SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

349ª SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 13 DICEMBRE 1978

Presidenza del vice presidente CATELLANI
indi del vice presidente CARRARO

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione . . . *Pag.* 15307

Approvazione da parte di Commissione permanente 15308

Deferimento a Commissione permanente in sede deliberante 15307

Deferimento a Commissioni permanenti in sede referente 15307

Presentazione di relazioni 15308

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*):

* ANSELMI Tina, *ministro della sanità* 15344, 15349
BALBO (*Misto-PLI*) 15312
CRAVERO (*DC*), *relatore* 15332
GIUDICE (*Sin. Ind.*) 15349
MERZARIO (*PCI*), *relatore* . . . . **Pag.** 15336
NENCIONI (*DN-CD*) 15309
RAMPA (*DC*) 15317, 15349

ENTI PUBBLICI

Annunzio di comunicazioni concernenti nomine 15308

INTERROGAZIONI

Annunzio 15351

Da svolgere in Commissione 15355

ORDINE DEL GIORNO PER LE SEDUTE DI GIOVEDI' 14 DICEMBRE 1978 15355

PER FATTO PERSONALE

MERZARIO (*PCI*) 15350
NENCIONI (*DN-CD*) 15350

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 CATELLANI

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

Si dia lettura del processo verbale.

PAZIENZA, *segretario, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del giorno precedente.*

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

Annunzio di presentazione di disegni di legge

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti disegni di legge:

dal Ministro degli affari esteri:

« Concessione di un contributo straordinario a favore della Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) » (1498);

« Finanziamento della partecipazione italiana alle riunioni di esperti a Bonn, Montreux e La Valletta, prevista dal documento conclusivo, in data 8 marzo 1978, della Conferenza di Belgrado sulla sicurezza e la cooperazione europea (CSCE) » (1499).

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

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

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

« Revisione dei criteri di determinazione dei ruoli organici del personale non docente statale delle scuole materne, elementari, secondarie ed artistiche » (1487) (*Approvato dalla 8ª Commissione permanente della Camera dei deputati*), previ pareri della 1ª e della 5ª Commissione.

Annunzio di deferimento di disegni di legge a Commissioni permanenti in sede referente

PRESIDENTE. I seguenti disegni di legge sono stati deferiti in sede referente:

alla 3ª Commissione permanente (Affari esteri):

« Adesione al Protocollo per la riconduzione dell'Accordo internazionale sull'olio di oliva del 1963, adottato a Ginevra il 23 marzo 1973, e sua esecuzione » (1485) (*Approvato dalla Camera dei deputati*), previ pareri della 5ª, della 9ª e della 10ª Commissione;

« Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica popolare ungherese, intesa ad evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e sul patrimonio ed a prevenire le evasioni fiscali, con annesso Protocollo, firmata a Budapest il 16 maggio 1977 » (1486) (*Approvato dalla Camera dei deputati*), previ pareri della 6ª e della 8ª Commissione;

alla 6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

MELIS. — « Istituzione della zona franca nel territorio della Regione autonoma della Sardegna » (1381), previ pareri della 1ª, della 5ª e della 10ª Commissione;

« Aumento della quota di partecipazione dell'Italia al capitale della Banca internazionale per la ricostruzione e lo sviluppo »

(1477) (*Approvato dalla 6ª Commissione permanente della Camera dei deputati*), previ pareri della 3ª e della 5ª Commissione;

alla 8ª Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni):

« Disposizioni per agevolare il risanamento finanziario delle imprese di navigazione » (1469), previ pareri della 5ª e della 6ª Commissione;

alla 11ª Commissione permanente (Lavoro, emigrazione, previdenza sociale):

DELLA PORTA ed altri. — « Trattamento di pensione per invalidi e mutilati civili » (1460), previo parere della 5ª Commissione.

Annunzio di presentazione di relazioni

P R E S I D E N T E . In data 12 dicembre 1978, a nome della 1ª Commissione permanente (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno, ordinamento generale dello Stato e della pubblica amministrazione), il senatore Murmura ha presentato la relazione sul seguente disegno di legge:

Disegno di legge costituzionale. — Deputati POSTAL ed altri; de CARNERI ed altri; RIZ. — « Norme costituzionali a favore delle popolazioni di lingua ladina della provincia di Trento » (759-*B*) (*Approvato in prima deliberazione dalla Camera dei deputati, modificato dal Senato e nuovamente modificato dalla Camera dei deputati*).

In data 12 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 dell'Accordo de L'Aja del 28 novembre 1960 relativo al deposito internazionale dei disegni e modelli industriali, con Protocollo e Regolamento di esecuzione, e adesione all'Atto di Stoccolma del 14 luglio 1967 complementare dell'Accordo suddetto » (389-*B*) (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*).

Annunzio di approvazione di disegno di legge da parte di Commissione permanente

P R E S I D E N T E . Nella seduta di ieri, la 5ª Commissione permanente (Programmazione economica, bilancio, partecipazioni statali) ha approvato il seguente disegno di legge:

« Copertura finanziaria del decreto del Presidente della Repubblica concernente la nuova disciplina delle prestazioni straordinarie del personale dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e nuove misure dei relativi compensi » (1099-*B*) (*Approvato dal Senato e modificato dalla 6ª Commissione permanente della Camera dei deputati*).

Annunzio di comunicazioni concernenti nomine in enti pubblici

P R E S I D E N T E . Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale ha inviato, ai sensi dell'articolo 9 della legge 24 gennaio 1978, n. 14, le comunicazioni concernenti:

la nomina del dottor Salvatore Guarrella a commissario liquidatore della Cassa di soccorso per il personale delle Ferrovie Calabro-Lucane;

la nomina del signor Valerio Bellero a commissario liquidatore della Cassa mutua provinciale di malattia per gli artigiani di Alessandria;

la nomina del signor Guglielmo Scardapane a membro del consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza per gli impiegati dell'agricoltura.

Tali comunicazioni sono state trasmesse, per competenza, alla 11ª Commissione permanente (Lavoro, emigrazione, previdenza sociale).

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*)

PRESIDENTE. 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 d'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 Nencioni. Ne ha facoltà.

NENCIONI. Illustre Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, a questa tarda ora di questa lunga ed affrettata discussione sulla riforma sanitaria non mi tratterrò su quanto così bene hanno esposto in critica gli oratori che mi hanno preceduto sui singoli istituti di cui dovrebbe comporsi il cosiddetto servizio sanitario nazionale. Neppure la mia critica si estenderà a sottolineare quella che è a nostro modesto avviso — e vorremmo che non fosse così — l'inutilità di sperare, anche per ragioni di carattere politico, che la confusione che oggi regna si tramuti in ordine, in efficienza, perchè è facile, onorevole Ministro, la previsione — perchè è già in atto — che la confusione che oggi regna regnerà sovrana, sì da dissolvere alla radice il preteso servizio sanitario nazionale.

Se è vero quello che scriveva ieri in un articolo sul « Corriere della sera » un illustre medico: « Noi medici siamo offesi della pretesa di questa riforma che praticamente mina alle fondamenta la nostra personalità »; se dobbiamo dar credito alle interviste televisive che si sono seguite, in cui coloro che dovrebbero essere gli attori, i protagonisti di questa riforma hanno contestato il fondamento prima teorico, poi pratico della sua validità; se è vero che concepiamo, attraverso questo provvedimento legislativo già approvato dalla Camera, la possibilità che le cose trovino una loro sistemazione al di fuori di qualsiasi alveo predisposto; se è vero che ancora non è dato sapere — se lo domandava la 1ª Commissione, affari costituzionali e dell'interno — se è possibile, date le norme sottoposte al nostro esame, definire dal punto di vista funzionale e dal punto di vista giuridico l'unità sanitaria locale, che è diventata l'oggetto misterioso perchè nessuno è in grado di definirla (neanche lei, onorevole Ministro, lo sarà quando prenderà la parola per concludere questo dibattito: se lo è chiesto invano la 1ª Commissione competente della Camera, se lo è chiesto invano la 1ª Commissione del Senato e se lo chiede invano il relatore nella relazione scritta); se è vero che l'unità sanitaria locale è carente di enti esponenziali (non si sa se ci si riferisce ad una entità avente personalità giuridica o ad una cosa dai contorni non limitati che avrà assoluti poteri ed avrà, come ente esponenziale, il consiglio comunale nella sua interezza); se è vero tutto questo, io veramente perderei del tempo prezioso e il tempo che mi sono prefisso, un quarto d'ora, si allungherebbe di molto per dimostrare la nullità assoluta, il vuoto torricelliano su cui si basa questa riforma. O è una piramide capovolta, di cui non è dato vedere su che cosa poggia, o è una piramide che affonda nel nulla perchè priva di qualsiasi punto di resistenza. Ma c'è una cosa che emerge, onorevole Ministro, ed ecco perchè dico che è inutile parlare delle strutture; sarebbe lo stesso se, attraverso la tecnologia più raffinata, attraverso la volontà costruttrice di vari personaggi (abbiamo degli illustri scienziati di fisica, di chimica, di astronautica, di astrodinamica), ragionassimo con comunicazioni o relazioni veramente approfondite sul metodo concepito per battere, nella concorrenza verso obiettivi che riflettono l'astrofisica, il livello americano e il livello sovietico.

Potremmo discutere, potremmo accogliere le comunicazioni di scienziati del livello che abbiamo l'onore di avere e poi, quando avessimo trovato la quadratura del cerchio attraverso dei piani di sviluppo, ci volgeremmo indietro e diremmo: ma con quali mezzi facciamo questo? Parlo di una cosa obiettiva, di un progetto che ha un fondamento; parlo di un progetto che ha tanto fondamento che ci sono delle organizzazioni statali che profondono dei mezzi per raggiungere determinati obiettivi. Vorrei un po' di attenzione da parte dei colleghi.

PRESIDENTE. Per cortesia, un po' di silenzio. Continui pure, senatore Nencioni, la prego.

NENCIONI. Continuo, continuo: questa volta non mi inquieto; mi sono risentito l'altro giorno ed il senatore Bonino mi ha consigliato la calma. Ascolto il suo consiglio.

Comunque — dicevo — tutto ciò si basa su dei piani concreti. Invece la riforma sanitaria, onorevole Ministro (l'abbiamo sentito ieri sera nel magnifico intervento dell'amico senatore Pecorino), si basa sul nulla. È inutile: chi ha avuto pratica esperienza, come l'abbiamo avuta tutti, di presenza nei consigli comunali sa che cosa significa in termini di realizzazione pratica affidarsi alla volontà politica e non politica di un consiglio comunale. Ma qui c'è una situazione che vorrei capire. I relatori nella loro ampia relazione non ne hanno fatto conto come se fosse una cosa non importante, ma, a mio avviso, dal punto di vista politico — ed è questa la ragione del mio intervento — sia basilare.

L'articolo 52 prevede, per il 1979, una spesa complessiva pari « alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'articolo 12-*bis* » della legge del 1974 « e da ogni altro ente pubblico previsto dalla legge per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale ».

Non voglio fare dello spirito perchè è veramente amaro quello che ci proponiamo, ma non abbiamo mai avuto, nella conoscenza e nella prassi di legificazione, dei procedimenti legislativi per i quali, quando si identifica una spesa per porla alla base di una riforma o quando si vuole identificare una spesa necessaria ai fini di una normativa che deve apportare delle novità, si parli di una spesa uguale a quella fatta nell'anno 1977.

L'anno scorso, onorevole Ministro (e ce lo siamo dimenticato), c'è stata una lotta a colpi di coltello in quest'Aula per la determinazione delle spese, per la determinazione del *deficit* pubblico allargato. Ricordo che il ministro Morlino, dopo una trionfale esposizione e dopo aver citato delle cifre, dovette accorgersi che quelle cifre non corrispondevano alla realtà perchè c'era il *deficit* sommerso, il *deficit* emergente. Allora saltò fuori il ministro Stammati a dire: parliamo di *deficit* stimato e di *deficit* programmato. E neanche nel Consiglio dei ministri si misero d'accordo su cosa fosse questo *deficit*, tanto che in successivi interventi, salvo le modifiche di bilancio, vennero a proporre delle cifre, sempre a proposito di *deficit* sommerso e di *deficit* emergente, diverse dalle precedenti di 15.000-20.000 miliardi e non di qualche milione.

Quando nel disegno di legge diciamo: guardate che questa è la spesa per la riforma (lasciamo stare il fatto che essa poggia su quelle basi di cui ho detto prima, ma facciamo l'ipotesi che poggi su una base seria, accertata, concreta, obiettiva), diciamo che la spesa necessaria è pari a una spesa che nessuno ha potuto identificare. Abbiamo avuto il clamoroso episodio del Ministro del tesoro e del Ministro del bilancio in polemica fra loro l'anno scorso, i quali non erano in grado di dire quale fosse questa spesa. Ebbene, io vi dico che questa spesa poggia su una norma enigmatica, che contiene tutto e non contiene nulla. E mi meraviglio che la 5ª Commissione permanente (programmazione economica, bilancio e partecipazioni statali) non abbia posto in rilievo questa situazione con un parere che avrebbe dovuto essere assolutamente negativo, mentre è negativo

nella sostanza, ma, come quelle sentenze suicide che hanno una motivazione brillante ma la decisione che contrasta con le premesse di cui alla motivazione, ha una conclusione favorevole, suggerita evidentemente, onorevole Ministro, da una ragione politica, la stessa che ha suggerito l'articolo 52 e ha fornito una illusione di fondamento finanziario dinanzi a questo ectoplasma; ma la realtà è diversa.

Dunque partiamo già con la certezza che la cosiddetta riforma sanitaria, già approvata nell'altro ramo del Parlamento, per un servizio sanitario nazionale che cancelli la confusione che assertivamente regnerebbe oggi, è un salto nel buio. Abbiamo la certezza fin da adesso, onorevole Ministro, che la confusione regnerà sovrana maggiormente domani, sì da indurci ad essere veramente nostalgici della confusione che regna oggi.

Ciò è tanto vero, onorevoli colleghi, che la relazione della 5ª Commissione conclude (leggo testualmente): « Da questa situazione deriva l'impossibilità di quantificare la spesa per il 1979 ». Vorrei che nella replica il Ministro desse conto all'Assemblea di questa situazione, spiegasse l'arcano.

È vero che la legge finanziaria (che introduce un sistema lodevole sotto ogni profilo cui abbiamo dato voto favorevole in questa sede e alla quale daremo voto positivo se risponderà nei sui attuali contenuti a quelle che erano le premesse) prevede un maggiore stanziamento di 2.100 miliardi (600 per le mutue e 1.500 per il fondo ospedaliero), ma è anche vero che il volume finanziario di questo maggiore stanziamento è da considerarsi, come dice la relazione (anche questa è una amenità che negli atti parlamentari, trattandosi di cifre, non dovrebbe esservi: se ritornasse in quest'Aula la venerata ombra del senatore Paratore lo vedremmo sbattere i pugni sul tavolo come era solito fare quando qualcosa non era in armonia con le sue valutazioni), « puramente indicativo, potendosi nel tempo rivelare inadeguato ».

Non bisogna dimenticare che nella relazione previsionale per il 1979 è data notizia che il disavanzo patrimoniale degli enti mutualistici ammontava al 31 dicembre del 1977 a 3.700 miliardi e che il disavanzo di gestione per il 1978 è calcolato attorno a 1.200 miliardi; cioè abbiamo 4.900 miliardi in totale che non figurano in nessuna parte del bilancio dello Stato; e comunque la cifra relativa al disavanzo di gestione, pari a 1.200 miliardi, non potrà non influire sulla modifica in aumento dei 2.100 miliardi stabiliti dalla legge finanziaria.

Onorevole Ministro, siamo pertanto di fronte non solo a 5.000 miliardi circa che sono assenti nella previsione del bilancio dello Stato e che bisognerà collocare aumentando il *deficit*, se non c'è altra fonte di possibile copertura, ma anche — ecco il punto — con la riforma sanitaria ad un fatto negativo per quanto concerne il profilo finanziario in rapporto al piano Pandolfi che assertivamente — ce lo ha detto il ministro Pandolfi, lo ha ripetuto in quest'Aula venerdì scorso, lo ha ripetuto l'onorevole Andreotti e mentre stiamo parlando lo sta ripetendo alla Camera e lo ha detto ieri apertamente — è la premessa assoluta perchè ci possiamo giudicare in grado di poter tentare l'avventura europea attraverso l'adesione ad un sistema monetario europeo. Infatti, secondo le valutazioni del Presidente del Consiglio, e non tanto per i telegrammi di Schmidt o le telefonate notturne di Giscard d'Estaing, è la volontà politica di aderire alle premesse del piano Pandolfi che ci ha permesso e ci permette di entrare nel sistema monetario europeo in una condizione veramente di ingegneria finanziaria molto azzardata, per quanto ci riguarda. Potremmo vedere la nostra lira assalita dalla moneta vagante, sempre in cerca dei punti deboli di una catena. Però abbiamo un punto fermo: abbiamo giudicato e politicamente creduto nella parola del Governo; il piano Pandolfi coraggiosamente ha esposto la situazione e ha dato delle ricette per l'immediato futuro: aderendo possiamo sperare nelle premesse di una ricostruzione finanziaria e quindi una ricostruzione economica, e quindi una ricostruzione per quanto concerne i motivi delle tensioni sociali in atto ed il livello di occupazione.

Ma se di fronte al piano Pandolfi, che ci impone un risparmio di 1.500 miliardi

per quanto concerne la spesa per il servizio sanitario, ammettiamo attraverso norme di legge approvate dallo stesso Parlamento che siamo di fronte ad una spesa non conosciuta nella sua entità, ma certamente conosciuta nell'entità che esonda i limiti più pessimistici che possiamo immaginare (e questo lo confessiamo nella legge stessa, lo confessiamo nella relazione delle Commissioni competenti della Camera e del Senato, lo ammettiamo apertamente: « da questa situazione deriva l'impossibilità di quantificare la spesa per il 1979 »), allora mi domando, come parlamentare e come cittadino, se siamo di fronte ad un provvedimento che è degno di entrare a far parte della raccolta delle leggi dello Stato, che sono la parola d'onore dello Stato, o siamo di fronte ad un tentativo meramente politico di potere rispondere ad esigenze scaturite da tensioni sociali che non tiene conto minimamente nè delle spese cui si va incontro nè della rivolta dei medici che dicono di essere da questa riforma spersonalizzati, offesi, burocratizzati, spenti nel loro ardore e nella loro libertà soprattutto di giudizio, di azione e di valutazione.

Allora non possiamo che dirvi che da parte del nostro Gruppo, che sperava veramente che si portasse ordine nel disordine, daremo non solo voto contrario, che ha poca importanza, ma daremo una valutazione di carattere morale che veramente rimanga agli atti del Parlamento come la protesta della parte più viva dei professionisti e degli utenti del servizio sanitario nazionale che hanno scontato in questi mesi col sangue, con la morte, con le sofferenze, con la solitudine l'imprevidenza dei governi che si sono succeduti. (*Applausi dalla destra*).

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

B A L B O . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il provvedimento in esame è ispirato ad una prospettiva di intervento sanitario globale a favore di tutti i cittadini, sancendo il principio che il nuovo assetto sanitario e la tutela della salute del cittadino devono realizzarsi con il rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Affinchè questo principio si realizzi è necessario che, oltre alle enunciazioni di carattere generale, questo provvedimento di riforma contenga precise disposizioni volte a riconoscere al cittadino un reale diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura.

Sotto questo profilo talune norme contenute nel provvedimento necessitano di un ulteriore approfondimento e di un certo perfezionamento. L'esigenza primaria di cui è necessario farsi carico è che il nuovo servizio risponda alle aspettative del cittadino il quale, al di fuori di ogni schematismo ideologico, chiede di veder soddisfatto il suo bisogno di assistenza nel momento in cui si ammala. Diventa necessario allora realizzare strutture sanitarie scevre di ogni burocratismo nell'ambito delle quali sia valorizzato al massimo il rapporto umano; strutture cioè capaci di attuare un intervento sanitario che sia al tempo stesso socializzato e personalizzato.

La corretta impostazione dell'istituendo servizio postula perciò una attenta valutazione ed un'altrettanto corretta impostazione delle soluzioni dei gravi problemi concernenti il personale chiamato ad operare nelle nuove strutture. Il futuro del servizio sanitario nazionale, la possibilità che attraverso di esso si realizzino gli obiettivi di rinnovamento che la legge si prefigge sono essenzialmente affidati agli uomini che in esso e per esso operano.

Un particolare rilievo assume la disciplina della futura collocazione del personale sanitario ed in particolare dei medici, considerato che su questo aspetto si misura la capacità del nuovo servizio sanitario di innovare profondamente rispetto ad un passato che ha visto un progressivo deterioramento della funzione del medico e del rapporto medico-paziente. Si tratta cioè di affermare un nuovo modo di intendere l'attività medica e di collegare questa alla società ed alle sue esigenze di tutela globale della salute, mentre è necessario che il medico operi sempre maggiormente nella consapevolezza della funzione sociale della sua professione, senza mai sottrarsi a quel rappor-

to personale ed umano con l'assistito che continua ad essere il caposaldo, il punto di riferimento di qualsiasi sistema sanitario.

La riforma sanitaria dovrà sottrarsi pertanto alla tentazione di una impiegatizzazione generalizzata dei medici, specie di quelli posti alla medicina diagnostica e curativa che è l'area in cui più di ogni altra si manifesta l'esigenza di uno spontaneo rapporto di fiducia tra sanitario e paziente. Noi liberali non vediamo che questa legge affronti e risolva in questo senso il delicato problema. Questa legge deve salvaguardare e valorizzare la professione del medico con una disciplina che riconosca la peculiarità e l'autonomia della funzione che si estrinseca non solo nella indipendenza del giudizio nel compimento dell'atto medico ma anche nell'autonoma gestione dei contratti e delle convenzioni e nel riconoscimento di talune specifiche esigenze della categoria per quanto attiene alla formazione, all'aggiornamento professionale ed alle caratteristiche del rapporto.

Per quanto concerne il personale di servizio, il medico deve avere una sua specifica collocazione al di là dei diritti e dei doveri fondamentali del rapporto di impiego: occorre disporre in modo diverso ed autonomo dei doveri che sono peculiari del medico e nei quali si sostanziano i valori etici ed umani della professione medica. L'autonoma collocazione del medico deve essere intesa nell'interesse dello stesso servizio sanitario pubblico affinchè la collettività possa continuare a chiedere al medico un impegno professionale e sociale che va ben oltre gli obblighi meramente giuridici per investire la sfera della coscienza individuale. Non a caso in tutti i paesi alla professione medica è riconosciuta una particolare posizione. Deve essere previsto il riconoscimento dell'attività libero-professionale per tutti i medici, secondo le modalità ed i limiti che saranno previsti dagli accordi di lavoro. Non dovrà infine mancare nella legge una serie di norme riguardanti la qualificazione culturale e professionale del medico. Sarà necessario recuperare e valorizzare le energie e l'impegno del personale dei disciolti enti mutualistici che rappresentano un patrimonio prezioso di competenze e di esperienze non facilmente sostituibili e che sarebbe inopportuno disperdere. L'inserimento di questi lavoratori nel servizio sanitario nazionale, con adeguate garanzie per la conservazione delle posizioni e dei diritti acquisiti in lunghi anni di attività, dovrà costituire la struttura di base della rinnovata organizzazione sanitaria del paese, sulla quale si innesteranno le articolazioni del servizio a livello territoriale. Si tratta comunque di un problema di estrema complessità anche per l'esigenza di armonizzare le situazioni non omogenee di lavoratori provenienti da settori finora distinti e regolati da normative diverse.

Il quadro sociale del decennio 1970-80 è dominato dalla necessità di ristrutturare le condizioni sanitarie italiane; la disarticolazione degli organismi periferici reclama un intervento rapido dello Stato per frenare lo sfacelo che incombe sull'igiene pubblica e sulla sicurezza sanitaria del paese.

