

(N. 280-A)

Resoconti XIX

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1977

ESAME IN SEDE CONSULTIVA DELLO STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA DEL MINISTERO DELLA SANITA'

(Tabella n. 19)

Resoconti stenografici della 12ª Commissione permanente

(Igiene e sanità)

INDICE

SEDUTA DI GIOVEDÌ 11 NOVEMBRE 1976

PRESIDENTE Pag. 954, 960
COSTA (DC), relatore alla Commissione . . . 954

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 NOVEMBRE 1976

PRESIDENTE Pag. 960, 983
BELLINZONA (PCI) 979
BOMPIANI (DC) 976
CRAVERO (DC) 978
DAL FALCO, ministro della sanità . . 960, 968, 980
e *passim*
DEL NERO (DC) 980, 981, 983
GIUDICE (Sin. Ind.) 960, 961
MERZARIO (PCI) 962, 968, 981
PITTELLA (PSI) 974
ZURLO, sottosegretario di Stato per la sanità 961

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1º DICEMBRE 1976

PRESIDENTE Pag. 983, 989, 1011 e *passim*
CIACCI (PCI) 1021, 1026

COSTA (DC), relatore alla Commissione . Pag. 1000
1003, 1006 e *passim*
DAL FALCO, ministro della sanità . 1003, 1011, 1018
e *passim*
DE GIUSEPPE (DC) 1023
DEL NERO (DC) 1021
GIUDICE (Sin. Ind.) 1026
MAFAI DE PASQUALE Simona (PCI) 999
MERZARIO (PCI) 1022, 1024
PECORINO (MSI-DN) 1021
PINTO (PRI) 984, 989, 1021 e *passim*
PITTELLA (PSI) 1006, 1020
RAMPA (DC) 989, 1024
RAPPOSELLI (PCI) 995

SEDUTA DI GIOVEDÌ 11 NOVEMBRE 1976

Presidenza del Presidente OSSICINI

La seduta ha inizio alle ore 10,40.

C O S T A, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1977 (280), approvato dalla Camera dei deputati

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella n. 19)

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno reca l'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1977, approvato dalla Camera dei deputati — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Prego il senatore Costa di riferire alla Commissione sul predetto stato di previsione.

C O S T A, relatore alla Commissione. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, per l'anno 1977 il bilancio di previsione dello Stato viene portato in discussione al Senato in seconda lettura, dopo cioè aver ottenuta l'approvazione dell'altro ramo del Parlamento.

L'approvazione alla Camera dei deputati è avvenuta con alcune variazioni alle proposte presentate dai competenti Ministeri e pertanto con un disavanzo complessivo di lire 11.377.235.279.000.

La somma certamente è notevole ed evidenza — se ve ne fosse bisogno — lo stato economico nel quale versa il Paese. Alla Camera dei deputati sono state operate delle riduzioni nelle spese, ma la situazione debitoria del Tesoro è sempre tale da preoccupare notevolmente ogni cittadino, ed in modo particolare ogni uomo politico.

A noi compete discutere il bilancio del Ministero della sanità, il quale prevede spese correnti per un ammontare complessivo di lire 869.360.700.000 e spese in conto capitale per un ammontare di lire 2.500.000.000.

Somma esigua, specie per quanto riguarda gli investimenti, che rappresenta una delle voci più basse del bilancio generale dello Stato: per la precisione la terz'ultima.

Non vi è dubbio quindi che la prima cosa che si evidenzia dalla lettura del bilancio di

previsione e della tabella 19 è la limitatezza delle somme esposte per il settore sanitario e la constatazione che, in effetti, la nazione spende somme di molto maggiori, che sfuggono al controllo ed alla programmazione del Ministero della sanità perchè o amministrate dagli enti periferici (Regioni, province, comuni, consorzi, eccetera) oppure dai superstiti enti mutualistici oramai dimezzati dalla ben nota legge n. 386 del 1974.

Dette constatazioni portano alla logica conseguenza di dover rilevare come la gestione di questo importantissimo e vitale settore della nostra vita non abbia un controllo ed un indirizzo unitario, ma sia lasciata alla discrezionalità di più centrali operative non coordinate, e quindi con inevitabili duplicazioni di spese, che sono ben note a quanti si interessano al settore.

