimento non può e non deve sperperare denaro per andare ad istituire un organismo confusionario, inutile e destinato al fallimento.

Allora, in attesa di tempi migliori e con maturazione più ragionata, sarebbe stato meglio e certamente meno dispendioso richiamare all'ortodossia utenti e gestori della salute. (*Applausi dall'estrema destra. Congratulazioni*).

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

* O S S I C I N I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sono in Parlamento da tre legislature ed i colleghi sanno che sovente mi accadeva di dire, nelle lunghe discussioni che facevamo in Commissione, specie sui bilanci della sanità, o durante l'esame di leggi e leggine tendenti a tamponare problemi urgenti e meno urgenti, che una cosa non vedevo mai apparire nella scena del Parlamento italiano in modo tale da essere sicuro che la sua comparsa non fosse fuggevole: una solida e seria riforma sanitaria. Dicevo addirittura, con una immagine presa dalla drammaturgia, che questa riforma sembrava fosse come quel famoso Godot, di memoria beckettiana, del quale si aspettava sempre la comparsa ma che non compariva mai.

Debbo dire questa sera, in un colloquio fra intimi forse, ma convinti della serietà della strada che abbiamo percorso, che oggi siamo qui per approvare un disegno di legge che finalmente, con tutti i limiti legati a situazioni concrete del nostro paese, tende a risolvere il grande problema della salute dei cittadini italiani. E voglio ricordare la lunga e fervida esperienza fatta in Commissione,

lunga non nel senso che ci abbia affaticato oltre i limiti del giusto, ma nel senso che ci ha impegnato per lungo tempo nella meditazione di problemi ai quali dovevamo dare, e penso abbiamo dato, una seria soluzione.

Debbo ricordare il fervido lavoro di tutti i colleghi, il loro appassionato impegno, in particolare quello dei relatori, e l'appassionata dedizione di coloro che hanno collaborato con noi a livello di funzionari, specialmente il nostro segretario.

Detto questo, osservato che siamo di fronte ad un approdo importante e che dobbiamo difenderlo, voglio fare delle brevissime notazioni generali, come si usa dire, sulla filosofia del provvedimento. Non mi pare infatti che questo sia il momento nè che sia opportuno entrare in una casistica sulla quale abbiamo tanto discusso e che è presente a tutti noi ed anche al popolo italiano che è interessato in vario modo ed in varie forme a questo provvedimento.

L'istituzione del servizio sanitario nazionale viene incontro a problemi di carattere generale che bussavano alle porte del nostro Parlamento da troppo tempo e che non potevano essere disattesi. Il sistema mutualistico ha avuto un compito storico che ha assolto, e questo dobbiamo riconoscerglielo. Ma ormai non era più in condizioni nè di funzionalità nè di struttura nè di prospettiva storica tali da poter far fronte ad un compito come quello che vogliamo sia assolto oggi nel nostro paese. In altre parole nel servizio mutualistico non potevano esserci possibilità di mutazioni interne che gli consentissero di diventare un servizio sanitario nazionale.

Tra l'altro, noi viviamo in un'epoca di rapide trasformazioni nelle quali però proprio l'appesantirsi in modo macroscopico della collettività e dei suoi ritmi talvolta alienanti, per drammatica contrapposizione, mette davanti a noi il problema della salvezza dell'individuo in termini che erano sconosciuti a coloro che ci hanno preceduto. Allora è evidente che una struttura mutualistica legata a vecchie concezioni non poteva svolgere un ruolo quale deve essere svolto da un servizio sanitario nazionale che si ponga come una realtà in cui i rapporti tra individuo e collettività siano risolti in modo tale che la collettività non fornisca soltanto esattoriali funzioni di tutela della salute, ma venga incontro ai problemi drammatici che l'individuo affronta in una società che spesso è del tutto alienante.