L'Italia nel campo sanitario si trova in uno stato di assoluto disagio e finora non è riuscita a porsi al passo dei tempi sia in materia di medicina preventiva sia nel campo assistenziale e previdenziale: da anni si è dimostrata necessaria una più moderna ed efficiente strutturazione del sistema sanitario, nel senso di una assistenza preventiva veramente organizzata per tutti i cittadini e di una qualificata assistenza totale curativa e riabilitativa da parte dello Stato. Nella disarticolazione attuale e nella grave carenza di mezzi tecnici a disposizione, si dissolvono le scarse strutture esistenti e si appalesa la grave denigrazione sociale in riferimento ai problemi della salute che la disorganica politica legislativa degli ultimi dieci anni anzichè risolvere ha aggravato.

Le condizioni sanitarie generali oggi riflettono la situazione di disagio e di scarsa efficienza dell'organizzazione sanitaria nazionale; la riforma deve avviare un discorso nuovo, che tenga conto dell'evoluzione sociale dei tempi e delle necessità preventivo-curativo-assistenziali e previdenziali italiane nel contesto dell'organizzazione e cura dell'ambiente (terra, mare, aria) in cui vivono circa 60 milioni di cittadini italiani.

La prevenzione deve estendersi dall'uomo a tutto l'ambiente e a tutte le attività. Separare pertanto il momento curativo da quello preventivo o addirittura mettere il momento della valutazione medico-legale in contrapposizione con gli altri momenti, come era caratteristica del sistema mutuo-previdenziale, significa contraddire il principio della protezione globale della salute. Ne deriva quindi, per la prevenzione, una problematica organizzativa molto più complessa di quella relativa al momento curativo.

La prevenzione comporta in primo luogo una distinzione generale tra prevenzione ambientale e prevenzione umana. La prevenzione umana deve essere distinta tra prevenzione individuale e prevenzione di massa. Interventi di medicina preventiva individuali comprendono quella tradizionale del medico curante nell'ambito familiare.

L'altro tipo di medicina preventiva, quella di massa, comprende i provvedimenti, gli indirizzi igienico-alimentari, terapeutici da adottare su base collettiva in conseguenza dello studio accurato della epidemiologia di una determinata zona dopo che siano state poste in evidenza quali siano in quella zona le cause più importanti di turbamento dello stato di salute.

Il discorso dell'istituzione di un servizio sanitario nazionale deve portare un contributo risolutivo per sollevare la medicina generale extra-ospedaliera dal declassamento in cui il supporto politico-amministrativo mutuo-previdenziale l'aveva posta.

Anche questi scopi non sono perfettamente chiari nell'articolato. Bisognerà rammentare che lo stato di malattia è una vicenda essenziale nel contesto sociale alla quale partecipano, condizionandola e restandone condizionati, la persona dell'ammalato e quella del medico. Vanno quindi rispettate tre condizioni immutabili: la fiducia dell'ammalato nel medico, la libera professionalità di quest'ultimo, la libera scelta del medico da parte dell'assistito; ciò che la legge non prevede e, se lo prevede, non lo fa con la dovuta chiarezza.

Nell'articolo 19 già si è modificato qualche cosa; ma lo si è modificato in modo da far sì che questa libertà sia condizionata: non si tratta di una libertà illimitata quale invece dovrebbe avere l'ammalato, ma si tratta di una libertà condizionata. E chi è che la condiziona? Non certo l'ammalato, ma l'ente, l'organizzazione: ed allora non parliamo più di libertà!

I due aspetti della medicina, quello individuale della persona e quello della medicina collettiva profilattico-preventiva, hanno avuto nell'articolato un'interpretazione lacunosa che abbisogna di ammodernamento e di puntualizzazioni.

La riforma sanitaria va attuata attraverso un investimento fatto non solo in denaro ma in razionalità. Occorre la costante verifica ed il controllo dei costi e dei consumi. Sono indispensabili tecniche manageriali per contenere costi e consumi, garantendo al tempo stesso i massimi risultati possibili. Occorre stabilire gli *standards* assistenziali e verificarli continuamente per evitare l'immotivata lievitazione della spesa pubblica e per garantire l'adeguatezza tra quantità e qualità del servizio prodotto e consistenza del bisogno sociale da soddisfare; altrimenti si rischia di andare incontro ad insuperabili difficoltà che hanno determinato l'attuale crisi della organizzazione assistenziale.

Le attuali strutture sanitarie, logorate dall'incalzare dei tempi nuovi, hanno bisogno di una prospettiva di rinnovamento che questa legge cerca di delineare riuscendovi solo parzialmente con insicurezza e nebulosità. Vi è l'esigenza insopprimibile di mettere sotto controllo il fenomeno dell'espansione incontrollata e incontrollabile della spesa sanitaria ormai incompatibile con la difficile congiuntura economica, con i normali meccanismi di accumulazione di cui il sistema economico italiano oggi dispone.

Dal 1964 al 1974 la spesa sanitaria si è quintuplicata senza che si sia registrato un decisivo e generalizzato miglioramento sia delle condizioni sanitarie della popolazione sia degli *standards* dei servizi resi. Non sono state neppure individuate le cause principali della lievitazione della spesa e non sono stati adottati provvedimenti appropriati per contrastarle. Si è sempre insistito nel tentativo deleterio di costringere i saggi di incremento della spesa entro limiti compa-

tibili con le esigenze di equilibrio esterno e interno della nostra economia, comprimendo le risorse finanziarie destinate annualmente a disposizione dell'attività sanitaria, risorse peraltro marcatamente insufficienti e per di più ritardando la erogazione di tali somme.

Questo atteggiamento, errato nella sua impostazione e ancor più deleterio nella sua pratica attuazione, ha anzitutto consentito che la spesa sanitaria si risolvesse nel tempo secondo una logica che non teneva in nessun conto lo stato in cui nel frattempo si andavano attestando le risorse economiche reali del paese, che esigeva un costante e congruo confronto di compatibilità tra risorse e bisogni da coprire. Si è determinato così un processo per il quale una percentuale assai rilevante e crescente nel tempo della spesa in parola veniva finanziata ricorrendo a formule anomale di indebitamento.

Di qui l'urgenza di saldare i sostanziali requisiti di fondo della riforma con provvedimenti a breve in grado di eliminare gli effetti negativi di dette anomalie, attraverso l'assunzione di provvedimenti subito e concretamente operanti nelle more dell'attuazione della legge-quadro. Ogni riforma di struttura investe l'uomo e la società di cui egli è chiamato a concorrere alla crescita; quella in esame incide in modo particolarmente penetrante nella sfera intima dei cittadini dei quali in ogni caso va tutelato il diritto di gestire la propria salute sotto il profilo preventivo e curativo.

Mi chiedo, onorevoli colleghi, se le norme in esame siano rispettose del diritto inviolabile dei singoli di gestire la propria salute o se non configurino piuttosto una gestione statale della salute dei cittadini e della società. Se così fosse sarebbero lesi gli articoli 2 e 32 della Costituzione, ove si recita: « La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ». In alcune parti dell'articolato questi princìpi non paiono rispettati.

Nel settore dei farmaci la normativa che s'intende varare non reca alcuna sostanziale innovazione. L'importanza dell'informazione scientifica viene infatti affermata senza che siano previsti adeguati strumenti per la sua diffusione. Nè l'introduzione del *ticket* sull'acquisto dei medicinali servirà ad ovviare ad un eccessivo consumo dei farmaci; in particolare esso è inidoneo a dar luogo ad una riduzione di consumo dei medicinali non indispensabili. Ne è la comprova la più che modesta contrazione di tale consumo avvenuta in questo primo periodo di applicazione del provvedimento sul *ticket*.

Il testo in esame si caraterizza per la scelta in ordine alle unità sanitarie locali, elemento fondamentale del sistema inserito nel comune e configurato come articolazione di questo. Vi sono però alcune ambiguità nella configurazione giuridica della unità che per taluni aspetti costituisce un ufficio del comune e per altri viene in rilievo come un soggetto di diritto autonomo.

Non viene sufficientemente precisato se l'unità sanitaria locale sia un ente a sè stante, dotato di propria personalità giuridica, o se sia un organo del comune o della associazione dei comuni secondo il modulo delle aziende municipali.

La legge-quadro deve perciò definire con chiarezza l'unità sanitaria locale e non lasciare all'interprete la ricerca della natura giuridica del nuovo modello organizzativo.

Un punto che lascia poi profondamente perplessi è l'affidamento della gestione delle unità sanitarie locali ai comuni. Nel momento in cui si riconosce necessaria la spinta al massimo decentramento pare veramente strano che per quanto attiene ai servizi sanitari si voglia accorpare nel servizio comunale o nella sua delegazione la responsabilità economica e organizzativa delle unità sanitarie locali.

Stabilita comunque la dipendenza amministrativa dal consiglio comunale, dovrebbe essere meglio chiarito che non vi è impegno economico proprio del bilancio comunale, per fugare sin dall'inizio ogni confusione che turberebbe la gestione economica dei comuni e delle unità sanitarie quando dovessero interferire tra loro i due bilanci.

Questi non devono essere due momenti di una conduzione amministrativa unica ma due espressioni economiche ben distinte e ben qualificate. Sarebbe desiderabile che

ogni equivoco fosse dissipato non con le spiegazioni verbali ma con una costruzione dell'istituto più coerente con i princìpi adottati.

Mentre all'articolo 11 è prevista una corretta articolazione delle competenze regionali e comunali, l'articolo 12 suscita perplessità in quanto non chiarisce sufficientemente le competenze delle province nell'ambito di quelle fissate per le regioni e per i comuni. Infatti la localizzazione dei presìdi socio-sanitari è un momento essenziale della programmazione la quale, anzichè essere attuata in una visione d'insieme in un unico centro, la regione, appare frantumata in due fasi corrispondenti a due diverse competenze con l'indubbia confusione che ne deriva.

L'articolo 14 enumera i compiti delle unità sanitarie locali, quindi è una enunciazione di competenze fatta dallo Stato. All'articolo 15 si afferma invece che spetta alla regione la determinazione dei compiti di queste unità sanitarie locali. Quanto meno è certo che vi è qualcosa da rivedere.

All'articolo 13, poi, affiora qualche dubbio di incostituzionalità. Va bene che tale articolo riproduce un articolo del decreto legislativo n. 616, ma qui si converte l'eccezione in regola, in contrasto, se non erro, con l'articolo 118 della Costituzione.

L'articolo 28 (e vorrei che il relatore potesse darmi una spiegazione, se non ora, dopo) per me è incomprensibile; quanto meno sarebbe necessaria l'aggiunta di una virgola. Anche nel testo proposto dalla Commissione, che modifica quello iniziale per il richiamo a due articoli (il 42 e il 43), si dice che « l'unità sanitaria locale, i suoi presìdi e servizi, compresi quelli di cui all'articolo 18, e gli istituti ed enti convenzionati di cui ai successivi articoli 41, 42, 43, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego ... ». Manca una virgola; inoltre non capisco perchè debbono poter comprare dalle farmacie di enti pubblici quando i nostri comuni, i nostri centri non le hanno. Allora dico che qui si doveva dire: possono fornirsi direttamente, senza specificare. La regione potrà stabilire dove e da chi. Se vogliamo specificare, dobbiamo dire: dal produttore, dalle aziende distributrici e dalle farmacie in genere, non dalle farmacie di enti perchè sappiamo benissimo che per fortuna non tutti i nostri enti dispongono di farmacie e dico per fortuna perchè tutte quelle farmacie hanno dei bilanci in sproporzionato passivo.

Quanto alla spesa per l'istituzione del servizio sanitario nazionale, essa non corrisponde affatto all'esigenza di fornire i mezzi per la complessa attività di prevenzione, cura e riabilitazione e previdenza. Se veramente si vuole varare una riforma del settore, occorre fissare il minimo da assegnare alle necessità dell'igiene e della salute non al 6,50 per cento, come oggi è proposto, bensì almeno all'8 per cento, tenendo presente che le spese di riorganizzazione e di prima conduzione assorbiranno ingenti quote della spesa prevista.

Tra Nord e Sud in materia sanitaria e ospedaliera vi sono squilibri tali che con questa legge è impensabile superare nonostante questa situazione sia stata tenuta presente nelle disposizioni relative alla ripartizione della spesa. Un riequilibrio potrà essere raggiunto solo se l'attività sanitaria locale sarà sorretta da un incisivo rapporto programmatorio.

È impossibile pensare che la spesa prevista possa portare a realizzare i presìdi sanitari e gli ospedali nelle zone che ne sono sfornite e il Sud lo è per la maggior parte. Si impone pertanto uno stretto raccordo tra gli obiettivi della riforma sanitaria e le altre leggi relative a materie, come l'edilizia, ad essa strettamente connesse.

Se in tutti i paesi del mondo si registra una continua lievitazione della spesa sanitaria, sia in termini assoluti sia in rapporto al reddito nazionale, quello che caratterizza l'Italia è la scarsa governabilità di tale spesa e il suo difficile orientamento verso precisi obiettivi, con conseguenti disfunzioni nella stessa erogazione delle prestazioni sanitarie.

Quanto alla gestione del servizio sanitario, penso che debba conseguirsi non solo attraverso una controllabilità degli strumenti operativi del settore, ma anche attraverso il recupero di una prestazione medica arricchita dalle più recenti concezioni scientifiche.

Per finire — credo di stare nei limiti e di soddisfare la Presidenza — è stato detto che occorre guardare all'architettura delle riforme e non perdersi in particolari e che ogni riforma presenta i suoi rischi. Sono d'accordo; ritengo peraltro che sia necessario rifuggire dal rischio di dar vita a riforme di scarsa applicabilità, a cattedrali meravigliose alle quali però non si può accedere per pregare. Ho il timore — e mi limito a esprimere un timore; quindi sono molto cauto — che questa riforma possa non trovare applicazione o per lo meno possa determinare turbamenti e necessità di revisioni. Mi rendo conto della difficoltà della materia, mi rendo conto che vi sono deficienze in tutti i presìdi sanitari vigenti. Vi sono anche iniziative assistenziali che proliferano da parte di enti locali. C'è quasi il caos in questa materia. Inoltre la riforma è stata affrontata in mancanza di due importanti fattori, il che può condizionarla negativamente: la mancata ristrutturazione delle facoltà di medicina, che sfornano laureati in abbondanza, e il non aver portato a termine la riforma degli enti locali. Ambedue questi settori avrebbero dovuto richiedere, proprio per attuare la riforma, una prioritaria soluzione.

Nell'articolato in esame si rinvengono troppi rinvii ad emanande normative e manca altresì una chiara definizione delle competenze rispettivamente dello Stato e delle regioni. Non vorrei che il progetto di legge finisse con il sortire un risultato opposto rispetto alle sue finalità, con il rischio di una fuga dal servizio pubblico e l'instaurarsi di una assai deprecabile borsa nera della medicina.

È di ieri, onorevoli colleghi, la voce che si è levata da parte della federazione nazionale dell'ordine dei medici a mezzo del suo presidente Parodi, voce che ha voluto esprimere il malcontento della classe medica per la sua collocazione nella legge sulla riforma sanitaria nazionale. Non voglio raccogliere o respingere questa voce; è certamente una prima manifestazione di malcontento da parte di uno dei due maggiori protagonisti.

Non posso nascondere che questo momento mi fa riflettere e deve farvi riflettere, onorevoli colleghi.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Rampa, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato insieme ad altri senatori. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

PAZIENZA, *segretario*:

Il Senato,

considerato che le norme di legge attualmente vigenti hanno conferito a determinate associazioni di categoria le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei cittadini permanentemente invalidi,

ritiene che fra le forze e formazioni sociali alle quali si è fatto riferimento nella presente legge in ordine alla consultazione, programmazione e partecipazione relative all'attuazione del nuovo servizio sanitario nazionale siano da comprendersi anche dette associazioni e invita le regioni a tenerne conto nel promulgare le norme regionali di attuazione della presente legge.

9. 1291. 2. RAMPA, BELLINZONA, MARCHETTI

PRESIDENTE. Il senatore Rampa ha facoltà di parlare.

RAMPA. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, tocca a me, ultimo fra i molti oratori di diversa parte che sono intervenuti in questo interessante dibattito, aggiungere, con la mia voce certamente modesta ma se mi è consentito in qualche modo appassionata, come il collega Costa ha voluto troppo generomente riconoscere nel suo pregevole intervento, qualche considerazione a quelle che già sono emerse pur dialetticamente e che, tutte, direi, nella sostanza, hanno riacceso in noi due certezze: la certezza che questa legge, che è stata definita in quest'Aula « storica », forse suscitando in chi meno vi crede qualche sospetto di retorica parlamentare e che comunque è una legge che inciderà profondamente sulla qualità di vita del nostro paese, è estremamente importante, difficile e complessa; e la certezza che essa si calerà in una società e in un paese che l'attendono, anche se — lo diciamo con qualche nostalgia

di tempi almeno apparentemente e, forse, anche sostanzialmente migliori — tutte le forze politiche, ciascuna per la propria parte, potrebbero forse in cuor loro domandarsi, rimproverandosi, perchè mai questa legge abbia dovuto attendere fin troppo tempo — e tempi non migliori — per essere conclusa e per essere avviata ad attuazione.

Credo che questa legge non soltanto sia espressione della volontà del Parlamento e quindi delle forze politiche democratiche popolari che in grandissima maggioranza oggi determinano il quadro politico entro il quale pur difficoltosamente ci muoviamo, non senza tuttavia positivi risultati, ma anche raccolga lo stesso consenso, almeno parzialmente (lo abbiamo ora sentito dal senatore Balbo), di altre parti politiche democratiche che non hanno creduto di esprimere un voto di approvazione alla Camera, ma che non possono non riconoscere quanto di positivo e di nuovo ci sia nella legge che abbiamo al nostro esame.

Penso che si debba riconoscere che essa comunque è una legge rilevante, innovatrice e certo problematica e in qualche modo difficile e complessa; essa non è il frutto accademico di qualche circolo culturale o di qualche più o meno rinomato centro studi (troppi ve ne sono, senatore Giudice, nel nostro paese), ma è invece il frutto di un processo culturale, sociale e politico che il Parlamento — abbiamo il coraggio di dirlo — ha più raccolto dal paese di quanto non abbia autonomamente determinato. Pensiamo ad esempio che di questo problema, in quest'Aula, credo (faccio ammenda se dico cose sbagliate) si parla per la prima volta con organicità e compiutezza; e che solo qualche mese fa la « questione italiana » della riforma sanitaria è entrata in Aula a Montecitorio, dopo essere rimasta per anni affidata alla elaborazione di appassionati colleghi della Commissione sanità, e non altri, della Camera dei deputati! Dobbiamo perciò dire che forse il paese ha corso più di noi nel portare avanti un processo che, se non consapevole in tutte le sue articolazioni, certo lo era nella sostanza: un processo di vitale rinnovamento rispetto ad un sistema di cui il paese, la gente in concreto, ha già largamente pagato disaggregazioni, disarmonie, squilibri, insufficienze.

C'è stato chi perciò ha voluto cercare le origini storiche della legge, come il senatore Costa (anche in termini di storia politica, molto opportunamente) o chi, come il senatore Ciacci, ha creduto di rilevare (non ho capito se con quache dolce umorismo toscano o se, invece, obiettivamente, come un dato oggettivo della storia della nostra Costituzione) che un gruppo di costituenti democristiani non voleva inserire nella Costituzione un riferimento al diritto alla salute, considerando addirittura che in una Costituzione democratica e repubblicana, che nasceva dopo l'immane tragedia che avevamo insieme superato, tale diritto non fosse richiamato perchè ovvio per sua definizione e non per una rinuncia, una carenza di volontà politica dei proponenti.

Quello che, comunque, non può sfuggire è che, tutti insieme riflettendo, dovremmo convenire che non possiamo scomodare la storia degli anni lontani; molto meglio, forse e più responsabilmente dovremmo rifarci a quella politica degli anni più vicini, quelli appena passati e quelli che stiamo vivendo. Certo verificando che in quei momenti lontani (si va citando il Comitato di liberazione del Veneto come punto di riferimento essenziale di grande significato, e il Ministro evidentemente ne sa più di me anche per la sua sofferta e impegnata esperienza nella Resistenza) vi furono profonde intuizioni invochiamo dei fatti che sono ammonitori anche per i nostri ritardi, che sono segni e segnali già presenti nel più vivo della nostra società e della classe politica; ma dobbiamo anche ammettere lealmente che gli anni successivi non erano anni maturi per un processo sul quale oggi non dico siamo in ritardo, ma sul quale diamo una risposta certo positiva in condizioni non tuttavia ottimali.

Credo, dunque, che si debba prendere atto che qui non si tratta di produrre una certificazione di capacità e di fantasia elaboratrice di questo o quel Gruppo politico; qui si tratta di prendere atto che è il paese che ci chiede la riforma di quel sistema socio-sanitario che esso, nella propria esperienza

quotidiana, ha avvertito ed avverte come ormai largamente e definitivamente in crisi. Non siamo tra coloro (anche se in quest'Aula non sono echeggiate le voci di quelle parti per mancanza evidente di rappresentanze politiche) che non accettano l'« esistenza della malattia » e che considerano invece sola malata la società; e quindi producono progetti di legge di riforma sanitaria abnormi rispetto alla realtà del paese e carichi di una tensione ideologica che non è nè opportuna nè produttiva nei confronti del delicatissimo problema che dobbiamo affrontare, che non è soltanto il « problema della salute », come si suol dire, ma è certamente anche « il problema della vita e della sua qualità ». Non abbiamo sentito qui quelle voci, non ignoriamo tuttavia che quelle voci nella società ed in certi margini del paese esistono, ma ad esse sappiamo di poter dire, come Gruppo della democrazia cristiana ma anche globalmente come senatori, che certe tendenze, certi comportamenti, certe proposte niente hanno a che fare con le finalità oggettive della legge che stiamo esaminando e che finalmente riusciremo ad approvare.

Se da quella parte tuttavia, nella improponibilità o nella inaccettabilità delle tesi, si coglie una esigenza impropriamente espressa, ideologicamente caricata, politicamente inaccettabile, da fuga in avanti, avventuristica a volte, si coglie, nonostante tutto ciò, un'esigenza di novità, vitalistica, un'esigenza di cambiamento che deve coinvolgere strutture e comportamenti, oltre poi che le prestazioni ed i servizi. A destra, invece mi pare si sia colta esclusivamente, anche in questa Aula, un'interpretazione del tutto interessata, negativa e strumentale della legge che abbiamo dinanzi a noi. Quando, ad esempio, si afferma, per un verso, che questa riforma non cambia assolutamente nulla e, poi, si sostiene, puntando il dito nei confronti della Democrazia cristiana — fatta oggetto a volte di vellicamenti, a volte di pesanti accuse, secondo che i tempi cambino o che le occasioni lo consiglino — che essa porterà, tuttavia, ad una catastrofe, si cade in una contraddizione patente! E questo si afferma ancor più da parte dell'estrema destra e di altri settori, che, anche fuori del Parlamento, ad essa fanno riferimento, negli atti concreti, se non ideologicamente. Per loro, la riforma addirittura introduce elementi socialisti fino a creare una società socialista nel nostro paese! Veramente, anzichè badare ai problemi che il disegno di legge pur pone e sui quali è giusto riflettere, così come ci ha fatto riflettere in una parte del suo intervento il senatore Balbo, si è pensato a tutt'altra cosa; si perseguono ben diversi obiettivi. Mentre da parte liberale si è affrontata con impegno una serie di problemi, anche se non si è creduto, legittimamente, di votare per questa riforma, in una certa misura proponendo un progetto quasi alternativo, da destra non si è capito nulla, non ci si è ancora accorti che il dibattito, il confronto, le sollecitazioni della riforma per un lunghissimo periodo hanno sopravanzato in qualche modo — nessuno se ne offenda — l'iniziativa stessa della classe politica e delle forze di Governo e di opposizione; hanno perfino sopravanzato la capacità interpretativa dei vertici sindacali, manifestandosi, ad esempio, nella libera contrattazione del lavoro. Lo ricordiamo con riferimento all'autunno caldo del 1969-72, quando vivemmo un'esperienza certamente esaltante, anche se difficile ed in qualche misura non priva di conseguenze sulle quali oggi tutti riflettiamo, quando la riforma sanitaria, già elaborata da quel Governo, fu bloccata da una crisi che traeva motivazioni anche dalla concreta possibilità di presentare il disegno di legge di riforma al Parlamento!