La sola spesa ospedaliera (ricoveri) secondo previsioni di esperti del Ministero del tesoro, per il 1977 supererà i 4.000 miliardi, sempre che l'incremento della spesa per il prossimo anno si mantenga nei limiti del 13,70 per cento di aumento, registrato nel 1976.

È una valutazione prudenziale che, a mio avviso, sarà superata dalla realtà, se si tiene presente che l'incremento di spesa dal 1974 al 1975 è stato di oltre il 20 per cento.

E pertanto, oggi, discutendo delle spese sanitarie della nazione, ci limitiamo solo ad una parte di quelle che impegnano i contribuenti italiani, e non abbiamo quindi un quadro completo di riferimento di tutta l'intera gestione sanitaria della nazione.

Siamo di fronte ad un bilancio anomalo, dopo oltre più di due anni dalla presentazione del disegno di legge di riforma sanitaria, e dall'approvazione della citata legge n. 386 di conversione che, nelle intenzioni di chi presentò il relativo decreto-legge, doveva significare l'effettivo inizio di un rinnovamento dell'assistenza sanitaria in Italia.

Anche se discutiamo la tabella n. 19 solo in seconda lettura, merita fare un breve esame delle voci che la compongono e trarre, indi, delle conclusioni prospettiche e di indirizzo sulla vita sanitaria della nazione.

Esaminando il primo argomento, premetto che la non esatta impostazione della discussione annuale dei bilanci, a mio avviso, è dovuta alla scarsa documentazione in nostro possesso sui risultati delle gestioni degli anni precedenti, in rapporto anche alle indicazioni fornite dalla 12^a Commissione in occasione delle precedenti discussioni dei bilanci.

Rileggendo il rapporto di questa Commissione per il bilancio 1975, del quale fui parimenti relatore, vedo che le esortazioni, le raccomandazioni, le perplessità, che allora furono espresse in quella discussione, sono rimaste delle semplici enunciazioni, che non hanno trovato nè accoglimento nè riscontri precisi nella impostazione del bilancio del 1977.

Ed ora passo brevemente ai singoli capitoli di spesa.

Rubrica 1 (Servizi generali). — Le spese previste per lire 19.802.200.000, con un incremento di lire 3.530.160.000, sono state dalla Camera dei deputati decurtate di lire 383 milioni per cui figurano per lire 19 miliardi 419.200.000. Trattasi di spese che si identificano in gran parte con quelle del personale e dei relativi oneri riflessi, nonchè per la gestione del gabinetto, delle segreterie, dei fitti e manutenzione dei locali e per il funzionamento del Centro studi. Ripeto, come due anni fa, che trovo esagerate le spese del Centro studi, gli acquisti di libri ed in modo particolare il fitto dei locali.

Questa voce infatti appesantisce la rubrica di lire 470.000.000 per la sede centrale e di lire 365.000.000 per quanto attiene gli uffici periferici.

Come già ebbi a dire, tale spesa annua avrebbe potuto far pensare con serietà alla costruzione di una nuova sede, che sarebbe stata ampiamente consentita, contraendo un mutuo, il cui ammortamento sarebbe risultato inferiore alla somma che viene annualmente sborsata per i fitti. Mi auguro che la soppressione degli enti mutualistici possa consentire la utilizzazione della sede centrale dell'INAM per gli uffici centrali del Ministero.

Sempre nella rubrica 1, alla categoria V (trasferimenti), mi sembra anacronistico registrare al capitolo 1225 la somma di lire 50.000 quale contributo al comune di Palermo per « spese di assistenza e difesa sanitaria ».

La rubrica 2 riguarda la gestione degli ospedali e figura nel bilancio proposto con la somma di lire 660.467.000.000, ma ha subito la variazione in meno di lire 17 miliardi da parte della Camera dei deputati, mentre dai Ministri proponenti, rispetto alla gestione del 1976, era stata aumentata di lire 266.870.000.000. L'aumento proposto mi sembra logico, trattandosi di un settore importante, che richiede notevoli interventi pubblici. Pur tuttavia non ho trovato alcuna giustificazione per l'incremento di spesa del capitolo 1572 di lire 500.000.000 per sussidi e contributi per studi e ricerche nel campo dell'assistenza ospedaliera, ambulatoriale, domiciliare, eccetera.