Qui permettetemi rapidamente di sottolineare che la filosofia di ogni riforma sanitaria, di ogni servizio sanitario nazionale, di ogni problematica riguardante la salute è legata alla chiarificazione del rapporto tra sintomi e cause. Non può esserci in un paese la tutela della salute se questa non è organizzata sulla base dello sviluppo del rapporto dell'individuo con la collettività e se essa non è legata al combattere le cause e non i sintomi. Spesso le malattie sono il sintomo di una società degradante o degradata, comunque alienante, ma le cause sono a monte e non possiamo intervenire soltanto al momento in cui si determina il danno, ma dobbiamo intervenire nei momenti precedenti in cui questo danno si sta preparando, altrimenti abbiamo una funzione di tamponamento, spesso puramente sintomatica. I medici qui presenti lo sanno ed anche coloro che non lo sono lo sanno: spesso combattere i sintomi significa abbattere barriere difensive automatiche senza creare possibilità di ripresa.

Perciò un certo ambientalismo, una certa enfatizzazione dell'ambiente esistente in questa legge è un fatto molto importante perchè tra l'altro si inserisce in una ottica sanitaria ma non sanitarizzante. Abbiamo cioè evitato nei limiti del possibile l'inserimento in questa legge di una sanitarizzazione dell'assistenza, che renderebbe quest'ultima un fatto puramente sintomatico o comunque semplicemente terapeutico.

Perciò l'ottica di questa legge è di una larga prevenzione, che però è fatta in termini molto moderni e seri: esiste una prevenzione primaria, una prevenzione secondaria e una terziaria. Esiste cioè un piano di prevenzione più largo atto a favorire il fatto che disturbi o disordini non intervengano, un intervento specifico poi per aggiustare, per modificare tutto ciò che si determina di patologico e infine un terzo intervento riabilitativo che è di grande importanza, perché non basta prevenire e curare, ma bisogna ripristinare nei rapporti individuali, di gruppo, familiari e societari situazioni in cui l'individuo

possa reintegrarsi, rivivere le sue esperienze umane, senza ricadere in situazioni drammatizzanti in cui non può non ritrovare evidentemente che la strada della patologia.

C'è un altro elemento della filosofia di questa legge che mi pare opportuno sottolineare ed è il coinvolgimento dell'utente a tutti i livelli, sia come malato effettivo, sia come malato potenziale, sia come operatore, sia come colui che in qualche modo partecipa alla vita politica del nostro paese ai livelli più profondi, ai livelli locali.

È chiaro che ci sono difficoltà ed ostacoli: ne abbiamo incontrati in ogni momento del nostro cammino. Alcuni erano e sono legati a precisi interessi. È chiaro — ed io non lo ripeterò perchè altri lo hanno detto ed è abbastanza intuitivo ed intuibile — che molti interessi che dobbiamo combattere si sono opposti e si oppongono ad un servizio sanitario nazionale: interessi di parte, interessi particolari. È evidente però che proprio il piano di ogni riforma è quello del superamento storico degli interessi che hanno impedito che una riforma si attuasse, interessi a cui fatalmente ci si trova di fronte ma dei quali le forze politiche hanno il compito di sbarazzarsi.

Ci sono poi profondi ritardi culturali. Non è il momento per me di ritornare su problemi che del resto affettuosamente con voi da anni vado affrontando, che sono poi i problemi legati allo sviluppo di una società così in movimento, in trasformazione, che spesso porta appunto con sè un bagaglio di profondi ritardi culturali. La malattia mentale, la malattia fisica, la salute sono tutti problemi legati ad una profonda trasformazione che spesso porta con sè una difficoltà notevole, da parte di tutti coloro che operano, di aggiornarsi, di capire, di modificare la loro posizione ed il loro ruolo.

È chiaro che noi scontiamo nel nostro paese le grandi difficoltà che ci sono state per aggiornare il nostro ruolo di fronte alla salute e alla difesa della stessa; difficoltà di uscire da astratte strutture corporative e difensive, astratte non perché non fossero potenti ma perché non scendevano nella realtà pratica e non permettevano una reale dialettica nell'operare di fronte alla malattia di qualsiasi tipo.