La contrattazione infatti per la prima volta nel paese non puntava solo a rivendicazioni economiche o normative, ma poneva sul tappeto per le grandi categorie i problemi della salute e non solo più nell'ambiente di lavoro o nell'ambito della cosiddetta infortunistica e delle malattie professionali ma più vastamente nell'ambito della società. Ed il paese già allora partecipava vivacemente, con spontaneità e fiducia, al dibattito sulla riforma.

Questo dunque è il dato fondamentale che possiamo ricavare dalle nostre analisi: che la coscienza individuale e collettiva ed il pro-

gresso del paese hanno avvertito e superato i limiti culturali e scientifici del concetto di salute che stava alla base del sistema e che trovava sanzioni e contraddizioni nelle stesse strutture, disaggregate, l'una contro l'altra, molto spesso incomunicanti, degli ospedali da una parte, delle mutue dall'altra; degli organismi pubblici e privati, a volte nettamente e giustamente distinti, a volte estremamente e negativamente confusi, troppo spesso impropriamente sovrapposti e contrapposti.

Ecco perchè ritengo che, se si tratta di parlare, come qualcuno ha fatto, di « filosofia » della riforma, il dato essenziale di tale filosofia non va ricercato tanto nei princìpi sanciti nell'articolo 1, che del resto sono ricavati e ripetuti dalla Costituzione, ma va individuato in questo salto di qualità dalla concezione di un bene — quello della salute — che è difeso dalla Costituzione ma che non era altrettanto difeso dal sistema e dalle sue strutture, alla concezione di un bene che oggi è diventato e considerato « valore ».

Ecco perchè ha senso parlare, in tal modo, di una filosofia della riforma sanitaria o meglio di questa legge-quadro che non tutta la riforma comprende ma che certo è un momento essenziale per il suo processo ormai da tempo iniziato; ecco perchè possiamo dire che questo dato di fondo ci ha confortati a proporre strutture radicalmente diverse da quelle finora realizzate nel paese per tutto il sistema socio-sanitario. Riflettiamo su esperienze lontane ed attuali e storicamente sofferte, in Italia, in Europa, nel mondo, quando il concetto di salute — e la salute stessa del cittadino — era strumentalizzato perfino in chiave razzista e colonialista; riflettiamo se ancora oggi (in una logica da società industriale e tecnologica ancora troppo dominata, più che dall'esigenza di umanizzare il progresso, dall'esigenza di rispettare leggi del profitto che giuste sono quando giusto è il profitto, ma disumane sono quando incidono e subordinano la dimensione umana al profitto, l'equazione, che tanti di noi fanno propria quando parliamo di questi temi, che salute sia uguale a forza-lavoro e che forza-lavoro sia uguale a produttività (non è necessario essere marxisti per affermare queste opinioni) non sia messa in crisi dalla cultura nuova di cui siamo noi stessi portatori, dalle lotte sociali, dall'evoluzione del paese!

Si va a ricercare il vero protagonista della riforma e ciascuno pensa di ritrovarlo nel medico secondo un nuovo ruolo; o nell'utente, nel cittadino; o nella struttura; penso invece che dobbiamo riscoprirlo proprio in questa coscienza di un nuovo valore; un valore che noi credenti, che ci rifiutiamo di considerare un disvalore la stessa sofferenza, consideriamo un dono da preservare, anche per donare di sè agli altri, nella necessaria proiezione di servizio della persona alla comunità, che non la soffoca ma, a differenza del collettivo, la esalta.

Un valore riconosciuto anche da coloro che, pur di altra fede politica, impegnati e convinti di un loro umanesimo, concordano nella premessa anche se diverse possono essere le conseguenze.

La salute dunque è un valore personale e comunitario, contro il quale ogni violenza, anche quella del consumismo farmaceutico, sanitario, medico; anche la violenza del consumismo della automedicazione cui moltissimi cittadini sono sempre più indotti dagli stessi mezzi di comunicazione e, a volte, anche dalla scarsa responsablità di chi dovrebbe educarli e guidarli al giusto scopo; anche la violenza del clientelismo, del lassismo, dell'impreparazione scientifica, è da ritenersi una colpa morale e sociale: non è questa una affermazione retorica perchè a tale convinzione abbiamo ispirato per anni un coerente sforzo che non rivendichiamo esclusivamente a nostro merito, dato che, attraverso i nostri colleghi al Governo ed al Ministero della sanità o attraverso l'azione del nostro Partito, dei nostri colleghi presenti qui nel Parlamento, fino alle amministrazioni locali, si è socialmente operato perchè venisse in qualche misura contenuta e, attraverso la nuova prospettiva riformatrice che stiamo aprendo con il voto del Parlamento, venisse definitivamente superata.

Credo che in questo stia il senso del superamentto definitivo del sistema mutualisti-

co-assicurativo di cui pur riconosciamo i meriti storici e funzionali. Il nuovo sistema, il servizio sanitario nazionale, non ci ripropone nei confronti del diritto-valore della salute il produttore ed il lavoratore, ma ci propone il cittadino; non ci propone più la categoria, ma ci propone la comunità; questo servizio sanitario nazionale perció — e qui sta la grande novità — non risponde ai criteri spesso corporativi dell'assicurazione del rischio, a migliori condizioni per il più forte — singolo, gruppo o categoria — ma è un servizio che, inserito in una avanzata concezione di sicurezza sociale nel cui quadro è compito dello Stato, secondo la Costituzione, garantire e promuovere i diritti che esso vuole tutelare, non può non essere che unitario, globale e pubblico.

Dirò in sintesi, per non attardarmi su questa che è più una testimonianza che un approfondimento di concetti evidentemente non nuovi, che il servizio sanitario nazionale è certamente unitario. E ciò esige, onorevole Ministro, una forte autorità politica centrale, che certo si muova nel rispetto delle competenze statali che la legge riverifica e ripropone; nel rispetto delle esigenze e delle competenze regionali che la legge riprecisa; nel rispetto soprattutto (in quella strategia delle autonomie che abbiamo insieme costruita e avviata e che vorremmo insieme poter finalmente realizzare con maggiore coerenza di strumenti, di mezzi e di atti) delle responsabilità degli enti locali, delle comunità di base che sono chiamati ad essere la struttura portante ed il fulcro politico della riforma che stiamo approvando. Pertanto un servizio decentrato che non è tuttavia « regionale »: non concediamo retoricamente alcunchè ad impostazioni che a volte vengono portate, anche a mo' di accusa, nei confronti delle nostre scelte! Si tratta di un servizio che non è municipalistico, anche se è fondato sul comune. E guai se municipalistico fosse! Sarebbe in contraddizione con il suo fine ultimo e con i suoi princìpi ispiratori; un servizio che perciò è unitario ed insieme nazionale; anche se, ripeto, giustamente decentrato e necessariamente, nelle previsioni legislative e politiche, partecipato. Un servizio che è globale nel senso che il momento dell'educazione sanitaria, senza il quale questo servizio e questa riforma fallirebbero, si unisce al momento finalmente assunto (proprio in conseguenza di quel mutamento culturale, scientifico, sociologico e politico del valore della salute cui accennavamo) della prevenzione che insieme alla riproposta del tema, sempre trascurato, della riabilitazione ed a quello, tradizionale, sin troppo, della cura fa sì che questo « servizio » oltre a queste caratteristiche di globalità e di unità unisca la caratteristica della sua pubblicità.

Vorrei dire al senatore Balbo, che mi fa l'onore di ascoltarmi per la sua cortesia e per la sua correttezza, che non vada accreditando ciò che non è legittimo accreditare perchè un conto è definire un servizio sanitario nazionale « pubblico » e un conto definirlo « statalista », quando di statalista nel servizio sanitario nazionale non c'è nulla, tanto più che non ci potrebbe essere nulla perché esso è garantito e voluto da un Parlamento democratico, in uno Stato democratico, articolato nelle autonomie comunali, che recentemente si è dato leggi di esaltazione e, direi, di rinnovamento anche strategico delle stesse, in una organica visione di pluralismo delle istituzioni e nelle istituzioni; in uno Stato cioè che chiama il privato nella sua disponibilità, chiama le forze sociali e le energie professionali, che nessuno è tanto sciocco da voler allontanare da questa nuova esperienza che ha bisogno di quelle energie per poter essere avviata e positivamente compiuta, a quel quadro di programmazione che è certo una garanzia di compatibilità tra la spesa e i bisogni ma è anche garanzia — e deve esserlo — di priorità di scelte verso le zone più squilibrate del paese e, insieme, è anche la vera garanzia, al di là dei controlli formali che pure occorrono, dell'efficienza e della rigorosità nella spesa sanitaria a tutti i livelli. Un sistema, ancora, diciamo ai nostri critici di varia parte politica, democratico e costituzionale. A volte anche qui si è sentito rimproverare che sì c'è nella legge una larga affermazione di princìpi che si ispirano alla Costituzione: libertà e dignità della persona, libera scelta professio-

nale, libera scelta del cittadino, libera scelta del luogo di cura, ma che poi esisterebbero invece nella legge gravi, pesanti, quasi totali contraddizioni.

Io credo che questo dubbio o sospetto vada sfatato soprattutto da coloro che vivono nella società, in mezzo ai pazienti, da coloro che si sono resi disponibili anche in questi giorni, nonostante le loro critiche, legittime in un sistema democratico, anche se estremamente discutibili (dico dei medici, delle varie categorie con differenti variazioni, con diversi toni, per la verità), a fare la riforma, a portarla avanti; ma qual è la società organizzata democraticamente che, sotto il presidio di libertà del Parlamento, non organizzi l'esercizio dei diritti che la stessa Costituzione prevede? Perchè non deve essere logico che per qualunque cittadino che vive in un sistema comunitario e democratico il diritto si accompagni alla nozione di dovere, per cui di diritto-dovere si parla? E, perciò, si presuppone che nel rispetto essenziale di quei diritti la società, senza dogmi, prammaticamente, tenendo presente certo di non entrare in contraddizione con i diritti affermati, ponga anche alcune limitazioni ad esempio di carattere organizzatorio, o strutturale, che certamente non devono, ripeto per non essere equivocato, incidere sui diritti affermati ma che certo contengono in qualche misura la loro libertaria ed anarchica affermazione nei confronti di un bene comune che presuppone libertà, ma non presuppone esercizio convulso, individualistico e perfino anarchico dei diritti, comunque si voglia.

Del resto, se così non fosse, noi domandiamo a questi nostri critici quale mai diritto pieno e totale, che si imputa a questa legge di non volere affermare o di contraddire per una presunta contrapposizione tra princìpi e strutture, si goda oggi da parte di milioni di cittadini italiani che hanno da scegliere solo quanto gli viene proposto perchè da scegliere, in fatto, non hanno se non quello che il loro inserimento in un ente mutualistico o in un altro in effetti gli consente. E quando si parla di gestire la propria salute nella pienezza totale dei propri diritti, come ha detto il senatore Balbo, certo si afferma un diritto che noi non mancheremo mai di tutelare, per testimonianza e per impegno, e che crediamo di aver difeso anche in questa legge, nell'uno e nell'altro ramo del Parlamento. Ma perchè non ci si domanda qual è esso oggi realmente per milioni di italiani, specie del Sud, ma, onorevoli colleghi, anche di altre zone depresse del Nord, anche delle cinture delle città, anche laddove è esplosa l'immigrazione, certo socialmente grave, di vasti strati di cittadini? In che modo, in verità, totale e pieno si gestisce ora la propria salute dove non esiste ancora un potere che incida (non ci scandalizziamo perchè la storia è fatta di queste cose) sulla capacità del cittadino più povero ed emarginato, del cittadino comunque, del cittadino comune — senza fare della retorica — ad esercitare il suddetto diritto pur quando è privo di altrettanto potere?

Ecco perchè ci sembra che certi modi con cui ci si stracciano le vesti dinanzi ad una proposta rinnovatrice non contribuiscano alla giusta critica degli errori che possiamo aver compiuto o che potremo compiere domani. Ci vorrà il coraggio della sperimentazione, dell'autocritica, dell'intervento correttivo del Parlamento e del Governo, più che un patriottico modo, del resto insulso, di difendere quello che in questo momento crediamo di aver creato bene anche nei particolari. Occorre il coraggio di cui parlavo: esso non è il coraggio di chi fa passare accuse, come quelle che abbiamo qui sentito e che non ci interessano tanto perchè in questa sede possano essere raccolte ad un livello di capacità autocritica e critica propria della funzione stessa del Parlamento; ci preoccupano piuttosto perchè sappiamo fin troppo bene — non è uno *slogan* — che è necessario che questa riforma si costruisca insieme, non essendo la legge un gratuito dono gratificante per la popolazione italiana, presentandola come talvolta si fa alla televisione con una etichettatura di ottimismo che respingiamo, conoscendo la realtà dei problemi, le resistenze, gli ostacoli e i mezzi scarsi a nostra disposizione per realizzarla, immediatamente, al

meglio. Sappiamo altresì — lo diciamo senza timori di sorta — che essa potrà e dovrà raccogliere le attese di quel processo popolare da cui è nata, ma non potrà soddisfarle subito tutte come qualcuno vuol far credere, certo non innamorato della riforma, attraverso gli organi di stampa, attraverso i contatti e i confronti a livello periferico, come se si trattasse di una ricetta in grado di garantire, all'indomani della sua approvazione, il miglioramento dello stato di salute e, perfino, la guarigione di tutti gli italiani, con un colpo taumaturgico che neppure noi, che crediamo nei Santi, sapremmo realizzare, se è permesso di dire con un sorriso cose estremamente serie nella sostanza, pur con l'invocazione dei più vicini alle nostre preghiere.

Presidenza del vice presidente CARRARO

(*Segue* RAMPA). In questa battaglia — e si è trattato davvero di una « battaglia », perchè basterà pensare a quanti anni ci sono voluti prima che il disegno di legge giungesse all'esame del Parlamento — abbiamo dato un grosso contributo. Non neghiamo quello altrui, ma lasciateci dire che (del resto il nostro corretto comportamento in quest'Aula finora nessuno l'ha negato; e non mi risulta che ciò sia avvenuto neanche alla Camera) per questa battaglia — non è stato negato da nessuno — la Democrazia cristiana, specie in questi ultimi anni, ha combattuto con rigore, con impegno senza chiudersi nelle aule parlamentari ma cercando il confronto nel paese, anche attraverso quelli che, in modo scherzoso, chiamiamo « giri d'Italia », quando abbiamo sentito il polso, certo, dei medici che protestavano, ma anche dei medici che erano disponibili alla novità; certo, degli operatori delle mutue preoccupati del loro destino — ed è sacrosanto che lo siano — ma anche disponibili a qualche sacrificio per diventare essi stessi protagonisti di questa novità; dove, certo, abbiamo ascoltato le preoccupazioni degli utenti, dei nostri cittadini, che avvertivano con il realismo che li contraddistingue che non ci si poteva attendere tutto, ma che la battaglia occorreva condurla nella più ampia convergenza possibile, cercando di realizzare dopo una vasta e globale convergenza nel paese, ai vari livelli comunitari, un'operante convergenza in Parlamento e quindi, di nuovo, sul territorio per attuare e per gestire il servizio sanitario nazionale e la riforma, sfuggendo alla lottizzazione ed alla ideologizzazione con ogni impegno possibile, per mobilitare, invece...

CIACCI. Speriamo di no.

RAMPA. Sarà così, senatore Ciacci. Anch'io spero di no, ma non dobbiamo nasconderci il rischio! Operiamo insieme affinchè questo non avvenga. Ma in ogni caso dovremo sviluppare la nostra capacità di mobilitazione non tanto di assessori e consiglieri comunali, designati sulla base di stretti e difficili equilibri di partito e di corrente, ma soprattutto delle forze tecniche, delle forze professionali, dei sindacalisti, della gente, dei giovani ai quali in particolare sappiamo di proporre un suggestivo traguardo tanto che, se i nostri giovani non dovessero capire che la nostra prospettiva li coinvolge e li investe per il futuro, per il loro futuro certo, ci lascerebbero disarmati nelle nostre speranze democratiche.

Basterebbe riflettere che la legge, pur definita enciclopedica — e di qui alcune preoccupazioni finanziarie anche fondate, espresse dal senatore Pinto —, prevede tre momenti essenziali che cito solamente, senza motivazioni, dato il tempo ristretto e l'impossibilità di approfittare ulteriormente della vostra pazienza, per capire lo spirito e la volontà politica che ha animato la Democrazia cristiana, e che ci anima tutti, credo,

in questo momento di definitiva conferma delle nostre scelte. Non a caso in questa legge vi sono particolari tali da farci dubitare che si tratti di una legge-quadro. Ma non è questo che conta. La legge, invece, prevede tre momenti, uno dei quali è stato estrapolato, purtroppo, dall'impostazione data al disegno di legge dal Governo e dalla Camera nella precedente legislatura, fatto di cui paghiamo ora le conseguenze. Ma gli altri due momenti sono segno indubitabile del fatto che le scelte che stiamo insieme compiendo sono sintomo e messaggio di novità. Il ministro Anselmi ha sperimentato due sedi ministeriali, lavoro e sanità; non le chiediamo quale preferisca, ma, essendo « madre » della riforma sanitaria, dovrebbe fare una opzione per questa sua seconda sede. Ma non potremmo ignorare, comunque, il suo impegno, anche al lavoro ed in sede internazionale, per una nuova prevenzione dei rischi di malattia e di infortunio nell'ambiente di lavoro.

Abbiamo inserito nel quadro della riforma un valore anche culturalmente acquisito: la prevenzione non solo primaria e secondaria, ma quella prevenzione e sicurezza del lavoro che si estrinseca nell'articolato con istituti, strutture e modalità assolutamente rinnovatori, tanto da farmi ritenere, se lo consentite alla mia evidente partecipazione a quanto sto trattando — e chiedo scusa se essa non apparisse razionale, ma dietro l'entusiasmo vi è una qualche razionalità —, che fin troppo avanzati, per usare un termine sociologicamente utilizzato, siamo stati per questa parte della riforma. Non che non lo si debba essere, ma vi è timore per un programma così vasto di attribuzioni e responsabilità, di coinvolgimento di forze tanto rilevanti, di innovazioni strutturali fino a giungere al terminale dell'unità sanitaria locale cui si affidano compiti ispettivi previsti dalla legge n. 616. Si tratta, dunque, di un rivoluzionamento dell'attuale sistema di prevenzione e sicurezza del lavoro, sistema del tutto insufficiente se è vero che siamo il paese che nell'Europa occidentale ed industrializzata subisce ogni anno il massimo di incidenti mortali ed invalidanti, in limiti assolutamente insopportabili. Pur con i rischi che non vogliamo ignorare, il problema della prevenzione, che, a nostro avviso, costituisce un momento di essenziale qualificazione della legge e della riforma, rappresenta finalmente uno dei traguardi su cui la sfida democratica è ormai decisa ed aperta.

Vogliamo solo sperare — e lo diciamo a chi vuol essere più entusiasta di noi — che alla scelta, giusta e giustificata in sè, corrispondano funzionalità ed efficienza delle strutture e delle articolazioni proposte, specialmente a livello periferico.

Dovrà affermarsi, finalmente, un metodo interdisciplinare sulla base di una scelta che è, insieme, tecnica, sociale e politica, realizzando una sintesi tra i momenti tecnologico, ingegneristico, sanitario e sociale, senza confusioni delle funzioni ma con la potenzialità operativa necessaria all'intervento, che dovrà rispondere a criteri di globalità.

Nessuno si offenda, ma certe verità debbono essere dette chiaramente per il futuro: non si pensi di fare affidamento sulla inventiva fantasiosa e generosa, che è attività tipica degli italiani, quando confondono libertà con arbitrio, od interesse particolare con interesse generale, sia sulla base di motivazioni psicologiche (presidente Ossicini, lei se ne intende) che sulla base di premesse ideologiche strumentalizzanti o, per altro verso, di inesistenti dogmi, supremi regolatori delle leggi della produzione, cui pare la salute del lavoratore dovrebbe essere subalterna. Non pensiamo che possano affermarsi iniziative spontaneistiche od avventuristiche che, anzichè sollecitare il processo di rinnovamento attraverso la prevenzione nell'ambiente di lavoro anche in dimensione ecologica, possano condurre i lavoratori e le stesse forze sindacali — e sarebbe un grave danno — a subire impostazioni che con la prevenzione, così come l'abbiamo concepita e la proponiamo, non avrebbero assolutamente nulla da spartire.

Dobbiamo cautelarci da questi rischi tuttaltro che improbabili: così facendo ci cauteleremo da essi tutti insieme, con maggiore puntualità, rigore ed energia, ed approntеremo, senza scompensi e divaricazioni dal-

la giusta linea, leggi, strutture, mezzi e strumenti operativi che possano evitare drammatici fenomeni che siamo soliti ricordare con riferimento a Seveso, a Manfredonia, a Mestre ma che più vastamente ciascuno di noi potrebbe ricordare con sofferenza nella propria esperienza di parlamentare, di cittadino, di lavoratore.

C'è un altro punto che la legge qualifica. Forse potevamo fare a meno di compiere una scelta politico-legislativa rilevante, ma non a caso abbiamo approvato una legge che ha fatto tremare le vene e i polsi a molti sindaci; una legge con la quale abbiamo anche scosso l'egoismo della società e, addirittura, delle famiglie e del parentado più direttamente interessato. Abbiamo fatto tremare l'adattamento colpevole alla *routine* di molti di quegli operatori psichiatrici che, ancor oggi, resistono alle novità del loro impegno soltanto perchè preferiscono difendere la propria immobilità anche fisica sul tradizionale posto di lavoro piuttosto che predisporsi ad una modesta mobilità verso quegli ospedali civili nei quali debbono esercitare la professione in virtù della legge n. 180: perchè è di questa, onorevoli colleghi, che sto parlando.

Abbiamo scelto, in termini di civiltà e di storia del paese, di provvedere al ricovero in reparti specifici degli ospedali civili attraverso l'intervento dell'autorità sanitaria, e non di pubblica sicurezza, del sindaco cioè su parere del medico, dei pazienti di malattie psichiche gravi e mentali; e di procedere alla progressiva chiusura dei manicomi.

Ebbene, noi non siamo stati fra gli entusiasti sostenitori dei tempi e delle modalità della legge (parlo di quelle organizzatorie) perchè sapevamo che le difficoltà alle quali andavamo incontro sarebbero state gravi. Certo, meno gravi nella nostra Lombardia, nella nostra Bergamo, senatore Bombardieri, dove la struttura ospedaliera e socio-sanitaria gode di un processo di evoluzione che altre regioni non hanno avuto; ma pensando alle condizioni reali del Sud, della Sicilia, della Puglia, ricordavamo — e ricordiamo ora — le nostre responsabilità.