Sarebbe importante ed utile che il Governo ci illustrasse come intende spendere i 610 milioni previsti nel capitolo 1572 che, se ben utilizzati, certamente potrebbero essere utili non solo alla gestione attuale ma anche, in prospettiva, al futuro Servizio sanitario nazionale. Il problema degli ospedali non è purtroppo risolto dalle leggi di riforma che si sono succedute dal 1968 in poi, perchè allo stato attuale gli ospedali registrano costi di gestione eccessivamente elevati in rapporto alle prestazioni che erogano. Oltre a ciò lo squilibrio esistente tra il nord e il sud è rimasto pressochè immutato. Il problema ospedaliero, a mio avviso, è soprattutto un problema di qualificazione e specializzazione dei nosocomi e non di incremento del numero dei posti letto.

La concentrazione ospedaliera, con il conseguente «urbanesimo sanitario», è una realtà che è scaturita sia dalla necessità di dover far ricorso ad organizzazioni sanitarie sempre più qualificate ed attrezzate, in rapporto alle nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche, sia anche dal fatto che i moderni servizi di trasporto, soprattutto aerei, consentono il facile raggiungimento di presidi sanitari anche non vicini. La nostra Costituzione

ne, d'altra parte, prevede il pieno benessere ma certo non ipotizza una nazione trasformata in ospedali per malati e pseudomalati.

La rubrica 3 riguarda l'igiene pubblica e prevede una spesa per l'ammontare di lire 11.360.000.000, dopo la riduzione di lire 100 milioni operata dalla Camera, e con un incremento di lire 2.124.500.000 rispetto all'anno precedente. La somma stanziata globalmente per l'igiene pubblica è, a mio avviso, nel complesso limitata, trattandosi di un settore che coinvolge uno degli aspetti fondamentali della competenza del Ministero della sanità. Si tratta infatti di spese per la profilassi delle malattie infettive, per la provvista ed il trasporto di acqua nelle isole, per le ricerche epidemiologiche e per l'igiene dell'abitato. Credo che la Direzione generale interessata dovrebbe impostare tra l'altro tutte le ricerche per le malattie infettive, per l'igiene del lavoro e per la lotta agli inquinamenti. Tale ultimo settore di attività è scarsamente conosciuto dai medici, e dagli ambienti della sanità pubblica in genere.

La rubrica 4 — riguardante le malattie sociali — è presente con un preventivo di lire 131.324.900.000, dopo la decurtazione di 85 milioni operata dalla Camera, e con una riduzione di spesa, rispetto all'anno precedente, di lire 54.705.500.000.

In un bilancio esiguo come quello della Sanità, molto esigua mi sembra anche la somma destinata alle malattie sociali, anche se dalla Tabella 19 è scomparsa ovviamente la voce riguardante l'ONMI.

La Direzione generale delle malattie sociali dovrebbe interessarsi anche della prevenzione delle malattie stesse, e quindi bene sarebbe stato iscrivere in bilancio una specifica voce che riguardasse un settore, come quello della prevenzione, del quale sappiamo ben poco, nel momento in cui stiamo per impostare il discorso sulla riforma sanitaria.

Esigui mi sembrano i contributi previsti per gli istituti specializzati nella lotta contro i tumori, ai quali dovrebbe essere concessa una fetta maggiore del bilancio, per consentire loro di effettuare ricerche qualificate nel campo della prevenzione e della terapia dei tumori. Per detti istituti è prevista infatti

una spesa complessiva di lire 1.035.000.000 suddivisa fra sei capitoli di bilancio, e in concreto tra quattro istituti (Lione, Milano, Roma e Napoli) e la Lega nazionale per la lotta contro i tumori. Se si tiene presente che le più moderne apparecchiature di indagini, quali i microscopi elettronici, le ultra centrifughe ed i radioisotopi costano miliardi, non può non convenirsi con la mia constatazione.

Non dimentichiamo altresì che nelle malattie sociali sono sempre comprese anche le tossicodipendenze, per le quali abbiamo approvato la legge n. 685 del 22 dicembre 1975, che purtroppo, a quanto mi risulta, trova scarsa applicazione sia in sede centrale che in sede periferica.