Ci sono poi i problemi economici. Non posso nascondere nè a me nè a voi che una riforma di questo tipo coinvolge drammatici problemi economici, ma io come medico, come psichiatra, come uomo che si è occupato per tanti anni di bambini malati, debbo dire che esistono delle leggi nel nostro campo molto più ferree di quelle esistenti in altri campi che pure il politico deve affrontare nella sua lotta e che le terapie hanno dei livelli oltre cui non sono più tali. Nella cura della salute c'è un limite, una soglia varcata la quale la salute non è più difesa. L'economia ha i suoi limiti e le sue leggi e noi dobbiamo rispettarli, ma c'è un punto oltre il quale non possiamo andare, altrimenti qui testimonieremmo il falso; come politici e come tecnici non dobbiamo mai farlo. Questa riforma deve essere difesa fino al punto in cui essa non coinvolga un drammatico abbandono dei limiti nei quali la salute deve essere difesa e non può essere tradita. Oltre questo limite possiamo accettare gradualità, possiamo accettare che alcune cose vengano fatte nel tempo, ma altre che abbiamo studiato insieme vanno attuate subito.

È chiaro che il discorso è difficile e lo abbiamo affrontato con grande responsabilità. Anche il cammino unitario che abbiamo seguìto in questa nostra fatica indica il senso grande di responsabilità di tutti noi. Un esempio per tutti: il recepimento abbastanza integrale della legge n. 180 in questa legge.

Tutti voi sapete quanto sia stato angosciato della rapidità con cui per ragioni storiche abbiamo dovuto realizzare la riforma della psichiatria, quanto io abbia capito e capisca come questi problemi vadano affrontati con calma, con pazienza e con serenità. Non c'è dubbio però che anche quella battaglia fu da noi condotta con tale onestà e con tale serietà che alla prova dei fatti abbiamo visto che non era tanto la filosofia di quella legge che andava cambiata quanto il fatto che bisognava e bisogna attrezzarci perchè sul piano locale delle strutture, del territorio tante cose cambino affinchè quella legge, giusta nella sua filosofia, possa essere applicata. Questo è il grande problema che ho di fronte a me mentre vi parlo, a conclusione del mio discorso. Queste leggi che noi facciamo sono leggi sofferte,

che hanno un cammino così prolungato che penso abbiano veramente dentro di sè la possibilità di essere accettate per le linee lungo le quali esse si sviluppano. Ma il loro limite, la loro difficoltà sta proprio nella loro attuazione. È proprio il territorio, l'ambiente, sono le strutture periferiche che spesso rischiano di vanificare il nostro sforzo imponente e giusto.

Per questo la difesa di queste leggi va fatta con coraggio; per questo bisogna che noi politici la smettiamo di essere troppo timidi nell'ammettere che qualche volta e non infrequentemente il paese reale non è in condizioni, se non con profonde modifiche, di accettare ciò che fa il paese legale. Non credo sia sempre giusto pensare che la nostra azione sia in ritardo con il paese reale; spesso dobbiamo affrontare difficoltà concrete perchè, altrimenti, accettare delle sconfitte significa tornare indietro di molti anni e non venire incontro ai bisogni e ai desideri giustissimi dei cittadini.

Perció queste leggi sono emblematiche di uno sforzo che spesso può sembrare che vada oltre le possibilità che abbiamo, ma che va fatto nei limiti in cui l'abbiamo fatto, nelle prospettive nelle quali lo abbiamo fatto, ossia come servizio preciso a carattere nazionale. Il rapporto tra società e sanità è un rapporto di grandissima importanza: in esso sta il segno della civiltà di un popolo. Abbiamo fatto un grande sforzo di programmazione e di progettazione, ma dobbiamo chiaramente dire che un servizio sanitario nazionale è in proporzione quello che è una società in sviluppo, che la sua possibilità di realizzarsi è legata allo sviluppo di una società civile, che esso è la causa e il sintomo contemporaneamente, l'emblema e la possibilità di andare avanti di fronte ad una società che va avanti.

È chiaro che se questa nostra società non avanzerà globalmente, non avanzerà neanche il servizio sanitario nazionale; è chiaro che se pensiamo che questa legge, che è amplissima e coinvolge amplissimi interessi anche in senso positivo, possa andare avanti senza che la società si trasformi, noi falliamo. Non è a livello tecnicistico che possiamo difendere questa legge: per questo io, che penso di rappresentare in questo momento un certo elemento di sintesi, anche al di là delle mie possibilità, e di unione, dico che se difenderemo questa legge trasformando questo paese, questa legge si affermerà; se non trasformeremo questo paese, essa non si affermerà. Ma credo che applicheremo questa legge perchè siamo qui uniti in questo momento per trasformare seriamente questo paese. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

P R E S I D E N T E . Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

Annunzio di risposte scritte ad interrogazioni

P R E S I D E N T E . I Ministri competenti hanno inviato risposte scritte ad interrogazioni presentate da onorevoli senatori.