Conosciamo le difficoltà che si sono venute a determinare con questa legge, in termini oggettivi; anche in relazione ai necessari interventi operativi. Ancora una volta il problema si pone in questi termini. Il presidente Ossicini ieri sera, alla conclusione del suo caldo intervento, ha voluto dire, certamente con consapevolezza, che, se la società non cambierà, la riforma non si realizzerà; io ritengo — ma certamente anche lui ritiene — che il problema se creare prima gli operatori delle riforme e poi le riforme, o prima le riforme e poi gli operatori sia un problema che la storia delle società democratiche, e anche di quelle non democratiche, non è mai riuscita a risolvere correttamente e definitivamente. Piuttosto, nella storia si è sempre registrata l'opposizione politica di coloro che, in nome della impreparazione degli operatori, non vogliono le riforme e, magari, al momento giusto, si oppongono anche alle riforme che portano alla formazione di nuovi operatori. Questa è, a mio avviso, la trappola nella quale non siamo caduti e non dobbiamo cadere. Ecco perchè difendiamo le finalità della legge n. 180, ma diciamo anche al Governo ed al Parlamento, con accoramento, se me lo consentite, che bisogna finalmente evitare di fare leggi di riforma che non pongano le regioni, i comuni, la società soprattutto, compresa la famiglia, nel cui ruolo noi crediamo, specie in relazione a leggi come la n. 180, nelle condizioni di avere strutture alternative che non siano fittizie e che non consentano a falsi riformatori — come nel caso — di usare vecchie etichette, come gli ospizi — nuovi ghetti per anziani dimessi dai manicomi — piuttosto che risolvere i problemi che, certo, non in un giorno, ma nel tempo, si possono risolvere soltanto se si hanno, oltre alla volontà politica, i mezzi e le condizioni per creare strutture alternative razionali ed efficienti.

Certo, non possiamo provvedere a tutto, ma alle scelte di priorità non possiamo nè dobbiamo sfuggire. Non si possono far cadere contemporaneamente sul paese sei, otto, dieci riforme senza fare scelte di priorità sugli strumenti ed i mezzi perchè queste riforme si realizzino compiutamente. Pur in questo quadro politico che certo riceve e dà spinta alle riforme, bisogna che non con-

fondiamo l'approvazione di una legge riformatrice con le scelte concrete per attuarla coerentemente. Ciò vale anche per quella strategia delle autonomie che fa da struttura portante di molte riforme approvate od in via di approvazione, compresa quella sanitaria. Certo, sempre vi è necessità di chiarezza e di certezza giuridica ed istituzionale. Ed in questo senso alcune osservazioni fatte dal senatore Balbo a proposito della riforma sanitaria — manca ancora la legge sulle autonomie locali, manca la legge sulla finanza locale, la legge sull'assistenza sociale — sono assolutamente apprezzabili. Ma ciò non è sufficiente: bisogna che non scarichiamo sui « terminali » del paese rispetto al Parlamento — sulle istituzioni di base, sugli amministratori, sulle forze sociali e sulle popolazioni chiamate alla partecipazione — esclusivamente delle complesse e vaste responsabilità, a volte, addirittura, umane, oltre che sociali e politiche, senza metterli nelle condizioni, pur con gradualità, di poter dare risposte certe agli impegni che il Parlamento chiede ed impone.

Il terzo « momento » cui accennavo non si riscontra formalmente in questa legge. Mi sono permesso di dichiarare — e lo riconfermo — che è stato un errore averlo estrapolato dal disegno di legge Dal Falco, nel 1976. Si tratta del tema su cui il senatore Bompiani, con tanta chiarezza e competenza, infinitamente maggiore della mia, ci ha intrattenuti ieri, cercando fra l'altro di non limitarsi a rilievi critici sulla situazione attuale, ma riuscendo a prospettare, nel quadro e nello spirito della riforma, soluzioni che ho visto con piacere accolte dal senatore Ciacci che autorevolmente ha espresso il parere del Gruppo comunista. Parlo del problema della formazione del medico, e, dunque, dell'università e delle facoltà di medicina. Ma quando finiremo, fra parentesi, di baloccarci tutti insieme, senatore Bompiani, intorno a questo fondamentale problema della facoltà di medicina; e quando troveremo insieme col Governo la capacità di determinarci a volerla a costo di confrontare progetti di legge, pur contrastanti fra loro, in Parlamento? Vedremo poi nel confronto, cui non è mai subalterna l'individualità di ciascuno; misureremo, poi, sui testi la validità delle soluzioni e le possibilità d'intesa. Ma il peggio mi pare sia lasciare che i giovani universitari affollino ancora, nonostante qualche lieve riduzione in questa o quella università, le facoltà mediche. Ogni giorno ci lamentiamo giustamente di questo fenomeno incontenibile, fino a rabbrividire rispetto alle conseguenze che esso potrebbe avere non soltanto — generalmente — sulla condizione sociale e politica del paese, ma anche sulla stessa possibilità di realizzazione del servizio sanitario nazionale. E, poi, insieme, nè troviamo nè proponiamo soluzioni!

Ci compiaciamo di parlarne nelle università, con gli universitari, con i docenti, con i rettori ma ancora non siamo riusciti a trovare una indicazione collegiale, nonostante che il Governo, a quanto mi risulta, abbia concertato uno schema di disegno di legge tra i Ministri della sanità e della pubblica istruzione e lo abbia diramato alle varie forze politiche di maggioranza. Si tratta di uno schema certamente discutibile, ma la peggiore delle cose sarebbe non discuterlo e lasciarlo nei cassetti. Pertanto esortiamo il Governo a presentarlo al Parlamento, facendo presente, ancora una volta, in particolare al Partito repubblicano, che non si tratta soltanto di disquisire sul numero chiuso o di introdurre per medicina il numero programmato, che, fra l'altro, non va ideologizzato ma va pragmaticamente valutato come una delle modalità per fare fronte al fenomeno denunciato.

Si tratta — come la Democrazia cristiana ha proposto fin dal 1975 — di riformare le facoltà mediche; meglio, più ampiamente, di riformare gli studi medici, ora, nel quadro della riforma universitaria, ma funzionalmente agli obiettivi di fondo del servizio sanitario nazionale.

Perchè insistiamo su questo? Perchè, parlandone, ci rivolgiamo alla FNOM ed ai sindacati medici, che si sono resi positivamente disponibili ad un discorso di novità sulla formazione, sull'educazione permanente, sulle facoltà di medicina, sulla formazione professionale anche del personale parame-

dico? Perchè è qui che si giuoca davvero il ruolo del medico e del nuovo sistema. Lo diciamo senza disattendere legittime aspirazioni, diritti acquisiti, proposte discutibili ma valutate seriamente — e non, come si vuol far credere in questi giorni, superficialmente — da parte del Governo e del Parlamento. Credo che il nuovo ruolo, quello che alcuni chiamano la « socializzazione del medico » e che preferirei chiamare « il coinvolgimento delle responsabilità, in un rapporto alla pari, tra medico e paziente », sia il problema più complesso e condizionante che abbiamo dinanzi a noi. Questo discorso non va risolto con uno spirito egualitaristico, vano e vuoto, che porti ad una progressiva deresponsabilizzazione del medico, ma neppure con la reiterata denuncia di rischi o inesistenti o artificiosamente strumentalizzati. Dico questo, sentendo l'esigenza che il medico nella sua funzione, a qualunque presidio appartenga (universitario, ospedaliero, di base, pubblico o privato), assuma e condivida le novità della riforma; ed apprezzi l'appello del Parlamento alla sua responsabilizzazione sociale, alla sua capacità di coinvolgimento nel lavoro di gruppo, nel lavoro dipartimentale; di guardare all'Europa, non esclusivamente all'Europa bianca per la libera circolazione, ma anche all'Europa dei servizi sanitari e sociali che oggi noi, senza volere acriticamente imitare, consideriamo tuttavia superiori al sistema che stiamo gradualmente abbandonando.

Altri colleghi hanno parlato di aspetti particolari e generali della legge; io vorrei fare solo due ultime considerazioni. Una è questa: la legge, è stato detto, non è un punto di arrivo, ma un punto di partenza. Io direi che forse è imprecisa sia l'una che l'altra definizione. Qui siamo infatti ad un traguardo di tappa, se mi è permessa un'espressione di tipo sportivo, con un forte premio e senza assicurazione. Traguardo di tappa perchè già i relatori, con il loro rilevante impegno, hanno sottolineato il fatto che il Parlamento non è di fronte alla prima legge di riforma del sistema socio-sanitario. Anzi, se abbiamo un rammarico — ma abbiamo risposto allora alle necessità del momento e allora ci fu anche chi, stando all'opposizione, ritardava la marcia, sia pure faticosa e magari in qualche aspetto contraddittoria dell'allora maggioranza verso la riforma — è di aver fatto molte leggi, che è inutile citare perchè sono note a tutti, senza un definitivo quadro di riferimento.

M E R Z A R I O , *relatore*. Possiamo citare il numero dei ministri che abbiamo cambiato in sei anni.

R A M P A . Senatore Merzario, è una statistica che ho già fatto. Ma le risponderò in un altro modo; e cioè che meglio sarebbe stato che un solo ministro avesse potuto, magari con una maggioranza solida, essere a capo del Ministero della sanità, per avviare e compiere la riforma, anzichè assistere all'alternarsi di molti ministri, ciascuno dei quali probabilmente si veniva a trovare nelle condizioni di dover ricominciare da capo.

Vorrei anche dire, senatore Merzario, che, almeno per il provvedimento al nostro esame, abbiamo una felice « continuità », se mi è permesso ricordarlo — del resto è una continuità voluta dalla convergenza che si è andata determinando al di là delle formule politiche di governo —, tra il progetto Dal Falco ed il ministro Anselmi che lo ha gestito nella sua fase finale; una continuità che, probabilmente, è anche il segno della volontà di correggere determinati errori o insufficienze che si erano precedentemente manifestati.

Di là di questa cordiale interruzione che mi ha costretto ad un'altrettanto cordiale risposta, voglio dire, riprendendo l'argomento, che molte leggi, dunque, sono state fatte: e chi oggi ne lamenta la negatività parziale dovrebbe anche ammettere conseguentemente di volere la riforma! Si sono avute decine di leggi parlamentari e non so quanti provvedimenti amministrativi di governo; migliaia di leggi e provvedimenti amministrativi delle regioni; ed iniziative di base a livello del territorio. E chi lamenta che tutta questa produzione sia avvenuta sporadicamente e, forse, contraddittoriamente, senza criteri di spesa, di efficienza e di giu-

sto risparmio e di programmazione deve anche ammettere che l'intervento riformatore era dunque e proprio per questo necessario per ricondurre ad un momento di unificazione, di organizzazione e di prospettiva unitaria ciò che invece si manifestava di fatto come un momento di disarticolazione di un sistema che andava affievolendosi e agonizzando senza che un nuovo sistema funzionale potesse sorgere a sostituirlo.

Se l'approvazione della riforma è un traguardo di tappa, di passaggio, la fase di attuazione, prevista per tutto l'anno 1979, diventa il momento fondamentale della riforma, certamente più di questo o quell'articolo, di questo o quel comma su cui si esercita la critica pur legittima ma spesso limitata e parziale dei colleghi di vari Gruppi.

Per parte mia preferisco manifestare su questo momento della riforma una mia opinione personale che vorrei smentita dai fatti, cioè che la prevista fase di attuazione, temporalmente racchiusa in un anno (1° gennaio 1979 - 1° gennaio 1980), è molto limitata rispetto agli adempimenti e alle difficoltà che abbiamo da affrontare; gli onorevoli relatori ricordavano che sono ben ventisei i provvedimenti regionali previsti dalla legge e ben 60 i provvedimenti legislativi ed amministrativi previsti a livello centrale. E tutto nel giro di un anno! Credo allora che un anno sia un tempo troppo breve per garantirci da una caduta di credibilità che certamente si verificherebbe nell'ipotesi che non potessimo compiere nel tempo prestabilito tutti i ncessari adempimenti, dato che il 1980 è troppo vicino rispetto alle incombenze rese probabilmente più pesanti dalla stessa situazione politica che stiamo attraversando e che potremmo attraversare.

Comunque, ritengo, facendo proposte concrete al Governo, che occorra operare con tutti gli strumenti possibili perchè si riduca la conflittualità — in quest'ultima fase, per la verità, attenuata — tra Stato e regioni; perchè si attuino le direttive già emanate dal comitato di liquidazione che sono preparatorie, anche strutturalmente, della riforma; perchè si disponga di mezzi finanziari adeguati quanto meno alla spesa storica; perchè la legge finanziaria che stiamo per approvare ed il piano triennale, se pure parlano di riduzioni, tengano conto che il Parlamento, contestualmente, sta approvando una legge che non deve costare di più, ma che deve essere garantita almeno a livello della spesa storica senza la cui garanzia si finirebbe con il correre dei grossi rischi; perchè vengano definiti i nodi istituzionali (attraverso l'approvazione delle leggi sulle autonomie e sulla finanza locale) e soprattutto perchè il Ministero, il Governo siano dotati di strumenti — e non tanto di poteri che non possono acquisire se non nel giusto rispetto del decentramento regionale — efficienti di elaborazione e di intervento operativo. Ben valida è quella delega, onorevole Ministro, che dalla Camera è stata unanimemente approvata; che noi in Commissione, a maggioranza, abbiamo approvato; che siamo disposti ad approvare in quest'Aula se non ci saranno presentate soluzioni alternative concrete che garantiscano l'impegno reale del Governo, quanto meno per preparare puntualmente quel piano sanitario nazionale che, se non erro, è previsto per il prossimo mese di aprile!

Nessuno ignora quanto sia difficile, allo stato degli atti e delle conoscenze reali oggettive sulla stessa spesa, su cui tanto parliamo senza mai fare accertamenti definitivi, onorevole collega Pinto, onorevole collega Balbo, preparare un piano sanitario senza il quale non si potranno neppure impostare i piani sanitari regionali, senza il quale, dunque, fallirebbe quel presupposto della programmazione che noi abbiamo ritenuto essere un carattere distintivo e di novità di tutto il sistema, anche agli effetti della spesa in termini quantitativi e qualitativi. Io mi domando se sia un modo coerente di comportamento da una parte addossare al Governo ed alle autorità locali scadenze incombenti e dall'altra parte non fornire gli uni e gli altri, ed in questo specifico caso il potere centrale, degli strumenti necessari, attraverso la delega o attraverso altre soluzioni legislative, per poter operare con certezza di previsioni e di tempi almeno in relazione alla programmazione. Per questo,

onorevole Ministro, onorevoli colleghi, noi insistiamo: bisogna trovare una soluzione accettabile e funzionale all'articolo 59! Il resto è pura — e vana — polemica!

Ma poi esiste — e ho finito — la fascia della gestione. I relatori, con molto brio, hanno scritto nella loro relazione, in un modo forse nuovo per gli atti parlamentari, « perchè la riforma? E come la riforma? ». Ebbene io mi domando: quale il destino della riforma? Chi è il protagonista della riforma? Spesso ci sforziamo di andarlo a scoprire in questa o in quella categoria, in questa o in quella struttura. Non ci sono volontà di costruire cattedrali nel deserto, senatore Balbo: già troppe ne abbiamo costruite nel nostro paese! E forse qualcuno non ci ha neppure aiutato a non costruirle godendo dei limiti, ma anche delle possibilità non esercitate, dell'opposizione.

Io credo che sia auspicio di certezza, più che pessimismo, avere coscienza delle difficoltà e delle resistenze che abbiamo dinanzi; avere timore delle fughe in avanti; avere il coraggio, tuttavia, di non fermarsi; e sapere (sembrerà banale in un disegno ed in una strategia come quella che stiamo definendo, lo ripeto, certamente complessa e difficile) che ciascuno sarà, è protagonista purchè ciascuno al suo posto, con impegno.

È un'esaltazione predicatoria? È un'espressione moralistica? Io ritengo che sia testimonianza di una convinzione che nasce da una scelta etico-politica inscindibile dall'atto di volontà politica di approvazione della riforma che stiamo compiendo. Senza questo impegno tutto il resto è verbalismo; è camuffamento di interessi più o meno legittimi; è retorica.

Il Parlamento deve dire, mentre approva questa legge, che non serve la retorica della disponibilità; vi è bisogno di gente realmente disponibile, anche a costo di qualche sacrificio, perchè non c'è riforma nella storia, neppure questa, per quanto giustamente e largamente comprensiva nel difficile momento dell'avvio, che possa essere indolore. Le riforme indolori non sono mai state riforme perchè non hanno mai mutato nè i rapporti politici, nè i rapporti di potere, nè i rapporti burocratici che, al contrario, una riforma democratica deve rinnovare modificandoli strutturalmente. Noi distinguiamo tra riforma che « colpisce » o discrimina qualcuno volutamente — e questo non è — e la riforma che, pur non essendo indolore, è una riforma che mobilita la gente, gli operatori, le forze politiche, gli enti locali, ogni energia, dentro e fuori delle istituzioni. Onorevole Ministro, onorevoli colleghi, se noi dovessimo avere una risposta « burocratica » ai vari livelli in cui la riforma si andrà ad attuare, tra le stesse comunità locali, le stesse forze politiche, sociali, sindacali, professionali, incapaci, magari, di slacciarsi dalla presa dei propri vertici contro un rapporto di mero potere che spesso sostituisce un reale, aperto, vero confronto dialettico con le istituzioni e nelle istituzioni, a non lungo termine cadremmo, tra l'altro, nei rischi che denunciamo a carico di un sistema, quello mutualistico, che ha avuto una sua storia ma che è nato in un periodo ben lontano da quello in cui nasce, attraverso un processo di autocoscienza e di partecipazione democratica, la riforma che stiamo per approvare.

Ecco perchè è stato giusto prevedere nella legge la designazione negli organi di gestione delle unità sanitarie locali di cittadini che, pur non essendo partecipi dei consigli comunali, siano portatori di specifiche competenze, di positive esperienze, di adeguata rappresentatività. Ma sarà ancora più giusto, più rigoroso, più razionale che tutte le forze politiche e le forze sociali si ispirino nelle loro designazioni e nei loro comportamenti a due cardini fondamentali che in qualche misura si integrano e si sovrappongono senza eliminarsi l'un l'altro nel disegno del servizio sanitario nazionale che stiamo approvando: da una parte la partecipazione, che non può essere un fatto meramente sociologico e non può essere un fatto verticistico di base come troppo spesso siamo costretti a verificare; dall'altra parte quel volontarismo che noi, da cattolici democratici, non abbiamo certo nè timori nè complessi di inferiorità nel rivendicare come grande parte della storia assistenziale e sanitaria del nostro paese e che, in una accezione oggi più larga che diver-

samente lo colloca nella struttura, nell'economia, nel comportamento di uno Stato democratico, tuttavia resta punto fondamentale di riferimento perchè la riforma non soggiaccia nella sua attuazione e nel suo progressivo sviluppo alle tentazioni di devitalizzazione e di burocratizzazione che potrebbero coinvolgerla. Credo che partecipazione e volontarismo sul territorio e nelle istituzioni siano come non mai, senza esaltazioni retoriche, una garanzia democratica insostituibile, certo una garanzia non data in definitiva, una garanzia che è ancora in gran parte da costruire ma che è assolutamente irrinunciabile.

Ecco perchè, ringraziando gli onorevoli colleghi che hanno voluto avere la pazienza, certamente lunga perchè lungo è stato — e perdonatemelo, dopo tanti anni di impegno — il mio intervento; ringraziando tutti coloro che hanno offerto la loro generosa collaborazione all'avvio di un processo dialettico che oggi registra un grande momento unitario che dovrà proiettarsi anche nel paese; ringraziando i colleghi relatori e quanti hanno comunque cooperato, Governo, maggioranza ed opposizione, politici e tecnici, al risultato che stiamo per realizzare, liberamente lasciate che io possa auspicare che, poichè la credibilità delle istituzioni e il destino del paese sono inscindibili, noi, animati dalla stessa volontà politica anche successivamente, col nostro controllo legittimo e costituzionale sulle stesse articolazioni istituzionali della Repubblica, sulle autonomie locali, sul servizio sanitario nazionale, non commettiamo atti, non commettiamo errori, soprattutto non commettiamo imprudenti stacchi dagli impegni che stiamo prendendo. Sono convinto che qualunque riforma si può sbagliare e può, anche, nel tempo cadere, ma se sbagliamo « questa » riforma, per gli interessi vitali e per le speranze che essa coinvolge, probabilmente avremo un'irrecuperabile caduta della credibilità democratica di cui Dio sa se il nostro paese, particolarmente in questo momento, non abbia grande bisogno!

Ecco perchè il nostro appello finale alla volontà e all'impegno comuni è perchè la fase di attuazione, onorevole Ministro — e le saremo collaboratori —, e la fase successiva di gestione siano rigorose e insieme realistiche, progressive e sperimentali, in modo che la graduale attuazione della riforma possa essere essa stessa accettata e partecipata non come un dono gratificante (che tale non è, perchè è stata al contrario una conquista) elargito alla nostra gente, al popolo italiano, ma un momento essenziale e qualificante di quel processo di cambiamento di cui, pur fra contraddizioni, difficoltà ed incomprensioni, siamo, tuttavia, attori senza che nessuno di noi perda quelle individualità che, pur nel confronto, ciascuno vuole e deve difendere.

Dobbiamo avere coscienza (per la nostra parte riaffermiamo di averla) che questo radicale processo di cambiamento del sistema socio-sanitario si innesta, stimolandolo e qualificandolo, in un più vasto processo di riscossa e di crescita che il paese chiede. Nell'avvio di uno di quei « giri d'Italia » impropriamente detti, cui facevo riferimento, il nostro segretario politico, in un momento difficile, a Ravenna affermò in un messaggio a quel convegno che si trattava di impegnarsi « per una gara di civiltà ». Ecco, noi siamo convinti che pur nei limiti della legge che approviamo, pur nelle difficoltà e nelle resistenze che incontreremo, nella misura in cui saremo capaci di conoscerle, di affrontarle e di superarle in un confronto aperto e coraggioso, perchè leale con il paese, noi vinceremo una gara di civiltà. È una scommessa, una sfida, che facciamo con noi stessi. Ed anche con lei, senatore Pinto, che nella sua alta coscienza di medico mai, nella sua funzione di parlamentare, ha fatto prevalere interessi di parte; anche con il partito che autorevolmente rappresenta, nonostante le preoccupazioni lamalfiane che, giustamente, non può non avere — e che non sono soltanto sue, ma di tutti noi, perchè sappiamo che una caduta finanziaria della legge non potrebbe essere altro che la caduta della riforma —; anche con lei e con il suo partito, dicevamo, perchè anche lei, nonostante la preannunciata astensione del Partito repubblicano italiano, sa che questa riforma si doveva, si deve fare! Magari meglio? Insieme cominciamo a realizzarla; insieme portiamola criticamen-

te avanti; insieme avremo, non dico nella storia, ma nella cronaca dei nostri giorni, la soddisfazione di aver compiuto un dovere che è nato, come richiesta vitale, nella stessa autocoscienza del popolo italiano. (*Vivissimi applausi dal centro, dalla sinistra e dalla estrema sinistra. Congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . Dichiaro chiusa la discussione generale.

Sono stati presentati, oltre all'ordine del giorno n. 2 di cui è già stata data lettura, alcuni altri ordini del giorno. Se ne dia lettura.

P A Z I E N Z A , *segretario*:

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge n. 1291, con riferimento all'ultimo comma dell'articolo 36, afferma che la dizione « presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali » non preclude la possibilità, per i cittadini che fruiscono dell'assistenza sanitaria, di utilizzare secondo le proprie esigenze tutte le risorse termali italiane, indipendentemente dalla loro ubicazione in questa o quella Regione, in questo o quel territorio.

Il Senato altresì raccomanda al Governo che il servizio sanitario nazionale predisponga tempestivamente una convenzione unica nazionale con tutte le unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate aziende e stabilimenti termali.

9. 1291. 1 MINNOCCI, PITTELLA, CARNESELLA

Il Senato,

in riferimento all'istituzione del Consiglio nazionale sanitario e nel modo specifico ai criteri di rappresentatività e di competenza funzionale di cui al punto *c*) dell'articolo 8, auspica che il CNEL determini la propria rappresentanza previa consultazione delle varie componenti sociali e delle associazioni più rappresentative di categoria.