Nella rubrica 5 sono previste le spese riguardanti l'igiene degli alimenti e la nutrizione. Per detta rubrica è prevista in bilancio una spesa di lire 885.000.000 (dopo la riduzione apportata dalla Camera) che, anche incrementata rispetto all'anno precedente, è pur sempre esigua se si tengono presenti quelli che sono i compiti devoluti alla Direzione generale dell'alimentazione e della nutrizione ai tempi nostri.

In questo settore, dove sta avvenendo una vera rivoluzione tecnologica, lo Stato è presente con iniziative sporadiche e soprattutto sconcordate. Il settore, per quanto riguarda i controlli dello Stato, dovrebbe essere innanzitutto concentrato nel Ministero della sanità, e dovrebbe interessarsi più incisivamente della propaganda, della ricerca, del controllo, dell'igiene, della distribuzione e della lotta contro le frodi. In Italia oggi queste competenze sono divise tra i Ministeri dell'agricoltura, dell'industria e della sanità. Non sarà sfuggito certamente a nessuno che l'azione promozionale della vendita del pesce azzurro è portata avanti dal Ministero dell'agricoltura e foreste!

A proposito di alimentazione, ritengo anche che presso il Ministero della sanità dovrebbe essere istituito un Consiglio superiore dell'alimentazione, che dovrebbe coordinare tutte le attività, sia promozionali che di intervento, per dare una maggiore omogeneità al settore stesso.

La rubrica 6 interessa il servizio farmaceutico e prevede una spesa totale di lire 35.000.000. La spesa prevista è limitata, specie per quanto riguarda il controllo dei medicinali, effettuato dai laboratori provinciali di igiene e profilassi. Il servizio farmaceutico, anche nella prospettiva della riforma, va incrementato perchè ad esso è affidato il problema dei farmaci, che rappresenta un punto fondamentale della sanità nel nostro Paese.

Abbiamo avuto occasione di parlarne in questa Commissione di recente, pertanto è inutile ripeterci. Speriamo solo che l'adozione del nuovo prontuario possa aprire una fase diversa in questo campo.

La rubrica 7 interessa i servizi veterinari e la spesa prevista ammontava a lire 33 miliardi 870 milioni, senza le riduzioni apportate alla Camera. Vi è stato un incremento di oltre 15 miliardi che, a mio giudizio, è giustificato dall'importanza che ha per la nostra economia la zootecnia. In detta rubrica non figura però alcuna voce per la istituzione delle stazioni zoosanitarie che dovrebbero essere istituite in zone lontane dalla frontiera, come deriverebbe dal provvedimento legislativo approvato alla fine della VI legislatura.

La rubrica 8 prevede le spese per la gestione dell'Istituto superiore di sanità, per un totale di lire 11.426.604.000, con un aumento di oltre 1.500.000.000. Le benemerienze dell'Istituto superiore di sanità sono ben note, e sono state soprattutto evidenziate di recente in occasione della triste vicenda della ICMESA. Giusto pertanto ritengo l'incremento di spesa, meno giusto ritengo il taglio operato dalla Camera dei deputati per complessive lire 51.200.000, in quanto l'attività dell'Istituto dovrebbe essere sempre più incoraggiata, per divenire un punto fermo di riferimento nell'istituendo Servizio sanitario nazionale. Sempre nella rubrica 8, al titolo II (spese in conto capitale) è presente la cifra di lire 2.500.000.000 dedicata alla spesa per la ricerca scientifica dell'Istituto superiore di sanità. Detta voce è stata giustamente incrementata di un miliardo rispetto all'anno finanziario precedente.

Se queste sono, nella loro aridità, le voci di bilancio, non posso non ricordare che il documento che stiamo discutendo praticamente non si discosta di molto, nella impostazione e nelle cifre, da quelli precedentemente approvati, dei quali segue la logica, dando scarsa apertura a prospettive di trasformazione.

In un corretto sistema sanitario la necessità di un « Ministero della sanità e della sicurezza sociale », si rileva quanto mai vitale, perchè non potrà esservi un sistema sanitario realmente utile alla collettività senza un suo centro motore capace di coordinare, indirizzare e soprattutto prevenire, sia con idonei rapporti internazionali, sia anche con idonei studi sugli eventi morbosi, che richiedono sempre costanti aggiornamenti.