Tali risposte sono state pubblicate nell'apposito fascicolo.

Annunzio di interrogazioni

P R E S I D E N T E . Invito il senatore segretario a dare annunzio delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

B A L B O , *segretario*:

CHIELLI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — La cooperativa « Sviluppo agricolo » di Grosseto, composta da 24 giovani laureati e diplomati in disciplina agraria, disoccupati e regolarmente iscritti alle liste speciali del collocamento ai sensi della legge n. 285, ha da tempo chiesto al Ministero della difesa la concessione in affitto di 287 ettari di terra, dei circa 600 in uso al Posto raccolta quadrupedi di Grosseto dell'Esercito italiano, accompagnando la richiesta con una bozza di piano di sviluppo aziendale, estendibile all'intera superficie agraria.

Tale piano di sviluppo può offrire alla azienda PRQ una gestione economica capa-

ce di potenziare l'occupazione diretta e di dare lavoro ai soci componenti la cooperativa medesima. Inoltre, in detto piano viene ipotizzata la possibilità di collegare l'attività agricola della cooperativa alle esigenze di studio dei circa 900 studenti grossetani ad indirizzo agrario.

In questi giorni la Direzione generale lavori demanio e materiale del Genio, sentiti i pareri negativi espressi dal VII Comiliter e dallo Stato maggiore dell'Esercito, senza alcuna giustificazione, ha a sua volta espresso un parere negativo che avrà sicura influenza sulle decisioni del Ministro della difesa.

Il 9 dicembre 1978 circa 400 giovani hanno manifestato per le vie cittadine e presso il Posto raccolta quadrupedi il loro malcontento ed il loro desiderio di coltivare terreni insufficientemente coltivati, per inserirsi così nell'attività lavorativa e quindi nella società civile.

In data 5 ottobre 1978 lo scrivente ha presentato al Ministro della difesa l'interrogazione 4 - 02155 a sostegno delle richieste dei giovani cooperatori disoccupati, senza peraltro ottenere risposta.

Si chiede, pertanto, di conoscere:

se il Ministro non ritiene utile assumere iniziative tendenti a coordinare con il Ministro della difesa l'esame congiunto delle richieste di terreni demaniali, in modo che vengano facilitate intese atte a conciliare le esigenze dell'Esercito italiano con quelle alimentari ed occupazionali;

quali iniziative ha assunto o intende assumere per intensificare l'applicazione della legge sulle terre incolte o insufficientemente coltivate, in modo particolare per quanto concerne i terreni demaniali disponibili e indisponibili dello Stato, considerando, ad esempio, che nel grossetano ed in Toscana i terreni demaniali non sufficientemente coltivati ammontano ad alcune decine di migliaia di ettari.

(3 - 01175)

GIACALONE, MAFAI DE PASQUALE Simona, MACCARRONE, PERITORE, PISCITELLO. — *Ai Ministri degli affari esteri e della marina mercantile.* — Per conoscere quali iniziative il Governo ha assunto o intende assumere in relazione al sanguinoso incidente, accaduto la sera dell'8 dicembre 1978 nel Canale di Sicilia, che ha portato, ad opera di una motovedetta tunisina, alla morte del pescatore Francesco Passalacqua ed al ferimento del capitano del motopesca « Maria Caterina », facendo aumentare le preoccupazioni di tutta la marineria mazarese sottoposta negli ultimi tempi ad uno stillicidio di sequestri.