9. 1291. 3 BOMPIANI, PITTELLA, CRAVERO, CIACCI, RAMPA, COSTA, ROCCAMONTE, DEL NERO, BELLINZONA, GIUDICE

Il Senato,

impegna il Governo ad emanare gli opportuni provvedimenti affinchè sia permesso a tutto il personale sanitario laureato delle unità sanitarie locali (medici, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, ingegneri sanitari e psicologi) di seguire gli opportuni periodi di tirocinio scientifico nell'ambito delle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, e sia garantito il necessario aggiornamento professionale di detto personale.

9. 1291. 4 GIUDICE, CIACCI, COSTA, PITTELLA, ROCCAMONTE, CIRESI

Il Senato, preso atto delle direttive europee sulla libera circolazione dei farmaci;

ritenuto precisare che l'informazione scientifica sui farmaci può essere effettuata anche dalle ditte produttrici concedenti licenza in caso di carente attività dalla ditta concessionaria, autorizzata alla immissione in commercio,

invita il Ministro della sanità a prevedere in sede di regolamentazione della informazione scientifica la facoltà delle imprese concedenti licenza di fabbricazione a svolgere attività di informazione scientifica in caso di carenza della ditta concessionaria autorizzata all'immissione in commercio e per l'utilizzo di proprio specifico materiale informativo.

9. 1291. 5. DEL NERO, COSTA, TRIFOGLI, ROCCAMONTE, RAMPA, PINTO, MANENTE COMUNALE, PITTELLA

Il Senato,

impegna il Governo affinchè in sede di trattativa per il rinnovo del contratto degli ospedalieri siano stabilite norme, con decorrenza dal 1° gennaio 1978, per la omogenizzazione del trattamento economico e degli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presìdi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici con il trattamento economico e gli istituti normativi di carat-

tere economico delle corrispondenti categorie del personale degli ospedali generali.

9. 1291. 6. DEL NERO, COSTA, TRIFOGLI, ROCCAMONTE, RAMPA, PINTO, MANENTE COMUNALE, PITTELLA

P R E S I D E N T E . Avverto che gli ordini del giorno numeri 1, 3, 5 e 6 saranno trattati in sede di esame degli articoli cui si riferiscono.

Ha facoltà di parlare il relatore senatore Cravero.

C R A V E R O , *relatore*. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, l'anno scorso si svolse a Roma un convegno-confronto sull'organizzazione del pronto soccorso e dei problemi dell'emergenza, organizzato con la partecipazione dei rappresentanti di tutti i paesi aderenti alla Comunità europea.

Nel pieno del dibattito, mentre si discuteva dei mezzi più idonei per soccorrere gli eventuali sinistrati, ebbe luogo un'accesa discussione fra i vari rappresentanti italiani su chi dovesse gestire il servizio di emergenza, di chi fosse la competenza (Stato, regioni, province, enti locali, enti privati). Il moderatore, che mi pare fosse un belga, ad un certo punto interruppe lo scambio di opinioni dicendo che al cittadino non interessa sapere qual è l'ente deputato ad assisterlo ma come la risposta ad una domanda viene data, come si risponde con un servizio efficiente in caso di necessità. Questo, ritengo, è quanto ci chiedono oggi tutti i cittadini italiani, soddisfatti o meno — penso poco — dell'attuale assistenza, ed è quanto attendono e vorrebbero dal servizio sanitario nazionale che sta per nascere.

Al termine della introduzione il collega Merzario, che ringrazio — e questo è il primo dei ringraziamenti che faccio — per la leale collaborazione, e il sottoscritto chiesero ai colleghi il conforto critico con proposte costruttive. Il conforto l'abbiamo avuto — e questo è il secondo ringraziamento che faccio — ma proposte e alternative nessuna, come del resto era prevedibile, in quanto il dibattito culturale è ora ormai che si concluda. La mancanza di proposte è dovuta non a cattiva volontà, ma perchè tutti hanno sostenuto che la riforma è necessaria, che le leggi antecedenti alla riforma, che tutti abbondantemente abbiamo citato e che io non ricito, hanno innescato un meccanismo che ci impone di non arrestarci, di andare avanti e che non ci consente di tornare indietro.

D'altra parte non è solo questo che ci invita a mettere ordine tra la miriade di centri attualmente erogatori di assistenza sanitaria, per intenderci 8.500 enti mutualistici e 1.119 enti ospedalieri, ma è anche il fatto che spendiamo sempre di più e nessuno è contento del servizio che attualmente riceve.

È pur vero che la « prestazione malattia » ha assorbito nel 1975 più di un quarto della spesa globale in tutti i paesi della Comunità, come hanno detto alcuni colleghi che sono intervenuti nel dibattito, che la « aliquota malattia » è aumentata ovunque, tranne nel Regno unito, ma è altrettanto vero che, dividendo i paesi grosso modo in paesi più ricchi e paesi più poveri, l'Inghilterra, per esempio, con un reddito *pro capite* di 2.500 dollari, spende per la sanità il 4,20 per cento del suo reddito; la Germania, paese ricco, con un reddito *pro capite* di 5.449 dollari, spende il 6,54 per cento, cioè il 2,34 per cento in più del paese povero; l'Italia, con un reddito di 2.421 dollari, inferiore a quello dell'Inghilterra, spende il 5,19 per cento, quasi quanto la Germania, paese ricco.

Tutti gli oratori intervenuti si sono dichiarati convinti della necessità di questa riforma, però le risposte si sono divise in tre gruppi. Primo gruppo: i favorevoli senza i « ma », e si deve dare atto a questi colleghi di non aver adoperato toni trionfalistici, senz'altro inopportuni in questo momento, ma di aver ribadito il fatto che l'impalcatura che stiamo a discutere e, spero, per approvare è, anche se sintesi di varie opinioni, la più idonea per partire.

Secondo gruppo: i favorevoli con alcune perplessità e molti « però ». A questi cercherò di rispondere in breve io, su questo argomento, ed il collega Merzario su altri, in

quanto stiamo suonando un concerto a quattro mani. Terzo gruppo: i favorevoli al principio e non, in modo assoluto, al testo, che ringrazio per quanto ci hanno detto in questi giorni, ma che non posso ringraziare per il non contributo dato a causa della loro quasi istituzionale assenza in Commissione nei tre mesi del dibattito.

Toccherò ora brevemente alcuni punti che sono fonte di problematica all'interno di quest'Aula e fonte di disagio e di forti preoccupazioni al di fuori di essa, non so se più o meno motivata. Il tutto si incentra su due o tre argomenti. Il primo argomento è quello del ruolo medico. Voglio ricordare a tutti che, durante le trattative per il rinnovo del precedente contratto di lavoro per il personale ospedaliero, quello degli anni 1972-74, per intenderci, firmato nel giugno del 1974, vi fu il lodo Foschi-Guerrini che cercò di amalgamare le opposte tendenze a favore o contro il contratto unico. Tutte le parti — sottolineo tutte le parti in quanto io ero in una di queste componenti sindacali — accettarono che vi fossero degli aspetti peculiari, propri dei soli medici e tra questi elencarono per la parte legislativa unicamente quelli del rapporto di lavoro a tempo pieno e a tempo definito e quelli della libera professione.

Mi pare che nel testo di riforma, che attualmente stiamo esaminando, i due temi siano puntualmente indicati, specificati, segnati al punto 4) dell'articolo 47 e al punto 3) del successivo articolo 48; quindi le promesse sono state mantenute. Inoltre, sempre da parte dei medici (e il collega Balbo l'ha sollevata), c'è una forte preoccupazione di impiegatizzazione. Ora vorrei un momento fare un confronto fra la situazione presente e quanto leggo (forse mi sbaglierò) nel testo di riforma che stiamo licenziando.

Si è parlato di una paventata impiegatizzazione del medico, ma davvero non riesco a trovare in questo disegno la lampadina rossa che mi metta in allarme. Il medico di base ha un rapporto dipendente o convenzionato con libera scelta del cittadino, così come ora il medico condotto ha un rapporto dipendente o convenzionato e il medico generico ha un rapporto convenzionato, giusta la legge n. 349, la convenzione unica e l'attuale articolo 48 che nessuno vuole togliere; quindi tutto è mantenuto e previsto.

Secondo argomento: il medico ospedaliero ha un rapporto dipendente non da adesso ma dagli anni sessanta, quando per libera scelta dei medici ospedalieri si preferì rinunciare a un piccolo stipendio e ai compensi fissi a favore di un forte stipendio (che era allora forte, ora non più: parliamoci chiaro) onnicomprensivo dei compensi fissi. Mi pare che questo sistema sia tuttora compreso nel progetto di riforma.

Terzo argomento: l'esercizio della libera professione è disciplinato dall'articolo 47 così come era disciplinato prima, anzi è stato copiato integralmente dalla legge n. 349 di due anni fa, legge presentata dal collega Del Nero e da altri parlamentari tra cui il sottoscritto, legge che all'articolo 12 affermava quanto è ripetuto ora nell'articolo 47. E ricordo i vari telegrammi di ringraziamento che ci giunsero allora dalle categorie mediche contente per tale articolo e per il successivo ordine del giorno di impegno per il Governo e le regioni.

C'è ancora da affermare che se intendiamo — e questo bisognerà chiarirlo esattamente — il ruolo in un modo particolare questo particolare non c'è; ma, sempre al punto 2) dell'articolo 47, è scritto che l'assegnazione ai ruoli, e quindi anche a quello sanitario, sarà fatta tenendo conto delle funzioni, delle mansioni, della professionalità. Senz'altro è da ribadire — tengo a sottolinearlo, se ancora ne fosse il caso — che nessuno per ruolo professionale deve intendere la possibilità di cercarsi un angolino per propri ormai anacronistici privilegi, ma ruolo professionale deve essere la sintesi di esperienze e di capacità che come tale deve anche assurgere a reazione morale contro il parassitismo e contro lo spreco.

È pur vero — questo debbo sottolinearlo con altrettanta franchezza — che l'efficienza è stata spesso ingiustamente imputata a diverse origini e che si è anche affermato che efficienza è sostegno di ideali tecnocratici; ritengo che ciò non è vero, come cre-

do sia da rimeditare anche il falso concetto di uguaglianza, che qualcuno ha ridotto a un falso ideale, in cui di uguaglianza resta solo l'apparenza, mentre la sostanza potrebbe diventare grigiore, conformismo, mancanza di stimoli all'avanzamento individuale.

Come ho detto prima e ripeto adesso con altrettanta sincerità, a mio parere questo tema dell'uguaglianza non significa fare tutti le stesse cose, ricevere tutti lo stesso reddito ed abolire tutte le differenze, ma al contrario, fatta salva la comune, indispensabile, necessaria, onesta e auspicabile rete di sicurezza per tutti, significa la possibilità di garantire scelte diverse, ma scelte che siano frutto di capacità, non di privilegi personali. Questo per quanto si riferisce al ruolo medico e al settore medico.

Altro problema che è stato trattato lungamente (ricordo Pittella, Ciacci, Costa, Gatti, Pecorino, e mi scuso se ho trascurato qualche altro collega che è intervenuto) è quello ospedaliero. Gatti poi ha fatto una descrizione quasi drammatica, forse vera di quanto capita in molti ospedali; vediamo perciò come potrà essere il futuro, cosa si potrà cambiare con la riforma e cosa non si potrà cambiare. La legge n. 132, la cosiddetta legge Mariotti, all'articolo 2 poneva già i presupposti perchè l'ospedale si aprisse al territorio, abbassasse il ponte levatoio, ma purtroppo ciò è rimasto solo sulla carta. In più una mancanza quasi assoluta di programmazione (e a questo punto chi è senza peccato scagli la prima pietra) ha fatto sì che a dieci anni dalla legge di riforma ospedaliera, l'Italia ha mediamente 10,6 posti letto per mille abitanti — superiore al Belgio che ne ha 5,2, ai Paesi Bassi che ne hanno 5,4, all'Irlanda che ne ha 5,9 e inferiore solo all'Inghilterra che ne ha 11,8 — ma, mentre l'Italia nord-orientale ne ha il 13,2, quindi il 3 per cento in più, l'Italia centrale il 10,8, l'Italia nord-occidentale il 10,6, il Mezzogiorno e le regioni insulari hanno unicamente l'8,3 per cento; le discrepanze sono quindi all'interno del nostro territorio. D'altra parte l'Italia insieme alla Germania detiene il primato delle spedalizzazioni: nel 1975 abbiamo avuto 162 ricoveri ogni mille abitanti contro i 159 della Danimarca, i 141 dell'Irlanda, i 119 del Lussemburgo, i 106 dei Paesi Bassi e i 91 della Francia.

C'è da dire una cosa. L'ospedale penso che non si cambi con un colpo di spugna, si cambia con la volontà di tutti gli operatori di ogni ordine e grado di lavorare, e di lavorare seriamente. Parliamo allora di personale: infatti ritengo con Bompiani che ogni riforma che non tenga conto del personale medico e paramedico, di tutto il personale sanitario insomma, sia un vuoto monumento di prestigio. Occorrono quindi anche le riforme delle scuole e presto; contestualmente ormai è troppo tardi, però occorre farle; anche perchè è necessario che tutti sappiano che, nonostante la legge 386, che ha messo il blocco alle assunzioni ospedaliere, nel 1974 il totale dei dipendenti ospedalieri era di 240.000 unità, nel 1977, blocco permanendo, era di 325.000, cioè 85.000 unità in più pur con il blocco. Ma se analizziamo la qualità di questo personale abbiamo solo 9.000 professionali, tutto il resto è rappresentato da generici, ausiliari, da personale esecutivo, da personale amministrativo. D'altra parte bisogna tener conto — è sempre utile saperlo, e se ne è già parlato a proposito della legge 461 — che quando in questa Aula le regioni, per bocca di alcuni parlamentari, si lamentarono e si lamentano tutt'ora di parametri insufficienti o difformi e discordi nella spartizione del fondo ospedaliero, queste regioni sanno benissimo che nel riparto in base ai posti letto, in base alla popolazione, ne sono state privilegiate alcune che dovevano avere, per esempio, il 10 per cento e hanno avuto il 12, mentre altre regioni sono state penalizzate: dovevano avere per esempio il 10 per cento e hanno avuto l'8. Però se vogliamo andare più a fondo vediamo come i soldi elargiti in più non sono stati utilizzati (e lo dicono le cifre) per aumentare il personale medico o paramedico ma sono stati usati per aumentare il personale ausiliario, esecutivo principalmente, e amministrativo.

Si parla di riforma della facoltà medica; ho detto: è necessario farla. Però vorrei fare ancora un piccolo appunto. Io auspico e

credo (non sono ancora a conoscenza del definitivo progetto di legge), che questa riforma modifichi la tendenza passata; perchè in pochissimi anni ai 24 insegnamenti ufficiali e ai 22 complementari se ne sono aggiunti altri 86 di nuovi per 364 cattedre, cioè, con un riferimento dantesco, possiamo dire di aver diviso l'inferno in tanti gironi, al cento dei quali però c'è sempre il diavolo. Per quanto riguarda le scuole di specializzazione siamo arrivati a 519 scuole, solo il 35 per cento degli specializzati ha una sola specializzazione, mentre gli altri hanno conseguito 3, 4 o 5 specializzazioni in anni necessari per raccoglierne una sola; quindi è pur vero che la specializzazione attualmente non si nega a nessuno che si iscrive alla scuola, ma non si forma però lo specializzato. Questo è un dato di fatto di cui bisogna tener conto.

Su altri due punti vorrei brevemente soffermarmi: c'è un emendamento, che ho visto di sfuggita in questa pioggia di emendamenti che arriva, in cui mi pare venga riproposto quanto già prospettato in Commissione, cioè l'abolizione del punto 5) dell'articolo 47 in cui si dice quel che si dovrebbe dare al medico a tempo pieno: possibilità di ricerca, di didattica, di aggiornamento, di comando per perfezionamento. Ora, ritengo che, se il Parlamento, nella sua autonomia, approvasse tale emendamento abrogativo, verrebbe vanificato tutto quello che abbiamo fatto in questi dieci anni e che faremo nel futuro, perchè non si può considerare che il tempo pieno si riduca unicamente a lavorare 40 ore invece di 30 per un medico che ha rinunciato, per qualche ideale mal riconosciuto, ad una concezione a volte forse più mercantilistica della professione.

Mi rivolgo poi al Ministro per ricordarle che quando rifaremo, tra due o tre anni, quei contratti di lavoro omogeneizzati, perchè è necessario che si facciano, pur con diversi criteri in quanto c'è un articolo 48 per i convenzionati ed un articolo 47 per i dipendenti, dobbiamo evitare che si ripetano dei confronti che in questo momento si fanno e che sono a danno di tutti, che ingenerano sfiducia, perdita della volontà di lavorare, amarezza, rifugio in attività esterne, forse più redditizie, ma al di fuori dell'ospedale.

Onorevoli colleghi, non a caso abbiamo scritto nella relazione che il 1° gennaio 1979 non è un traguardo. L'amico Rampa ha detto poco fa invece che sarà un traguardo, forse di tappa. Io ritengo che sia una partenza vera e propria perchè fino adesso abbiamo preparato il terreno per partire, l'occorrente per i posti di tappa, ma la partenza deve ancora avvenire. Dobbiamo sapere che da quel giorno toccherà a noi, nel Parlamento e nel paese, rendere più credibile, più applicabile, più reale l'istituzione del servizio sanitario nazionale. Si è parlato del numero di leggi esistenti in materia, anche a livello regionale; nel solo 1976 in materia sanitaria sono state varate 809 leggi regionali e nel 1977 802, leggi che naturalmente dovranno essere amalgamate con quella che stiamo approvando in questi giorni, perchè da questo amalgama dovrà svilupparsi, mi auguro in modo positivo, la futura sanità italiana.

Il presidente Ossicini che ringrazio, così come ringrazio i colleghi della Commissione ed i funzionari che ci hanno aiutato, ha parlato, da medico, di cause, di sintomi, di terapia. Ora tutti insieme pensiamo di aver individuato le cause. Siamo partiti dai sintomi e poi, con molta tranquillità, con le strutture diagnostiche che abbiamo siamo arrivati alla individuazione della malattia ed infine delle sue vere cause. Ora si tratta di instaurare la terapia, che non deve essere sintomatica ma causale. Non possiamo più permetterci di tamponare disturbi che invece dobbiamo stroncare eliminando tutto ciò che di degenerativo ha determinato l'affezione. Per questo però — e lo ribadisco — c'è bisogno di tutti; tutti dobbiamo collaborare, utenti, medici, paramedici, operatori in senso generale, non in quanto tali ma come cittadini e dobbiamo avere gli strumenti idonei per poter operare, strumenti vecchi, ma soprattutto strumenti nuovi e strutture funzionali per andare avanti, strumenti sia centrali sia regionali sia locali.

Inoltre dobbiamo far sì che ciascuno, a tutti i livelli, specialmente a quelli periferici,

che avrà impegni nuovi, possa e debba imparare presto e bene il suo mestiere. In questo senso vedo anche realizzata quella che è e io intendo per partecipazione, la quale non deve essere uno *slogan*, una parola che dovrebbe risolvere tutto ma non risolve niente, uno sfogatoio pubblico, una cassa di risonanza per registrare consensi o dissensi. Deve essere l'assunzione di responsabilità reali, di obbligo diretto per l'attuazione di impegni sociali. Si deve creare un tipo di partecipazione che permetta, in un prossimo futuro, a tutti i cittadini la diretta gestione decentrata di determinati servizi con i diritti ma anche con i doveri, dobbiamo cercare insomma tutti di essere meno predicatori, anche se questi sono necessari, meno esploratori del futuro, non pensare tanto ai problemi del duemila quanto a quelli attuali, seppur con la memoria critica di quello che vale del passato.

In questa luce — e mi si permetta l'inciso — ho registrato con amarezza l'assalto alla diligenza di tanti gruppi, gruppetti, interessi particolari; il darsi da fare di tanti, forse troppi, zelanti portavoce, quasi che la riforma fosse da farsi per gli assistenti e non per gli assistiti.

Signor Presidente, le confesso che forse dovremmo avere molta paura, ma desidero invece avere la certezza che riusciremo, tutti insieme, a farcela.

Mi si permetta ora, prima di concludere, di ringraziare — forse abuso troppo di questo vocabolo — l'onorevole Tina Anselmi, ministro della sanità, che è stata definita la « madre della riforma », ma anche il « padre » il senatore Dal Falco: se oggi discutiamo e stiamo per varare un progetto di legge, questo, se pur con altri cinque, ricordiamoci che è stato presentato da lui. Per ultimo infine vorrei ringraziare il senatore Rampa perchè se è vero, come sentivo dire da bambino, che esiste il mal d'Africa, è pure altrettanto vero che esiste, forse, il mal di riforma e credo in questo caso che il mio collega ne sia affetto o afflitto da dieci anni a questa parte: gli auguro di cuore che il 1° gennaio prossimo possa finalmente guarire. (*Vivi applausi dal centro, dalla sinistra e dall'estrema sinistra*).

Per quanto riguarda gli ordini del giorno sono favorevole all'ordine del giorno numero 2 e al numero 4 che è nell'ottica di quanto vogliamo fare con la riforma, cioè aggiornare anche gli operatori.

P R E S I D E N T E . Ha facoltà di parlare il relatore, senatore Merzario.

M E R Z A R I O , *relatore*. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, nell'associarmi anzitutto alle espressioni di ringraziamento rivolte dal collega Cravero ai senatori intervenuti nel dibattito e che hanno reso stimolante quest'ultima fase del confronto sul disegno di legge 1291 mi sforzerò di non ripetere gli argomenti già affrontati dal correlatore, circoscrivendo la mia parte di replica sostanzialmente ai temi della prevenzione e della spesa, con alcuni limitati riferimenti ad aspetti collaterali ma sempre attinenti alle materie testè anticipate.

Dirò subito che considero meritevole di apprezzamento il fatto che la discussione generale abbia riservato un adeguato spazio alla tematica prevenzionale; se bene riflettiamo, l'aspetto più significativo che la riforma si propone di valorizzare è quello appunto di sottoporre a revisione critica la tradizionale politica sino ad oggi incentrata prevalentemente, per non dire esclusivamente, sulla diagnosi e cura, relegando gli interventi prevenzionali ad un ruolo subalterno. Sono anch'io del parere che la prevenzione non può essere intesa nè come una parola magica, invocando la quale si esorcizzano tutti i mali che affliggono il nostro assetto sociosanitario, nè come luogo comune privo del necessario supporto scientifico e culturale.

Dovendo contenere la replica in limiti ragionevoli di tempo, trascuro di offrire alla riflessione dei colleghi un supplemento di dati — oltre a quelli forniti dal senatore Ciacci ieri sera — comprovanti il triste primato della nostra realtà nazionale in materia infortunistica e di malattie del lavoro e in aggiunta ai dati esposti dal senatore Giudice sulle neoplasie e sulle malattie degenerative. Nonostante il permanere, anche in quest'Aula, di eccessivi timori nell'affrontare un

tema indubbiamente complesso e delicato, siamo chiamati finalmente a colmare una sfasatura tra i nuovi livelli di coscienza che sono andati maturando nelle forze sociali e il preoccupante ritardo nell'adeguare sia gli strumenti di intervento che certe norme antiquate del nostro ordinamento legislativo. È di dominio pubblico il riconoscimento che il vecchio sistema si è dimostrato incapace di contenere i processi di deterioramento ambientale, e altresì incapace di porre un argine al dilagare delle malattie eufemisticamente catalogate come prodotto dell'evoluzione civile: « le malattie moderne del progresso »! Noi riteniamo invece che quando si supera — e largamente — la soglia dei casi imponderabili sorge l'imperativo di evitare che il progresso si traduca in fenomeni di svilimento della persona umana con tutte le implicazioni di ordine sociale, economico ed anche morale che non sfuggono certamente alla sensibilità dei colleghi. Nè avrebbe molto senso continuare a registrare passivamente le ricorrenti ondate di emotività, di proteste corali quando scoppiano vicende clamorose e dolorose tipo Seveso, Manfredonia, Priolo Melilli, Porto Marghera, Ciriè e via elencando, servendoci magari degli asterischi collocati sulla mappa che abbiamo ormai disegnato nella nostra mente e senza poterci avvalere di ricognizioni ufficiali, giacchè persino le più artigianali tecniche di rilevazione epidemiologica sono state in questi anni sacrificate alle « competenze » o incompetenze, soprattutto ai dualismi ministeriali: il Ministro del lavoro che « pensa » all'interno della fabbrica, quello della sanità che « pensa » all'ambiente esterno. Le stesse lodevoli iniziative, promosse dalle organizzazioni sindacali, le esperienze pionieristiche avviate a livello territoriale e che hanno suscitato un vivo interesse potevano lasciare posto alla sfiducia, allo scoramento, al disimpegno se il problema non fosse stato collocato nella sua unitarietà interdisciplinare (tecnica e sanitaria) nei termini qui richiamati dai colleghi Pittella, Romei e Roccamonte. Anche se non dovrebbe più costituire motivo di sorpresa il permanente dissenso che esiste tra me e il collega Ruffino, non penso di urtare la sua suscettibilità, tanto è collaudata la reciproca franchezza, rilevando che non sono condivisibili alcune tesi sviluppate nel corso del suo intervento. Dai tempi di Ramazzini, pioniere della medicina del lavoro, teorizzatore del principio che la prevenzione ha un valore preminente rispetto alla cura delle malattie professionali, sono passati tre secoli e ci troviamo ancora qui in ritardo a comprendere che è molto più logico rimuovere le cause anzichè attendere che il danno si manifesti a malattia conclamata.

E in verità non sono pochi e nemmeno inoperosi coloro che si rendono interpreti di una pertinace ostilità a considerare utile il decentramento dei controlli e perciò indispensabile la interdisciplinarità degli interventi. Vorrei offrire alla meditazione dei colleghi tre soli dati che collocano l'Italia all'ultimo posto in Europa: una copertura assicurativa della popolazione attiva pari al 66 per cento rispetto alla media comunitaria del 90 per cento; siamo al primo posto per quanto riguarda la spesa assistenziale agli invalidi mentre investiamo soltanto lo 0,6 per cento del reddito nazionale per tutelare i lavoratori contro gli infortuni e le malattie professionali. Si parla tanto, in questi giorni, d'Europa, sappiamo quanto sia difficile e travagliato questo dibattito ma basterebbe por mente al fatto che mentre noi spendiamo lo 0,6 la Germania federale spende l'1,5, l'1,1 il Belgio, il doppio la Francia e così via. Conosciamo le obiezioni che vengono avanzate. Si dice: *a*) che la prevenzione comporta dei costi eccessivi e non ancora quantificabili; *b*) che la prevenzione sui posti di lavoro perseguirebbe finalità che trascendono la tutela della salute e potrebbero suscitare « turbative nel campo delle relazioni industriali » nonchè, si aggiunge, pesanti interferenze nella attività produttiva. C'è da augurarsi che il valore della salute non subisca tanta svalutazione da essere collocato in subordine a tornaconti socialmente meno nobili!

Chiedendo scusa dello schematismo mi permetterei di osservare: quanto costa la mancata prevenzione in termini di invalidità, di tecnopatie, di assenteismo, di indennità risarcitorie? Cosa turba di più, il con-

trollo sulla nocività, sugli stati inquinanti o le inchieste giudiziarie che vengono promosse all'indomani di eventi luttuosi e che scuotono la sensibilità delle masse popolari e dell'intero paese?

C'è infine da chiedersi se è prova di saggezza oppure di insipienza riservare, come avviene in Italia, meno di 100 miliardi alla prevenzione rispetto ai 12.000 miliardi della spesa sanitaria complessiva.

Questo inciso mi consente di passare subito al costo della riforma di cui hanno parlato con accentuazioni diverse, ma con uguale spirito costruttivo e, vorrei aggiungere, senso di responsabilità molti colleghi e tra gli ultimi il senatore Rampa, ultimo in ordine cronologico perchè è noto il suo contributo in questo settore. Quando si guarda alle prospettive della spesa sanitaria si finisce per sorvolare con eccessiva disinvoltura sui fattori involutivi che hanno determinato l'ampiezza del volume monetario e la non corrispondenza al quadro nosologico del paese. Sarà frutto di ostinata convinzione personale, ma mi permetto nuovamente di insistere: soltanto portando ad unitarietà i momenti organizzativi e gestionali si può scongiurare il rischio, più volte paventato nel dibattito, che i vantaggi siano notevolmente inferiori agli investimenti e all'uso corretto delle risorse nazionali.

Ho visto soltanto stamane, dal momento che il senatore Ciacci ne aveva parlato nel suo intervento di ieri, il rapporto dell'AREL che sottopone — credo tardivamente — a vaglio critico il testo di legge che ci apprestiamo a licenziare. Usando maggiore prudenza non mi sento di azzardare giudizi sommari, ma da illustri colleghi che si propongono « di qualificare » — ho letto nei compiti istituzionali — « l'attività legislativa del Senato » (e quindi dovevano arrivare un po' prima rispetto ai tempi di elaborazione nostra), ci si poteva attendere almeno una risposta a questo interrogativo.

Nel testo al nostro esame vi sono oppure no i presupposti affinchè l'analisi dei costi-benefici non si concluda più con la divaricazione del primo termine rispetto al secondo? Infatti questo e non altro, onorevoli colleghi, è il problema che ogni forza responsabile deve porsi, dispiegando poi una adeguata volontà politica per avviarlo a soluzione.

Alcuni colleghi, invece, che pure hanno partecipato attivamente al lavoro spesso ripetitivo — perchè non dirlo? — della elaborazione preliminare di questo provvedimento, hanno qui elencato tanti timori, tante riserve e pronostici pessimistici da superare largamente il numero degli articoli approvati con il loro consenso e talvolta con le loro proposte di modificazione. Non soddisfatti, come diceva dianzi il collega Craveiro, vanno confezionando *in extremis* ulteriori tentativi nell'intento di calamitare tutte quelle richieste categoriali che pullulano attorno alla riforma sanitaria.

Io non dirò, onorevoli colleghi, onorevole Presidente, che è sempre più agevole ricoprire un ruolo di spettatori critici piuttosto che misurarsi da protagonisti impegnati in siffatta ardua impresa riformatrice; ma se è lecito guardare alle incerte prospettive con la dovuta cautela, evitiamo almeno di dare un colpo di spugna assolutorio ai guasti che sono davanti agli occhi di tutti, ignorando che non ci proponiamo di uscire da un sistema privo di incrostazioni, ma più semplicemente di invertire una tendenza alla spesa improduttiva e assurdamente svincolata da ogni regola di controllo e di governabilità. Altrettanto ragionevole mi sembra la raccomandazione a non trascurare un fattore che i pochi esperti di economia sanitaria non possono mai includere nelle loro statistiche sulla cosiddetta industria della salute: il costo delle sofferenze umane, la mortificante emarginazione delle categorie più deboli, la piaga dilagante degli stati invalidanti, il diffuso ricorso ai palliativi assistenziali che diventano regola anzichè eccezione, come mi sono sforzato due minuti fa di documentare. Se oggi conveniamo, pur partendo da angolature visuali diverse, che il processo di crisi che travaglia l'assetto economico e sociale del nostro paese è il portato di un modello di sviluppo contorto e disordinato, è conseguenziale riconoscere che il settore sanitario non poteva non risentire, riflettere, manifestare le stesse contraddizioni negative essendosi rivelati evi-

denti i limiti strutturali di un sistema oramai inidoneo, da una parte, a fronteggiare l'insorgenza di malattie degenerative nelle aree a forte concentrazione urbana e industriale e, dell'altra, a circoscrivere le manifestazioni epidemiche in larghe fasce territoriali ove la disgregazione economica si salda purtroppo alla precarietà dei servizi igienico-sanitari.

Non dimentichiamo mai che quella che viene definita la patologia del sottosviluppo penalizza in modo iniquo vasti settori della popolazione meridionale e delle isole per tutto l'arco della vita, dalla mortalità perinatale fino alle condizioni di vecchiaia precoce! C'eravamo sforzati, nella relazione scritta, di evidenziare taluni fenomeni collegati alle cause più generali del dissesto sanitario, ma forse gli aspetti contingenti hanno dirottato la maggior parte del nostro interesse non consentendoci così di cogliere appieno gli elementi di novità introdotti nel disegno di legge, novità che possono dischiudere significative potenzialità ai fini di contenere e qualificare la spesa per la salute. Basterebbe d'altronde porre occhio alla pesante eredità che ci ha lasciato il sistema mutualistico per ricavare motivi di meditazione meno inficiati da pressappochismo: nel giro di un decennio la spesa complessiva ha superato i 33.000 miliardi rispetto ai 27.000 di entrata per il solo regime assicurativo. E per coprire il crescente disavanzo si è fatto ricorso (e molti neofiti rigoristi queste cose non le hanno mai dette) due, tre, quattro o più anni fa a spericolate operazioni bancarie dando vita ad una spirale perversa di indebitamento progressivo, nonchè a misure di ripiano straordinario attingendo, come sempre è capitato nel nostro paese, alle casse previdenziali, cioè ai fondi del lavoro dipendente. E come sempre il dato globale nasconde realtà alquanto difformi e differenziate, cosicchè gli interventi pubblici di sanatoria hanno coperto il *deficit* mutualistico dei lavoratori nella misura del 16 per cento, mentre le gestioni delle categorie autonome — dal senatore Ruffino definite ieri « modello di efficienza » — hanno richiesto un concorso del 50 per cento.

Non tedierò i colleghi, soprattutto a quest'ora, con specificazioni dettagliate, limitandomi a richiamare la loro attenzione sulla dinamica ascensionale che ha subìto il consumo dei farmaci, delle analisi cliniche, degli accertamenti radiologici, delle visite mediche ambulatoriali, per non accennare alla esorbitante pratica del ricovero ospedaliero, di cui ha parlato pochi minuti fa il collega Cravero.

Ecco, a rendere certo ed inconfutabile il fatto che non esiste alcuna motivata correlazione tra condizioni di salute della popolazione italiana e il ricorso sfrenato ai servizi sanitari disponibili, potremo riproporre qui il tema che le prestazioni vengono amplificate in rapporto alla densità dei medici, così come il numero di giornate di degenza *pro capite* aumentano con l'incremento dei posti letto nei nostri nosocomi.

Ciò spiega allora perchè nel giro di alcuni anni le prescrizioni farmaceutiche sono aumentate dell'80 per cento, gli accertamenti radiologici del 50 per cento, gli esami di laboratorio sono più che quadruplicati e altrettanto sproporzionato risulta il ricorso alla « specialistica » e al ricovero ospedaliero. Per rispondere alla domanda un tantino provocatoria ma giusta, perchè ha colto nel segno, del senatore Ciacci, credo siano questi i nodi che occorre sciogliere positivamente con la riforma cominciando subito da questa prima fase propedeutica alla istituzione del nuovo servizio sanitario nazionale.

Nella discussione si è fatto altresì cenno all'educazione sanitaria di massa e tale richiamo può indubbiamente soddisfare una esigenza che noi riteniamo di palpitante attualità, però ci si deve liberare dal ricorrente equivoco di giudicare l'ultimo anello della catena, forse l'anello più debole che è quello « dell'utente consumatore ». Al di fuori di ogni facile contorsionismo dialettico, onorevoli colleghi, e senza ricorrere a furbizie di sapore giustificazionistico, non è forse vero che la distorsione dei consumi è stata esaltata (mi rivolgo in particolare — con animo scevro da ogni pregiudizio — ai colleghi medici intervenuti così numerosi nel dibattito in Commissione e in Aula) dalle caratteristiche di un modello assistenzia-

le che rimetteva alla discrezionalità del medico il potere di esprimere la domanda invece di contenerla, in ossequio all'assioma, sovente enfatizzato, della cosiddetta « scienza e coscienza »? È davvero fuori luogo ricordare che la dilatazione della domanda, e la sua caduta qualitativa affondano le loro radici nel sistema risarcitorio che intendiamo tutti assieme, mi auguro, riformare? Vale forse la pena da questo punto di vista completare l'accenno fatto ieri dal collega Minnocci a un argomentato parere espresso dal CNEL sul progetto di riforma. Il parere consiliare diceva: « Gli elementi degenerativi sono infatti intimamente legati non solo al permanere della divisione verticale dell'intervento e della settorialità degli enti e strutture sanitarie, ma anche dal proliferare degli interessi parassitari e delle rendite di posizione a tutti i livelli e in tutti i settori ». Mi permetto di aggiungere un altro frammento che mi sembra ancora più significativo: « È questa la conseguenza inevitabile di un sistema incapace di autopropulsione, soggetto a spinte e controspinte di vari gruppi corporativi, privo di autorità politica, sganciato dalla partecipazione dei cittadini, soggetto quindi al burocratismo e alla elefantiasi ».

Non è mia intenzione introdurre in queste note di replica forzature di segno polemico perchè diventerebbe alquanto sterile la disputa attorno al quesito se è stato il « sistema » a guastare la professione medica o viceversa.

In qualche intervento è stato possibile cogliere un reiterato appello alla « libertà professionale », sovente ignorando che il testo in esame è tutt'altro che punitivo o mortificante di un diritto che va comunque contemperato con l'interesse di un servizio pubblico che ha bisogno di regolamentare il rapporto diretto e convenzionato attraverso oggettivi parametri di compatibilità. Ma è davvero incombente la minaccia di veder cancellato il « legame umano con il paziente », così come si sono espressi alcuni colleghi? Anche ammettendo, in via del tutto ipotetica, che tale pericolo sussista, l'eventuale separazione è connaturata alla normativa di questa legge o non piuttosto alla consolidata pratica cottimistica di questa fase preriformatrice che registra una media nazionale di 42 visite giornaliere, con punte che arrivano a 80 e che si riducono, alla fine, a certificare una raffica di prescrizioni scarsamente rispondenti al bisogno terapeutico?

Nè ci è sembrato molto sostenibile, onorevoli colleghi — e mi avvio alla parte conclusiva — la tesi secondo la quale, garantendo incontrollati spazi alla presenza privatistica, si otterrebbe un antidoto al progressivo analfabetismo medico di ritorno e al mancato aggiornamento. Francamente non ci pare che si possa ottenere una rivalutazione del livello medio, scientifico e culturale, invocando il beneficio dei soli incentivi economici e con ciò ignorando il fatto che, così come è andata configurandosi, la medicina moderna (lavoro routinario, spinta mercantile al consumo, totale insofferenza al lavoro di gruppo e alla sperimentazione d'*équipes*) è causa ed effetto insieme del lamentato decadimento della più autentica e genuina professionalità; professionalità, giova sottolinearlo, che non sta tanto nella targa di ottone dell'ambulatorio reclamizzante molte « specialità », ma nel modo in cui si fa medicina, nel modo in cui ci si prepara, ci si aggiorna, cercando di rinnovare le proprie cognizioni farmacologiche e di adeguare la prassi biomedica. Invece di mitizzare il concetto di « libera scelta » si dovrebbe operare un contenimento del fenomeno attrattivo esercitato oggi dai pochi, e non sempre validi, istituti scientifici riducendo così a giusta dimensione l'ingiustificato pendolarismo degli « utenti ».

Riprendendo un argomento già trattato con riconosciuta competenza dal professor Bompiani, viene da chiedersi se non convenga individuare nella molla economicistica la spiegazione più rilevante dell'ingolfamento delle nostre facoltà di medicina e della stessa spaventosa previsione che continuando un uguale tasso di iscrizioni avremo tra pochi anni sul mercato un'eccedenza di 100.000 medici, cioè a dire uno ogni 215 abitanti, mentre la stima ottimale europea si aggira attorno a uno ogni 675. Io non credo alle vocazioni spontanee; vivo in una città, Varese, dove con un troncone di una

università abbiamo avuto 1.400 iscritti. Anche in una provincia altamente industrializzata è chiaro che, essendovi una facoltà di medicina e chirurgia, la « vocazione » viene incentivata e la prospettiva per molti giovani è di pensare che a 28 o a 30 anni si possano costruire la villa e andare avanti come medici della mutua, creando sperequazioni che sono veramente offensive per chi svolge un'attività produttiva.

Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, se mi sono permesso di indugiare qualche minuto in più su questo argomento è perchè in modo tacito o palese, al di là dell'interessato tatticismo che il confronto ha finito per evidenziare, determinando non pochi momenti di vivacità polemica, è qui che risiedono le ragioni più vere dei nostri contrasti.

Nel ringraziare i colleghi che hanno ritenuto di attribuirci doti di equilibrio, di obiettività, di spirito di comprensione nell'assegnare alle varie tappe riformatrici la necessaria gradualità, vorrei tuttavia che non si offuscasse l'impegno a procedere tutti assieme con altrettanta determinazione, se mi consentite con una maggiore e più puntuale coerenza. Anche nei momenti di più acuta tensione abbiamo sostenuto che erano infondate le preoccupazioni avanzate da alcuni settori che si ritenevano vittime predestinate del cosiddetto processo di ibernazione burocratica. Altrettanto censurabili sono state e sono certe forme di lotta selvaggia intraprese da alcune categorie e alternativamente miranti alla iper-ricettazione a carattere ricattatorio o alla paralisi di un servizio tanto delicato sotto il profilo sociale e della civile convivenza.

Il collega Romei ritiene che la responsabilizzazione delle coscienze si possa conseguire attraverso misure restrittive dell'esercizio dell'azione sindacale; mi pare che in tal senso siano stati annunciati emendamenti e ordini del giorno. A prescindere dall'accoglimento o meno di queste proposte, che sarà deciso ovviamente dall'Assemblea, si tratta di un tema che non si può liquidare con appelli dal sapore moralistico e nemmeno con pregiudiziale insofferenza rispetto ad un dibattito politico e culturale che deve continuare e concludersi con molto senso di responsabilità. Ma, vedete, sono state dedicate colonne di piombo all'agitazione del personale sanitario generico e non parlo delle frange autonome che mestano nel torbido trovando troppe e compiacenti coperture, ma alludo alla circostanza che i giornali di ieri e di oggi non si dimostrano minimamente turbati dallo sciopero di alcune categorie mediche, forse perchè si dà illimitato credito alla motivazione, un po' ridicola, che si tratta di una lotta a sostegno della riforma sanitaria, uno stimolatore della cosiddetta classe politica che, « assenteismo » a parte, se ne sta occupando da 94 giorni consecutivi qui al Senato della Repubblica.

Scusandomi e chiudendo subito l'improvvisata parentesi polemica, ritengo che la questione vada affrontata in modo serio e costruttivo. Avendone parlato in quest'Aula in altre occasioni, credo che non sia lecito sospettare tracce di ipocrisia o calcoli strumentali nella nostra costante esortazione tendente a dimostrare che questa riforma non sarebbe praticabile e attuabile senza o, peggio, contro gli operatori sanitari. Con altrettanta franchezza però aggiungiamo che la riforma non può essere ritagliata su misura, a pennello, dei medici, ma deve corrispondere alle attese, ai bisogni della collettività, di cui certo il personale sanitario, senza discriminazioni, è parte integrante e decisiva, se vogliamo assicurare il regolare decollo e il funzionamento del servizio sanitario.

Se in questa sede è utile dissipare alcuni equivoci artificiosi, fuori del Parlamento diviene necessità interrompere i processi alle intenzioni, i deteriori tatticismi per dirottare sulle forze riformatrici le responsabilità delle scelte che ci apprestiamo ad operare con questa legge.

Ora — il collega Pinto lo sa benissimo — non siamo mai stati insensibili o disattenti alle sue raccomandazioni, a quelle del Partito repubblicano; ma sarebbe auspicabile che tanto rigore non diventasse unilaterale quando si giudicano le rivendicazioni del personale infermieristico o dei medici ospedalieri a tempo pieno, mentre per altre richie-

ste, ben più onerose, si presta talvolta il fianco alla pretesa di trasformare la riforma in un contenitore di spinte irrazionali, disegno — diciamolo pure — marcatamente corporativo! Semmai vediamo di tradurre le brillanti esercitazioni teoriche in coerenza comportamentale, mettendo un freno a quelle stravaganti sollecitazioni cui siamo stati sottoposti quotidianamente qui al Senato e che, se accolte in modo acritico, magari per nostalgie clientelari, ci renderebbero corresponsabili di infittire, anche nel settore sanitario, una giungla abbastanza intricata, che al contrario richiederebbe coraggiose misure di bonifica, di risanamento per riequilibrare trattamenti normativi, economici e giuridici eccessivamente sperequati.

Anche per questo, onorevole Ministro, bisogna concludere subito, senza indugi, le partite che sono ancora aperte di carattere contrattuale e da troppo tempo esposte ai ripensamenti e alle tattiche dilatorie. È proprio perchè conosciamo ed apprezziamo gli interessanti fermenti che vanno manifestandosi in larghi settori della medicina pubblica, che abbiamo giudicato un passo significativo quello rappresentato dal nuovo codice deontologico dei medici, sempre che non abbia ad esaurirsi in un saggio culturale fine a se stesso, ma diventi uno strumento regolatore della prassi interpersonale, non dissociabile da un corretto rapporto sul piano sociale. E che ci sia bisogno di una svolta è lo stesso ordine dei medici a ricordarlo quando — cito testualmente — afferma: « La degradazione del costume civile ha ormai investito il settore della medicina rompendo gli argini e trasformando alcuni medici in zecchiatri, cioè professionisti inclini piuttosto al facile arricchimento che a lenire sofferenze ». Si tratta di un giudizio assai severo, anzi troppo severo, che noi stessi avremmo formulato in modo più articolato, individuando meglio le cause e le responsabilità cui far risalire il processo di usura e di sfilacciamento del vecchio assetto sanitario.

Condividendo sostanzialmente le valutazioni espresse dai colleghi Rampa, Pittella, Giudice, Ciacci e dallo stesso senatore Balbo, circa l'attuale frantumazione delle competenze e lo scollamento dei servizi, poco mi resta da aggiungere. Mi sono chiesto più volte come mai, tra tanti studi elaborati da esperti di indubbia serietà, nessuno ha ritenuto di farsi carico di quantificare la miriade di enti, istituzioni, presidi, gestioni, casse, fondi che operano nel settore senza il più elementare coordinamento, ognuno svincolato da rapporti collaborativi, fuori da qualsiasi logica programmatoria per conferire incisività agli interventi, produttività alla spesa, concretezza agli obiettivi e reale difesa, che è quella che maggiormente conta, dei livelli di salute.

Torno a ripetere che sono certamente legittime le domande di chi guarda con moderato ottimismo o con realistica preoccupazione a questa riforma. Credo sia comune in tutti noi la consapevolezza che non sarà impresa facile modificare, assieme a vecchie anchilosate strutture, una altrettanto viziata mentalità intimamente legata a schemi di egoismo individuale e non permeata da sani princìpi solidaristici. Mentre si susseguivano gli interventi, ancora oggi, alcuni colleghi sono venuti a soffiarci nelle orecchie battute, che ormai conosciamo, sul testo che stiamo discutendo; qualche battuta è scherzosa e garbatamente provocatoria; qualcun'altra tende ad avere risposte rassicuranti; qualcun'altra ancora appartiene alla famiglia dei luoghi comuni ed infine vi sono le posizioni di ostilità per principio, per interessi corposi e non certo per le pecche di tecnica legislativa sempre rintracciabili in un disegno di legge.

Non volendo fare di ogni erba un fascio, è sufficiente a nostra volta osservare: perchè mai, in quindici anni, nessuno ha avuto la fantasia, la capacità, il tempo, la volontà politica per predisporre un testo migliore? Perchè si aspetta il 13 dicembre del 1978 per improvvisare una non ben definita filosofia di una corretta, moderna, democratica, « libertaria » riforma sanitaria? Quando avremo una risposta a tale quesito, saremo anche noi maggiormente stimolati a vedere quante e quali smagliature di tecnica legislativa abbiamo provocato.