(3 - 01176)

Interrogazioni con richiesta di risposta scritta

TERRACINI. — *Al Ministro dell'interno.* — Richiamando l'attenzione del Ministro, d'altronde già certamente risvegliata dall'ampia pubblicità data da tutti i giornali all'iniziativa, sul Convegno, indetto a Catania, delle rappresentanze di tutte le organizzazioni che si richiamano al nazifascismo e che operano in vari Stati dell'Europa, si desidera sapere se di ciò sia stata data tempestiva informazione agli uffici competenti del Ministero ed ai suoi più diretti responsabili e se, nella consapevolezza del carattere provocatorio dell'iniziativa, non si consideri necessario proibirne l'attuazione, disponendo comunque perchè con estremo rigore essa venga mantenuta in ambito tale da non provocare i sentimenti democratici ed antifascisti della popolazione di Catania, prescelta come sede del temerario Convegno.

(4 - 02335)

GIUDICE, LAZZARI, VINAY, GOZZINI. — *Ai Ministri della marina mercantile, degli affari esteri e dell'interno.* — Per conoscere:

quali provvedimenti il Governo italiano intenda prendere affinchè non abbiano più a ripetersi tragedie come quella che ha colpito giorni or sono la marineria di Mazara del Vallo;

quali iniziative il Governo italiano intenda intraprendere nelle more del trasferimento alla CEE delle competenze di questioni così delicate e, purtroppo, non infrequentemente così drammatiche come quelle dei rapporti tra Paesi rivieraschi.

(4 - 02336)

CAZZATO, ROMEO. — *Ai Ministri dell'interno e dei trasporti.* — Per sapere se sono informati del fatto che, da tempo, nel tratto ferroviario Bari-Taranto, si annuncia la presenza di « esplosivi » sui binari, ciò che non solo provoca il blocco dei treni, ma, come conseguenza logica, determina panico fra i viaggiatori, come si è verificato, ancora una volta, la sera dell'11 dicembre 1978.

Gli interroganti chiedono, pertanto, ai Ministri competenti quali provvedimenti ritengono di dover adottare allo scopo di individuare e colpire i responsabili e, nel contempo, assicurare la tranquillità dei viaggiatori e la puntualità dei treni in arrivo ed in partenza.

(4 - 02337)

NENCIONI, BONINO, TEDESCHI, ARTIERI, BASADONNA, GATTI, MANNO, PAZIENZA, PLEBE. — *Ai Ministri della marina mercantile e degli affari esteri.* — Con riferimento ai sanguinosi fatti che si ripetono nel Canale di Sicilia, inconcepibili fra due Stati legati da un trattato — che, nella specie, è oneroso per l'Italia — gli interroganti chiedono di conoscere, a parte le parole di condanna, quali provvedimenti intenda prendere il Governo per tutelare la vita dei cittadini e la dignità nazionale.

(4 - 02338)

ANDERLINI, LA VALLE. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.* — Per sapere se risponda a verità che l'ANAS non ha potuto procedere all'appalto dei lavori della tangenziale di Rieti (tratto Cassa per il Mezzogiorno) in quanto gli elaborati del progetto esecutivo erano privi del timbro della Cassa.

(4 - 02339)

ANDERLINI, LA VALLE. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.* — Per sapere:

quali sono le ragioni che hanno impedito la realizzazione dell'arteria Rieti-Torano, inserita nel progetto interregionale « dorsale appenninica Rieti-Benevento » di cui al progetto speciale n. 28;

se è a conoscenza del fatto che la Regione Lazio, con sua recente presa di posizione, si è dichiarata « particolarmente interessata » alla realizzazione del progetto stesso ed ha avanzato proposta di finanziamento per il 1979.

(4 - 02340)

Interrogazioni da svolgere in Commissione

P R E S I D E N T E . A norma dell'articolo 147 del Regolamento, le seguenti interrogazioni saranno svolte presso le Commissioni permanenti:

4ª Commissione permanente (Difesa)

n. 3 - 01173 dei senatori Pollastrelli e Della Porta;

6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro)

n. 3 - 01170 del senatore Li Vigni.

Ordine del giorno per la seduta di mercoledì 13 dicembre 1978

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica domani, mercoledì 13 dicembre, alle ore 17, con il seguente ordine del giorno:

Seguito della 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*).

La seduta è tolta (*ore 21*).

Dott. PAOLO NALDINI
Consigliere vicario del Servizio dei resoconti parlamentari