N E N C I O N I . Aspettavamo il senatore Merzario.

M E R Z A R I O , *relatore*. No, aspettavamo il senatore Nencioni, o un rappresentante del suo Gruppo, che nessuno ha mai visto in Commissione e che in Aula si è permesso di fare un intervento paventando questo oggetto misterioso rappresentato dall'unità sanitaria locale (articolo 15). Forse non ha avuto il tempo — non gliene faccio una colpa — non dico di leggere il nuovo testo, che è diverso rispetto allo stampato originario pervenutoci dalla Camera, ma di ascoltare il collega Mancino che con molta lucidità ha dimostrato che non si tratta di un oggetto misterioso. Il nuovo articolo è stato definito accogliendo le indicazioni suggerite dalla 1ª Commissione. Capisco che quando si vuole giustificare un intervento ci si può arrampicare anche sui vetri, ma, riconoscendo questo fatto nuovo, bisognava auto-censurarsi rinunciando al discorso dal momento che è stato impostato sulla presunta impossibilità di applicare un articolo che è stato profondamente modificato con il consenso di tutti i Gruppi parlamentari. Talvolta si sconta anche la pigrizia.

N E N C I O N I . Vede che sono stato capace di far parlare anche del mio intervento, dato che mi aveva dimenticato?

M E R Z A R I O , *relatore*. Comunque ne avrei parlato, in generale, alla fine, anche se questa anticipazione non mi esalta perchè sarebbe più saggio non tener conto delle sollecitazioni di chi preferisce essere latitante dall'impegno per riservarsi certi *exploits* in Aula!

Per venire alle conclusioni, se nella relazione abbiamo inteso sottolineare che il modo più corretto per dare sostanza al disegno costituzionale è quello di tendere a realizzare uno Stato assieme unitario e decentrato, è perchè ci sorregge la convinzione che nel settore della sanità, forse in modo più pressante che in altri, occorre favorire l'apporto originale e creativo degli organi elettivi a livello locale, stimolando la responsabilità diretta dei cittadini nella gestione della salute.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, ci era sembrato doveroso, all'inizio di questa replica, accennare al contributo stimolante venutoci dalla discussione generale. Non si è trattato di una formula rituale o accattivante per non cogliere la problematicità o il senso critico di qualche intervento. Come relatori non potevamo peraltro arrogarci la pretesa di fornire risposte conclusive tanto dettagliate e categoriche da rasentare la stucchevole saccenteria di chi ritiene di possedere la verità perentoria in tasca. Probabilmente molti colleghi della Commissione sanità hanno avuto maggiori occasioni per liberarsi più agevolmente dai lacci del dubbio o della relativa sfiducia, partecipando alla ridefinizione del testo pervenutoci sin dal 22 giugno dalla Camera dei deputati. È comprensibile quindi che altri colleghi, non avendo ritenuto opportuno o potuto seguire lo sforzo elaborativo, intendono esercitare il loro diritto-dovere, che a nessuno deve essere contestato, di avanzare osservazioni e proposte emendative.

Senza anticipare nella replica eventuali pareri di merito che troveranno la sede più idonea nella successiva fase dibattimentale sull'articolato, ci sia almeno consentito concludere con una sottolineatura di rilievo procedurale. Già nel corso dei 17 interventi svoltisi in Commissione durante la discussione plenaria risultò esplicito l'impegno di apportare soltanto dei perfezionamenti al testo legislativo licenziato dall'altro ramo del Parlamento, in considerazione del fatto che lo sforzo di condurre a sintesi cinque disegni di legge diversamente strutturati aveva richiesto diciotto mesi di intenso lavoro e centinaia di riunioni, pervenendo, alla fine, ad una significativa convergenza dei Gruppi della maggioranza. L'impegno da noi assunto a non stemperare le fondamentali caratteristiche della legge-quadro non ci ha tuttavia impedito di sottoporre ad attenta verifica le varie proposte; di apportare molte modifiche di carattere formale, semplici aggiustamenti di lessico giuridico o letterario; di accogliere le giuste osservazioni avanzate dalle forze sociali più rappresentative, senza mai intaccare la nostra autonomia decisionale; di recepire i suggerimenti delle Commissioni permanenti, in primo luogo della prima e

della quinta, ma anche delle altre Commissioni chiamate ad esprimere il loro autorevole e confortante parere positivo al testo. Intendo dire che se il dibattito è stato, e lo è stato certamente, ricco di spunti costruttivi, di stimoli incoraggianti, potrebbe avere un effetto paralizzante la riproposizione di ipotesi emendative che non tenessero sufficientemente conto delle fasi di approfondimento e di chiarificazione, attraverso un ravvicinato confronto su ogni articolo per non dire su ogni parola del disegno di legge. Dopo che il testo è stato sottoposto a ben sei trafile diventerebbe un lusso ogni velleità di esasperato perfezionismo.

I relatori, non certo per chiusura mentale o per settarismo, non intendono abusare della loro facoltà per tentare nuove mediazioni compromissorie che, a questo punto, rischierebbero di infirmare il difficile lavoro della Commissione, lavoro che è stato coordinato con equilibrio e saggezza dal presidente Ossicini e facilitato dall'assistenza tecnica offertaci dai valenti collaboratori della segreteria.

Oltre a queste cordiali raccomandazioni, vale quanto anticipava prima il collega Cravero: la legge rappresenta solo l'avvio di un graduale processo riformatore e richiederà ulteriori momenti di verifica ricavabili dall'indispensabile sperimentazione. A noi sembra che il testo al nostro esame contempli già sufficienti garanzie per imprimere un nuovo corso alla politica di sicurezza sociale ed è questa la ragione che ci spinge a rinnovare l'auspicio perchè sia assicurata, onorevoli colleghi, la vostra convinta adesione, sorretti dalla fiducia di potere assegnare il merito, anche alla nostra Assemblea, di aver corrisposto alle attese e alle speranze del nostro popolo e di aver onorato, dopo trent'anni, un dettato sancito dalla Costituzione repubblicana nata dalla Resistenza. (*Vivi applausi dal centro, dalla sinistra e dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . Ha facoltà di parlare il Ministro della sanità.

* A N S E L M I T I N A , *ministro della sanità*. Onorevole Presidente, onorevoli senatori, devo anch'io, e non in modo formale, ringraziare sinceramente i due relatori senatori Cravero e Merzario per il lavoro intelligente, faticoso, diligente, con il quale hanno reso possibile, assieme ai senatori componenti la Commissione sanità del Senato, giungere questa sera al varo di una riforma — quella sanitaria — che è stata inserita tra gli impegni del Governo, che è stata voluta dalle forze politiche e parlamentari, che è attesa dal paese. Onoriamo questo impegno, sapendo che esso va incontro ad una esigenza che nel paese si è espressa e si esprime, ad una richiesta dei cittadini, la richiesta di tutelare meglio, con più efficacia, quel bene essenziale che è la salute.

Il ringraziamento che qui voglio fare non può ignorare il contributo che a questo testo ha dato il mio predecessore senatore Dal Falco; un contributo nella stesura del disegno di legge del Governo, un contributo intelligente e impegnato in quella prima fase di lavoro presso la Commissione competente della Camera che doveva accogliere in un testo unificato il disegno di legge del Governo e le proposte d'iniziativa parlamentare.

Noi questa sera siamo qui ad esprimere un giudizio sul lavoro fatto per rimarcare soprattutto un'idea e cioè che, al di là del testo che il Senato in questi giorni approverà, noi non iniziamo il processo di riforma sanitaria, nè lo concludiamo con l'approvazione di questa legge. In realtà la riforma sanitaria è già in cammino, per alcune parti, nel nostro paese. Il superamento del sistema mutualistico, la stessa convenzione unica con il passaggio dalla notula alla quota capitaria, la preparazione delle altre convenzioni, sono tutti fatti che già si pongono in direzione della costruzione del nuovo assetto sanitario. Ma questo testo che noi variamo e che va a dare una cornice ai momenti già iniziati della riforma, è esso stesso una tappa, non un traguardo, di quel cammino verso la realizzazione di una nuova politica che, a partire dall'approvazione dell'istituzione del servizio sanitario nazionale, dovrà essere oggetto del nostro impegno, della nostra pas-

sione, perchè lo sforzo fin qui fatto non venga vanificato, non venga svuotato da una applicazione non adeguata della riforma che questa sera abbiamo al nostro esame.

Dobbiamo, attraverso questo testo, realizzare il nuovo servizio sanitario del paese; un servizio che si realizza nell'esaltazione del momento del decentramento, dando poteri nuovi ai comuni, realizzando un rapporto, attraverso la programmazione, tra regioni e Stato centrale. È per questo che, proprio guardando a tale disegno, noi dobbiamo partire anche dalla considerazione che la creazione di un nuovo sistema esige la creazione di nuovi strumenti. Desidero pertanto ricordare l'esaltazione del comune che si vede qui affidati compiti e responsabilità nuovi, esaltanti; il momento della creazione dell'unità sanitaria locale; i nuovi compiti di programmazione che alle regioni sono affidati ed insieme il ruolo nuovo che il Ministero della sanità deve assumere rispetto ad una politica che, se vede decentrati il potere e le responsabilità ad organi attraverso i quali si gestisce la salute, deve vedere il Ministero della sanità rendersi qualitativamente capace, idoneo per una funzione di indirizzo e di programmazione che appunto ne cambia la fisionomia, ma che non per questo ne riduce il ruolo, l'importanza, che anzi risultano esaltate dall'attribuzione del potere di indirizzo e di programmazione.

Ebbene, è proprio in considerazione di questi nuovi compiti, ed anche a premessa di questa fase nuova che si deve aprire nel paese, che il Parlamento giustamente ha voluto che si procedesse ad alcuni fatti estremamente importanti tra i quali l'accertamento della spesa sanitaria. Anche alcuni interventi che qui sono stati fatti su questo tema mi pare non abbiano ricordato un dato che dobbiamo ascrivere certamente ad una comune responsabilità, un dato anche che ci dice quale sia la realtà dalla quale partiamo: in un paese come il nostro, dopo trentatre anni di vita democratica, solo quest'anno, per la prima volta, si è in grado di fotografare la situazione e di conoscere con certezza quanto si spende per la salute. Questa indagine, questa verifica che il Parlamento ha voluto, sono in grado di dire che è avvenuta; è avvenuta con un risultato insperato, estremamente positivo, se è vero che alla fine di novembre al Ministero sono arrivati tutti i dati di spesa: ne è rimasta esclusa una piccola fascia che attiene a 218 comuni al di sotto dei 3.000 abitanti, ma per tutto il resto le spese dei comuni, delle province, delle sezioni, degli enti mutualistici eccetera sono state finalmente rese conoscibili. Questa fotografia che oggi è in fase di elaborazione ci permetterà di avere finalmente una base chiara e precisa, dalla quale partire per fare non solo un'analisi quantitativa, ma soprattutto per fare un'analisi qualitativa di come si è speso, di quali risultati si sono avuti rispetto ad una spesa che sappiamo, anche se non in termini precisi, toccare già in larga misura quel rapporto equilibrato spesa-sviluppo del reddito globale del paese che oggi è uno dei rapporti sui quali tutti i paesi, e non solo il nostro, devono misurare la spesa sanitaria ed il suo contemperamento rispetto alla realtà economica nazionale. Questi dati, come dicevo prima, sono oggi in fase di elaborazione, tenendo presenti le necessità e le indicazioni che il comitato per la programmazione sanitaria, che ha cominciato a lavorare in questi giorni, ha espresso al gruppo che ha raccolto i dati. Infatti i dati vanno elaborati tenendo presenti appunto le esigenze del comitato suddetto, che questa legge di riforma prevede e che ha un compito essenziale.

Onorevoli senatori, io confermo qui quanto ho già avuto modo di esprimere sia nel Consiglio dei ministri che in altre sedi e cioè che, se noi oggi abbiamo una spesa sanitaria che si pone lievemente al di sopra di quella che è la media degli altri paesi europei, abbiamo nondimeno per il nostro paese lo stesso problema che hanno quasi tutti i paesi europei: come far corrispondere ad una linea ascendente della spesa un sistema che qualitativamente risponda in modo più efficace alle esigenze dei cittadini. E credo che questo sia il problema politico che abbiamo: una riduzione della spesa è avvenuta, diciamo pure, con quel taglio di 1.500 miliardi

che non ha toccato somme destinate a prestazioni sanitarie, ma è reso possibile dalla correzione di meccanismi di finanziamento che avevano essi stessi prodotto uno sperpero di ricchezza, se è vero come è vero che 800 miliardi li risparmiamo evitando di pagare interessi alle banche; se è vero come è vero che 400 miliardi si risparmiano garantendo quel flusso continuo agli ospedali che permetta loro, negli appalti, negli acquisti, di non dover pagare un prezzo maggiore per il fatto che il fornitore si trovava davanti all'incertezza di un pagamento che qualche volta si protraeva per due o tre anni. È pur vero che rimane il problema di come qualificare la spesa, ma è all'interno del piano di programmazione che il Parlamento, entro aprile, riceverà in esame dal Governo — e sul quale quindi sarà chiamato ad esprimere un suo giudizio — che si devono trovare le risposte a questo e anche ad altri problemi che qui sono stati posti.

Si è detto criticamente che la riforma ha spazi troppo grandi da gestire, non ha confini. In realtà quando si parla di quel momento unificante della politica sanitaria della prevenzione, della cura e della riabilitazione, ognuno di noi è portato a concludere — e per questo aspetto in modo corretto, in modo giusto — che questa politica, proprio perchè comprensiva di tre aspetti, tutti e tre altamente qualificanti e importanti, di fatto comporta una spesa che può non avere limite. Ma non a caso il Parlamento ha voluto in questo testo che si scegliesse la programmazione non solo come metodo di politica sanitaria, ma come strumento che permetta di graduare nel tempo gli obiettivi da garantire a tutti i cittadini rispetto all'entità di risorse che il paese può destinare per questa politica. Saremo dunque chiamati ogni tre anni a stabilire nel piano questo rapporto tra risorse e politica sanitaria da realizzare, cercando, nel momento in cui superiamo la diversità delle prestazioni proprie del sistema mutualistico che lasciamo alle spalle, di non finire per realizzare, nel paese, per carenza di programmazione o di efficacia degli strumenti programmatori, una diversità territoriale che certamente i cittadini non potrebbero subire e che determinerebbe gravi reazioni. Attraverso la programmazione noi dobbiamo anche provvedere a qualificare la spesa. Faccio solo alcuni accenni.

Basta pensare a quanto possiamo diminuire la spesa e a che cosa possiamo garentire in termini di salute solo se completiamo quella politica del farmaco che abbiamo iniziato con il *ticket* e con la revisione di tutta la parte che attiene alla informazione e alla pubblicità. Sappiamo non soltanto che questo fatto ha già reso possibile una tutela della salute del cittadino che non vi è laddove prevale il consumismo del farmaco, ma sappiamo anche che il *ticket*, al di là del contributo che il cittadino è stato chiamato a dare, ha portato ad una diminuzione dei consumi; tanto che, se noi avevamo, appena tre anni fa, una spesa del farmaco che era un terzo della spesa globale sanitaria, oggi abbiamo una spesa del farmaco vicina a un sesto della spesa globale sanitaria. E se il Parlamento porterà a compimento la nuova legge sulla brevettabilità del farmaco, se avremo norme più severe per la registrazione del farmaco, se insieme realizzeremo una politica, come qui del resto viene prefigurata, per la revisione del prontuario farmaceutico e una più ampia educazione e informazione sanitaria rispetto al farmaco, credo che per questa strada noi insieme tuteliamo la salute, qualifichiamo la spesa e la riduciamo. Inoltre all'interno della programmazione noi dobbiamo recuperare alcune deficienze che anche qui sono state ricordate dal senatore Giudice, dal senatore Del Nero e da altri onorevoli senatori, tenendo presente che i limiti che oggi troviamo nella realtà ospedaliera sono in parte dovuti al non aver applicato interamente la legge Mariotti. Questa legge prevedeva una programmazione ospedaliera nazionale che non si è fatta e prevedeva alcuni controlli che non sono avvenuti.

Noi oggi possiamo quindi, all'interno della programmazione sanitaria, recuperare questo momento programmatorio per la struttura ospedaliera. Dobbiamo certamente rivedere — ma su questo tema insie-

me con le regioni e già alcune ipotesi sono state formulate — i criteri di ripartizione del fondo ospedaliero; dobbiamo entrare, così come il testo di riforma prevede, in un'analisi della spesa e della qualità del servizio anche all'interno della stessa struttura ospedaliera.

Il senatore Bompiani ieri ci ricordava di quanto possiamo diminuire la spesa e qualificare il servizio laddove più attentamente si organizzino i servizi di laboratorio, i servizi di radiologia, laddove si accertino più compiutamente le cause delle lunghe degenze, che oggi diventano sostitutive dei manicomi, che spesso sono sostitutive di una carente politica per gli anziani.

Dobbiamo allora, all'interno della programmazione, fissare dei criteri, dei parametri, degli *standards* anche in termini di personale. Non è possibile che vi siano ospedali che per gli stessi servizi hanno un rapporto dipendenti-degenti così vario. Queste cose dobbiamo farle se vogliamo andare nella direzione, con gli strumenti giusti, di qualificare il nostro servizio sanitario. Ecco perchè il Parlamento ha dato al Ministero la possibilità non solo di verificare la spesa, ma di preparare lo strumento della programmazione. Sappiamo tutti che l'anno che abbiamo davanti ci impegnerà più di quanto non ci abbia impegnato la fase così significativa dell'attività legislativa. Questa attività legislativa continuerà nei provvedimenti che il Governo dovrà adottare, continuerà nell'azione legislativa delle regioni; ma sarà necessaria soprattutto un'azione intelligente, appassionata, per la quale si dovranno mobilitare la classe dirigente politica, gli operatori, gli amministratori a tutti i livelli, perchè la nuova struttura e il nuovo servizizo vengano realizzati in modo compiuto nel 1979 e perchè la riforma cominci a conseguire i suoi obiettivi e le sue finalità in modo compiuto in tutto il paese a partire dal 1° gennaio 1980.

Questo impegno dobbiamo tenere presente nella discussione e nella approvazione della legge. Ho chiesto che al Ministero della sanità vengano dati gli strumenti necessari per questo lavoro e chiedo al Parlamento, dal momento che non ha previsto meccanismi sostitutivi laddove i tempi legislativi delle regioni fossero in ritardo rispetto al disegno complessivo che Stato e regioni debbono completare, dal momento che il Parlamento non ha voluto scegliere questa strada, di valutare, attraverso le relazioni che periodicamente il Ministro dovrà fare in Parlamento, se e come questo cammino graduale, che viene lasciato alla responsabilità politica delle regioni, si svolgerà per non creare vuoti e divaricazioni che renderebbero il disegno non compiuto negli stessi tempi per tutto il paese, determinando nel cittadino che non si trovasse tutelato in modo uguale una reazione che dobbiamo scongiurare.

Ecco perchè vi è l'esigenza di questo lavoro in comune che non deve veder ribaltati a livello istituzionale diverso responsabilità e ritardi. Non si tratta di un problema di gestione formale o burocratica: questo provvedimento, per l'incidenza che ha nel paese, esige una gestione politica che si nutra dello stesso impegno unitario che qui ha portato tutti i Gruppi parlamentari a volere l'approvazione di una legge così importante.

Credo che il lavoro fatto dal Senato, anche nel definire l'unità sanitaria locale, che è uno dei punti più importanti perchè questa in fondo è la struttura alla quale affidiamo la gestione della politica sanitaria, abbia contribuito a fugare le incertezze contenute nel testo pervenutoci dalla Camera, senatore Nencioni, perchè il testo che il Senato ha oggi davanti ci permette di guardare con attenzione alla gestione di questa politica, alle finalità, alle responsabilità dell'unità sanitaria locale, ma anche con fiducia che essa possa, nella chiarezza che il nuovo testo presenta, assolvere in pieno le proprie funzioni.

Ma voglio ancora richiamare alcuni aspetti che mi paiono importanti della discussione: innanzitutto l'aspetto riguardante il personale impegnato nella realtà sanitaria. Ebbene, è vero: facciamo la riforma per tutelare la salute dei cittadini, non possiamo farla su misura degli operatori; è anche vero però che noi tutti siamo partiti da una profonda convinzione: questa riforma

nel nostro paese, come in ogni altro paese dove la si è voluta, non può essere attuata contro gli operatori. Nessuno ha assunto qui atteggiamenti punitivi: non c'è nel contenuto della riforma niente che possa essere interpretato come punitivo da parte di chiunque operi nel comparto sanitario. Credo, onorevoli senatori, che voi che come me fate politica e affrontate questi problemi, non solo nelle Aule parlamentari, ma nel paese, dove li maturiamo nella consapevolezza che questa riforma esige un cambiamento strutturale, conveniate che essa stessa lo produrrà, ma che dovevamo anche noi anticiparlo nel dibattito che da anni nel paese abbiamo provocato.

Ebbene, questo dibattito ha coinvolto largamente gli operatori sanitari; e abbiamo trovato fortunatamente, al di là di certe grida di questi giorni, comprensione e consenso; abbiamo avuto dichiarazioni di collaborazione. Credo che giustamente oggi gli operatori chiedano al Governo che venga risolta tutta la parte aperta della loro situazione contrattuale. Il senatore Merzario lo ha voluto ricordare anche nella sua replica; del resto lo stesso senatore Cravero, il senatore Bompiani, il senatore Pittella vi avevano anch'essi accennato.

Da questo punto di vista posso confermare al Senato l'impegno del Governo. Già ieri la parte pubblica si è ritrovata per l'ormai lunga vicenda degli ospedalieri; in questi giorni si dovrebbero accelerare i tempi per una definitiva chiusura di questa vicenda. Contestualmente alla chiusura della vicenda degli ospedalieri, firmeremo anche le convenzioni che attendono solo di poter essere firmate in necessario collegamento con il contratto degli ospedalieri per non riaprire una serie di divaricazioni che ci porterebbero a polemiche dannose proprio per il raggiungimento di questo obiettivo.

Devo dire che la difficile gestione di contratti e convenzioni che abbiamo tutti vissuto in questi mesi e che fortunatamente non è arrivata a rendere più difficile il cammino della riforma deve portare tutti (il Governo certamente ne è consapevole e in questo senso sa che deve operare) ad alcune conclusioni: la prima è che dobbiamo evitare la trattazione di questi problemi a tavoli diversi. È stata la trattazione di questi problemi a tavoli diversi che nel tempo ha portato a una divaricazione dei trattamenti economici che non è giustificata nè dalle responsabilità, nè dalla qualità delle prestazioni che gli operatori dei vari comparti sono chiamati a dare. Guai se non ritrovassimo la via di una progressiva omogeneità dei trattamenti per gli operatori dei vari comparti. Occorre poi aver presente che se non recuperiamo la professionalità, la responsabilità, la qualificazione, la motivazione di chi opera nella struttura pubblica, vedremo che la politica sanitaria subirà un rapido processo di decadimento. Ed è perciò che dobbiamo recuperarla in termini economici. Come però hanno detto molti senatori, che fra l'altro sono illustri medici, dobbiamo anche accelerare i tempi perchè siamo in ritardo sia rispetto alla riforma della facoltà di medicina, sia rispetto alla riforma delle scuole di specializzazione.

Come è stato ricordato, il Governo da luglio ha presentato una bozza di disegno di legge ai partiti della maggioranza e qui non posso che confermare il desiderio che al più presto sia reso possibile al Governo presentare il disegno di legge in modo che il Parlamento possa esprimere un suo giudizio. Voglio anche assicurare il Senato che al prossimo Consiglio dei ministri presenterò i due disegni di legge concernenti la riqualificazione del personale ospedaliero e manicomiale e la legge-quadro sulla formazione del personale paramedico, strumento anche questo essenziale di qualificazione del personale, qualificazione definita sulla media della realtà europea. Se non facessimo questo, avendo recepito le direttive della CEE per la libera circolazione del personale e per l'insediamento dei medici, verrebbe ad aggravarsi ulteriormente la già grave situazione di disoccupazione dei medici.

C'è dunque un'esigenza di tutela della salute, ma anche un'esigenza di qualificazione del servizio per garantire, qualificando meglio, spazi occupazionali ai nostri operatori nel nostro paese e, laddove lo vogliano, in altri paesi. È un insieme di politiche che dobbiamo portare avanti nella consapevo-

lezza che esse concorrono tutte unitariamente a realizzare l'obiettivo di una migliore qualità della nostra politica sanitaria.

Credo però che questa unitarietà di politiche — purtroppo alcune di esse avremmo dovuto anticiparle rispetto alla riforma, perchè arriviamo con un po' di ritardo — sia necessaria anche se sono politiche tutte dello stesso segno come la politica del farmaco, la riforma della struttura dell'organizzazione del nostro apparato sanitario, il momento della partecipazione e del decentramento che possono permettere una qualificazione del servizio attraverso la corresponsabilità più larga del paese, una politica di qualificazione del personale, una capacità di programmare la spesa per qualificare anche sotto questo profilo la politica sanitaria stessa.

Tutti questi aspetti devono essere presenti alla nostra attenzione che oggi del resto concentriamo giustamente sul testo che dobbiamo approvare e che opportunamente il Senato ha voluto conservare nella struttura essenziale con cui la Camera ce lo aveva trasmesso. Non vi è stata una modifica radicale delle scelte che la Camera ha fatto e noi abbiamo conservato lo stesso disegno, gli stessi obiettivi; abbiamo solo perfezionato alcuni aspetti che del resto la Camera stessa, licenziando il testo, aveva segnalato alla nostra attenzione. Ma la stoffa di cui è fatta la legge istitutiva del servizio sanitario è una stoffa che affidiamo a tanti sarti: la affidiamo alle regioni, la affidiamo alle unità sanitarie locali. Sono tutti questi operatori politici ed amministrativi che devono ritagliarla su misura di questa società che vogliamo sia sempre più capace di autogovernarsi perchè nelle forme dell'autogoverno non solo si esalta la democrazia, ma credo anche che si renda più efficace la stessa azione politica.

Ecco perchè noi, che rappresentiamo le forze politiche che hanno voluto questo disegno riformatore, nel momento in cui ci apprestiamo a votarlo, siamo consapevoli di tutta la responsabilità che abbiamo perchè questo disegno possa compiutamente realizzarsi nel paese. Siamo tutti chiamati certamente al nostro compito di legislatori, ma sappiamo come politici che il nostro compito è anche al di fuori di quest'Aula, è nel paese, perchè in esso questo disegno deve attuarsi. Credo che nessuno di noi mancherà a questo compito, sapendo tutti quanti che questa è una sfida, come diceva il presidente della Commissione sanità senatore Ossicini. Vincendola non solo non vanificheremo il testo della riforma, ma faremo in modo che la riforma cambi la qualità della società, una qualità che attiene a quel grande bene che è la salute di noi tutti. (*Applausi dal centro, dal centro-sinistra, dalla sinistra e dall'estrema sinistra*).

P R E S I D E N T E . Onorevole Ministro, vuole esprimere il parere del Governo sugli ordini del giorno 2 e 4?

A N S E L M I T I N A , *ministro della sanità*. Signor Presidente, il Governo accoglie l'ordine del giorno n. 4 come raccomandazione facendo presente che l'espressione: « emanare gli opportuni provvedimenti affinchè sia permesso a tutto il personale sanitario » eccetera è un po' troppo vincolante. Per questo il Governo può accettarlo solo come raccomandazione, mentre accetta l'ordine del giorno n. 2.

P R E S I D E N T E . Senatore Rampa, insiste per la votazione dell'ordine del giorno n. 2?

R A M P A . Signor Presidente, devo ringraziare il Governo che ha accolto l'ordine del giorno che del resto ripete un voto analogo dell'altro ramo del Parlamento. Nel sottolinearne la forte carica politica, dichiaro di non insistere per la sua votazione.

P R E S I D E N T E . Senatore Giudice, insiste per la votazione dell'ordine del giorno n. 4, accettato dal Governo come raccomandazione?

G I U D I C E . Non insisto.

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

Per fatto personale

N E N C I O N I . Domando di parlare per fatto personale.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

N E N C I O N I . Illustre Presidente, onorevoli colleghi, sono alla quinta legislatura e non ho mai chiesto la parola ai sensi dell'articolo 87 del Regolamento attuale perchè, mentre mi ritengo libero di fare gli apprezzamenti politici e mi sono sempre ritenuto libero di farlo, non ho mai attribuito agli altri dei fatti che non corrispondessero alla realtà nè ho mai permesso agli altri di attribuirmi dei fatti che non corrispondessero alla realtà.

Non ho parlato a fondo dell'unità sanitaria locale. Mi sono permesso di fare dei rilievi per quanto concerne il finanziamento della riforma: dell'unità sanitaria ho parlato solo incidentalmente, ho detto che era l'oggetto misterioso e ripeto che è l'oggetto misterioso.

Senatore Merzario, quando mi alzo a parlare in quest'Aula, avrò tutti i difetti del mondo — me li riconosco ed ho una riverenza esteriore dell'Aula per subire, qualche volta anche ingiustamente, delle attribuzioni — ma non permetto a nessuno, e tanto meno a lei, di attribuirmi la non conoscenza del testo che è in esame. Se poi ella ritiene, per un suo grado di conoscenza delle norme giuridiche, amministrative e degli istituti amministrativi, che la modifica che la Commisne ha apportato alla disciplina dell'unità sanitaria locale abbia risolto il problema della collocazione giuridica dell'unità sanitaria locale stessa, questo appartiene al suo patrimonio culturale ed io non ho delle osservazioni da fare.

Devo solo dire che l'emendamento apportato dalla Commissione ha peggiorato grandemente la situazione perchè la definizione è stata data dall'articolo 10; l'articolo 15, nel testo proposto dalla Commissione, commette un errore di grammatica giuridica dicendo . . .

P R E S I D E N T E . Senatore Nencioni, devo pregarla di non entrare nel merito.

N E N C I O N I . Dico semplicemente una cosa molto breve.

L'articolo 15 commette un errore di grammatica giuridica perchè inizia con le parole: « L'unità sanitaria locale definita dall'articolo 10. . . », mentre poi esso stesso la definisce.

Pertanto non sappiamo, senatore Mancino, se la definizione è quella dell'articolo 10 o dell'articolo 15: prima incertezza.

Seconda incertezza: la norma modificata non ha classificato, dal punto di vista amministrativo, cosa sia questa unità sanitaria locale e pertanto era mio dovere, più che diritto, accennando incidentalmente all'unità sanitaria locale, dire quello che ho detto e che risulta dagli atti parlamentari, cioè che è l'oggetto misterioso e tutto poggia su una struttura comunale che non è definita nella sua nozione giuridica, nella sua struttura giuridica, nella sua classificazione giuridica perchè « struttura comunale » non significa nulla, non significa definire i limiti e i compiti, non significa creare un organismo che si differenzia, che si staglia nella classificazione degli organi e delle entità operanti nel sistema comunale, provinciale o statuale.

Volevo solo precisare che respingo l'osservazione, che è stata fatta, che non conoscevo il testo in esame; dicendo che non lo conoscevo si è voluto sottolineare una situazione che non risponde alla realtà. Ecco la ragione per cui ho chiesto di parlare, per la prima volta in vent'anni, ai sensi dell'articolo 87, secondo comma, del Regolamento.

M E R Z A R I O . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M E R Z A R I O . Signor Presidente, solo per profonda stima alla sua persona, ed anche per il rispetto che ognuno di noi deve al Regolamento, mi avvalgo della facoltà prevista nell'ultima parte del ricordato secondo comma dell'articolo 87 non per replicare, ma solo per dire che ritengo sia sufficiente offrire alla meditazione dei colleghi

il resoconto stenografico della seduta per ricavarne il giudizio se si trattava di questioni personali o di un'obiettiva, come io ritengo, valutazione politica che rientra nelle nostre prerogative e che riconfermo integralmente. La ringrazio, signor Presidente, di avermi dato la parola.

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.

P A L A , *segretario*:

MURMURA. — *Al Ministro senza portafoglio per le regioni.* — Per conoscere l'ammontare dei depositi in Tesoreria delle varie Regioni italiane e le eventuali motivazioni di tale situazione.

(3 - 01177)

GIOVANNETTI, BENASSI, BONDI. — *Al Ministro delle partecipazioni statali.* — Per sapere se risponda a verità la notizia di un recente incontro avvenuto a Parigi tra dirigenti della SAMIN e del gruppo Penaroja-Pertusola e per conoscere le ragioni dell'incontro e se esso abbia investito problemi di spartizione di mercato e di attività nel settore della metallurgia dei non ferrosi.

(3 - 01178)

Interrogazioni con richiesta di risposta scritta

MURMURA. — *Al Ministro delle finanze.* — Per sapere se non ritenga opportuno autorizzare una maggiore rateazione nel pagamento dei tributi in quei comuni della provincia di Catanzaro nei quali la chiusura delle esattorie per parecchi mesi ha determinato l'impossibilità del pagamento alle singole rituali scadenze.

(4 - 02341)

ROSI. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Con riferimento alla riunione dei rappresentanti sindacali pistoiesi e dei rappresentanti degli ex dipendenti della « Italbed », indetta per il 7 dicembre 1978, alle ore 16, presso il Ministero dal sottosegretario Giuseppe Sinesio;

considerato che a tale riunione si ebbe la non preannunziata assenza del sottosegretario Giuseppe Sinesio e non fu presente altro rappresentante del Governo, nonostante che l'incontro, con i soli rappresentanti dell'Amministrazione e della GEPI, si protraesse per circa 4 ore;

tenuto conto che le associazioni sindacali hanno indetto per il 13 dicembre uno sciopero regionale dei dipendenti dell'industria e dell'artigianato, avente ad oggetto la programmazione, lo sviluppo dell'occupazione e la produttività nella regione, incentrato, per quanto attiene alla provincia di Pistoia, particolarmente sulle vertenze « Italbed », « Breda » e LMI,

l'interrogante chiede di conoscere se il Ministro non ritenga di indire un ulteriore incontro per il quale si abbia il sicuro affidamento della cortese presenza di un rappresentante del Governo, al fine di dirimere una buona volta, sotto ogni profilo ed in maniera appropriata, il grave problema degli ex dipendenti della « Italbed », in cassa integrazione ormai da più di 3 anni, con grave nocumento proprio e dell'intera comunità nazionale, la quale ha subìto, fino ad ora, una infruttuosa spendita di circa 5 miliardi di lire.

(4 - 02342)

DI NICOLA. — *Ai Ministri del lavoro e della previdenza sociale e dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere quali opportuni interventi intendano svolgere per far sì che la ditta « Sicilmarmi » (operante in provincia di Trapani), di cui è titolare il cavaliere del lavoro Giacomo Caruso, applichi il contratto collettivo nazionale di lavoro ai propri dipendenti.

Dopo una serie di infruttuose trattative sindacali a livello provinciale e regionale, gli stessi dipendenti (110) si sono visti co-

stretti allo sciopero, in atto da due mesi, e da 30 giorni occupano insieme alle loro famiglie lo stabilimento di Castellammare del Golfo.

L'interrogante ritiene inammissibile il comportamento del predetto imprenditore, il quale si rifiuta di applicare il contratto di lavoro in Sicilia, mentre pare che in altre regioni, dove possiede più grossi impianti dello stesso tipo, si comporti diversamente.

(4 - 02343)

DI NICOLA. — *Ai Ministri della difesa, dei trasporti e del turismo e dello spettacolo ed al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.* — Per conoscere se rispondano al vero le voci recenti sulla prossima chiusura al traffico civile dell'aeroporto di Trapani-Birgi.

Dopo il taglio dei fondi per il programma di lavori già avviati nello stesso aeroporto per strutture e servizi civili in favore del movimento passeggeri, le ultime voci diffusesi negli ambienti della provincia di Trapani sembrerebbero accreditare la malaugurata ipotesi di privare detta provincia di un servizio di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo economico e civile. All'aeroporto trapanese, infatti, si collegano, oltre Roma e Palermo, anche le isole di Pantelleria e Lampedusa.

L'interrogante si permette di richiamare l'attenzione del Governo sulla necessità di programmare la costruzione dell'aeroporto civile di Trapani, assicurando nel frattempo l'uso dell'attuale aeroporto militare anche per il traffico civile, in costante aumento nonostante certi orari assurdi (voli Trapani-Roma e viceversa), per l'incremento delle correnti turistiche dirette nelle isole del Mediterraneo.

(4 - 02344)

DI NICOLA. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri degli affari esteri, della difesa e della marina mercantile.* — Per conoscere quali iniziative intendano adottare per garantire la vita e l'incolumità dei lavoratori italiani, siciliani in particolare, che si dedicano all'esercizio della pesca nelle acque del Canale di Sicilia, in prossimità delle coste nordafricane.

Nell'ultimo tragico episodio di pirateria ha perduto la vita un altro pescatore di Mazara del Vallo, Francesco Passalacqua, di 45 anni, padre di 6 figli, ed è rimasto gravemente ferito il fratello che era al comando del motopeschereccio « Maria Caterina », che la mattina del 9 dicembre 1978 è stato mitragliato da una motovedetta tunisina mentre era in zona di pesca autorizzata, a quasi 12 miglia dall'isola tunisina di Kuriat.

L'interrogante sollecita, intanto, una più adeguata vigilanza da parte dei nostri mezzi aerei e navali a salvaguardia dei nostri pescatori e propone di intervenire in sede comunitaria per la pronta regolamentazione dei rapporti di pesca con gli Stati rivieraschi del Nord Africa. Non sono ammissibili ulteriori remore o indugi.

(4 - 02345)

D'AMICO. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per sapere se conosce lo stato di grave disagio ed i costi straordinari che, oramai da troppo tempo, vanno derivando dalla sospensione dell'uso del tratto della ferrovia « Sangritana », tra San Vito Chietino e San Vito Marina, sospensione avvenuta in conseguenza dell'inagibilità di meno di 50 metri di binari interessati da un movimento franoso provocato dall'alluvione abbattutasi sulla zona nello scorso mese di febbraio 1978.

Non apparendo che siano da considerare di grande rilievo la natura e l'entità dei lavori occorrenti per ripristinare un così breve tratto di linea, mentre assolutamente cospicui, se quantificati, risultano i danni causati dal prolungarsi della situazione di cui sopra;

poichè gli utenti di quella ferrovia in concessione, che costituisce via di accesso alla strada statale « Adriatica » Ancona-Lecce per una vasta area interna dell'Abruzzo appenninico, sono costretti al trasbordo con servizi di autolinee per raggiungere lo scalo di San Vito-Lanciano — comportando ciò ovvi disagi che disaffezionano all'uso del mezzo ferroviario — e poichè l'intenso movimento merci diretto alla stessa area e da essa in partenza deve essere addirittura arrestato non più al predetto scalo, ma a quello di Or-

tona a Mare, determinando aggravi di costi per la maggiore lunghezza dei percorsi,

l'interrogante auspica e chiede che siano assunte le iniziative più opportune, non potendosi ritenere oltre procrastinabile l'avvio dei lavori di riparazione di danni, a quanto risulta non gravissimi, provocati da una frana verificatasi ben 10 mesi or sono.

(4 - 02346)

D'AMICO. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per conoscere il seguito che intende dare alla richiesta formulata con la deliberazione n. 53 del 3 novembre 1978 del consiglio di amministrazione dell'Unione regionale delle Camere di commercio, industria, artigianato ed agricoltura dell'Abruzzo, con sede a Teramo, ad oggetto « potenziamento impianti dell'aeroporto di Pescara », che risulta trasmessa con nota n. 301 del 21 novembre 1978.

Premesso che, con precedente propria interrogazione, lo scrivente aveva richiamato l'attenzione del Governo sulla non soddisfacente situazione degli impianti di detto aeroporto — creato a servizio di una regione quanto altre mai bisognosa di vedere assicurati ed incrementati anche i collegamenti aerei per la necessaria e piena estrinsecazione di tutte le sue potenzialità economiche — e rilevato con rammarico che le carenze già segnalate si ritrovano nuovamente elencate nel documento sopracitato, l'interrogante chiede di conoscere lo stato, la specie ed i prevedibili tempi degli interventi che si augura risultino programmati per risolvere i problemi che condizionano la piena agibilità dell'aeroporto di Pescara e le iniziative che il Ministero, nel quadro della politica generale del trasporto aereo di sua competenza, ritiene di assumere per il soddisfacimento dei voti espressi, in piena assonanza con le linee programmatiche e le scelte della Regione Abruzzo, dall'Unione delle sue camere di commercio.

(4 - 02347)

FABBRI. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere se non ritenga di dovere, con provvedimento urgente, inibire l'uso del nitrito di sodio (E 249) e del nitrito di potassio (E 250) dopo che l'indagine compiuta da una commissione di esperti negli Stati Uniti ha riconosciuto la pericolosità dell'addizione agli alimenti di tali sostanze.

L'interrogante chiede, inoltre, quali controlli saranno eseguiti, una volta disposta l'eliminazione dell'impiego di tali preparati sia nelle carni fresche che in quelle insaccate e conservate, per evitare che i produttori o i rivenditori di carni abbiano a contravvenire al divieto.

Si aggiunge che, oltre alla comminazione di pesanti sanzioni a carico dei trasgressori, dovrebbe essere disposta l'interruzione immediata dell'addizione agli alimenti dell'E 249 e dell'E 250, senza consentire alcun termine per lo smaltimento delle giacenze, dal momento che l'esigenza di tutela della salute deve essere considerata primaria rispetto a qualsiasi considerazione di carattere produttivo o commerciale.

(4 - 02348)

MINNOCCI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per conoscere il punto di vista del Governo sulla Raccomandazione numero 847, concernente l'azione europea contro l'inquinamento delle acque e delle coste, approvata dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa nella seduta del 2 ottobre 1978, su proposta della Commissione per l'assetto del territorio e i poteri locali (*Doc.* 4199).

Nella Raccomandazione in esame l'Assemblea, tenuto conto, in particolare, dell'inquinamento dei mari e delle coste derivante dal petrolio e nella convinzione che siano indispensabili norme di natura internazionale, invita i Governi degli Stati membri a ratificare prontamente i numerosi accordi internazionali in materia ed a collaborare per assicurare un'applicazione rigorosa delle Convenzioni ratificate.

Sono particolarmente soggetti ai problemi dell'inquinamento il Mare Mediterraneo, la Manica ed il Mare del Nord, a causa del notevole traffico di petroliere. Gravi incidenti di inquinamento si sono verificati in detti mari a causa soprattutto dell'insufficiente

qualificazione del personale. Di conseguenza, nella Raccomandazione si chiede un efficace sistema di controllo e di sanzioni concernenti la struttura dei battelli ed i loro equipaggi, sino alla possibilità di un sequestro delle petroliere sulla base di una concertazione tra gli Stati membri. Si sollecita, inoltre, un approfondimento delle tecniche necessarie per la lotta contro l'inquinamento e per lo smaltimento dei rifiuti e si chiede agli Stati membri di creare un'Agenzia internazionale per il coordinamento dell'attività dei Governi e delle organizzazioni esistenti nel settore della protezione delle zone marittime e costiere europee e di esaminare, nel quadro dell'OMCI (Organizzazione intergovernativa consultiva della navigazione marittima) e della Commissione marittima internazionale, la possibilità di indennizzare interamente le vittime degli incidenti in mare, con particolare riguardo alle vittime degli incidenti delle petroliere. Si raccomanda, infine, al Comitato dei ministri di invitare l'Agenzia spaziale europea a provvedere, in collaborazione con altre organizzazioni, ad una possibile utilizzazione di satelliti per la sorveglianza contro l'inquinamento delle acque di superficie.

Si chiede attraverso quali iniziative, che si auspicano sollecite ed adeguate, il Governo intenda dare seguito alla Raccomandazione in esame, particolarmente importante per un Paese mediterraneo come il nostro.

(4 - 02349)

MINNOCCI. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per conoscere il suo punto di vista e quello del suo Dicastero sulla Risoluzione n. 676, concernente la patente europea, adottata dalla Commissione permanente e approvata dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa nella seduta del 7 luglio 1978 (*Doc.* 4177).

Nella Risoluzione in esame l'Assemblea del Consiglio d'Europa, ricordando l'accordo intercorso tra i Ministri dei trasporti per la creazione di un modello comune di patente europea valido per tutti gli Stati del Consiglio d'Europa, chiede ai Governi degli Stati membri l'attuazione di un'estesa collaborazione per quanto concerne le violazioni dei codici stradali ed il ritiro della patente, al fine di ottenere la più ampia armonizzazione delle norme in materia.

(4 - 02350)

MINNOCCI. — *Ai Ministri del lavoro e della previdenza sociale e dei beni culturali e ambientali.* — Per conoscere il loro parere e quello dei loro Dicasteri sulla Raccomandazione n. 849, relativa alla Fondazione europea « Pro Venetia viva » ed al Centro europeo di formazione di artigiani per la conservazione del patrimonio architettonico, approvata dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa nella seduta del 4 ottobre 1978, su proposta della Commissione per la cultura e l'educazione (*Doc.* 4190).

L'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, pur lamentando che il problema di Venezia sia ancora preoccupante, invita i Governi degli Stati membri ad assicurare la conservazione del patrimonio architettonico nei programmi nazionali di formazione professionale, ed in particolare a riconoscere il certificato ed il diploma rilasciati dal Centro europeo di Venezia, a creare un Fondo speciale per borse e *stages* presso detto Centro ed a facilitare una campagna di pubblicità in materia.

Si chiede ai Ministri competenti attraverso quali iniziative, che si auspicano sollecite ed adeguate, intendano dare seguito alla Raccomandazione in esame.

(4 - 02351)

MINNOCCI. — *Al Ministro dei beni culturali e ambientali.* — Per conoscere il suo punto di vista e quello del suo Dicastero sulla Raccomandazione n. 848, concernente il patrimonio culturale subacqueo, approvata dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa nella seduta del 4 ottobre 1978, su proposta della Commissione per la cultura e l'educazione (*Doc.* 4200).

Nella Raccomandazione in esame l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa raccomanda al Comitato dei ministri di elaborare una Convenzione europea sul patrimonio culturale subacqueo, aperta non solo agli Stati membri del Consiglio d'Europa, ma anche agli Stati non membri che si affaccia-

no sui mari europei. Si chiede, inoltre, di facilitare la cooperazione con l'UNESCO e gli altri organismi internazionali che operano nel settore e di appoggiare la creazione di un gruppo europeo di archeologia subacquea con il compito di coordinare le norme e le tecniche in materia. Si chiede, in particolare, ai Governi degli Stati membri di modificare la propria legislazione o di emanare nuove norme per la tutela del patrimonio culturale subacqueo.

Si chiede al Ministro attraverso quali iniziative, che si auspicano sollecite ed adeguate, intenda dare attuazione alla Raccomandazione in esame, particolarmente importante per un Paese come il nostro, di antica storia e con un prezioso patrimonio archeologico.

(4 - 02352)

Interrogazioni da svolgere in Commissione

P R E S I D E N T E . A norma dell'articolo 147 del Regolamento, l'interrogazione n. 3 - 01175 del senatore Chielli sarà svolta presso la 9ª Commissione permanente (Agricoltura).

Ordine del giorno per le sedute di giovedì 14 dicembre 1978

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi domani, giovedì 14 dicembre, in due sedute pubbliche, la prima alle ore 16, anzichè alle ore 17, come previsto dal calendario dei lavori dell'Assemblea, e la seconda alle ore 21, 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 21,05*).

Dott. PAOLO NALDINI
Consigliere vicario del Servizio dei resoconti parlamentari