Non è certamente facile ipotizzare un modello ideale di riforma sanitaria, perchè credo che nessuna nazione al mondo possa dire di aver raggiunto un grado tale di perfezione da poter dare dei suggerimenti ad altri; inoltre i problemi della sanità si identificano con i singoli popoli e con i sistemi politici. Voler ipotizzare un tipo di organizzazione sanitaria come quella in vita nell'Unione Sovietica, oggi, in Italia, sarebbe certamente impossibile, come sarebbe sbagliato ipotizzare un tipo di assistenza sanitaria simile a quella in vigore negli USA, dove peraltro il neo-eletto presidente Carter ha prospettato la necessità di attuare una riforma delle strutture sanitarie.

Non dimentichiamo anche che se oggi tutto il nostro sistema è in completo dissesto, lo è per la paralisi riscontratasi nella mutualità, e più per ragioni politiche che per ragioni di poca efficienza del sistema. Se avessimo razionalizzato, quattro o cinque anni fa, tutto il settore mutualistico, soprattutto concentrandolo in tre grandi enti (rispettivamente per i lavoratori autonomi, per i dipendenti pubblici e per i dipendenti privati), oggi potremmo ancora disporre di una organizzazione efficiente ed all'altezza delle nostre esigenze.

Le prestazioni che gli enti mutualistici hanno dato, e, sia pure a stento, danno ancora, sono tra le più efficienti del mondo e

difficilmente potranno essere superate da un ipotizzato servizio sanitario nazionale. A questo proposito non va dimenticato che noi dovremmo essere il secondo paese in Europa ad adottare un servizio sanitario nazionale, dopo l'Inghilterra. Ma gli inglesi nel 1974 hanno notevolmente modificato, con una nuova ristrutturazione, il vecchio « National Health Service » sorto nel dopoguerra. La mutualità italiana, per la parte che riguarda i lavoratori autonomi, rappresentava anche un passo avanti notevolissimo: per la partecipazione degli utenti, dato che quelle mutue sono autogestite e con minima spesa.

Le circa novemila mutue comunali dei coltivatori diretti non hanno impiegati, mentre per l'INAM le spese generali e di personale incidono nel totale in misura assolutamente trascurabile.

D'altra parte, i mali delle assicurazioni sociali di malattia discendono anche dal fatto che esse sono sorte in Italia non secondo un disegno organico, ma sotto spinte corporative delle singole categorie. E per rendersi conto delle conseguenze basta pensare alla diversità delle normative, dei sistemi di contribuzione e di prestazione in vigore nei vari enti.

Il decreto-legge che ha portato alla legge n. 386 del 1974, presentato quasi contestualmente al disegno di legge « Colombo » per la riforma sanitaria, fu concepito in funzione di una imminente riforma sanitaria, e prevedeva tra l'altro la estinzione degli enti mutualistici entro il 30 giugno 1977. La estinzione doveva comportare evidentemente, per la data fissata, la creazione di nuove strutture che avrebbero dovuto sostituirli. Oggi, a pochi mesi dalla prevista fine degli enti gestori delle assicurazioni malattia, queste strutture non ci sono, nè si prevede che possano essere create a breve scadenza, perchè il disegno di legge di riforma sanitaria, anche se sarà presentato entro novembre, richiederà un esame serio, approfondito, e quindi dei tempi necessariamente lunghi.

Contemporaneamente, la situazione di disagio degli enti si è notevolmente aggravata. Essi furono messi di fronte alla data che segnava la loro fine senza aver avuto la garan-

zia di ottenere i mezzi che consentissero loro di giungere a quella data. Non dobbiamo dimenticare anche che la lievitazione delle spese per la erogazione dei servizi sanitari è un male che affligge tutte le nazioni. Alcuni studiosi in Germania sostengono che nel 2000 i tedeschi lavoreranno esclusivamente per pagarsi la piena salute, ed i francesi, con il piano « Barre », sono stati costretti recentemente ad aumentare i contributi, riducendo nello stesso tempo le prestazioni.

In Italia, per quanto riguarda il maggiore ente mutualistico, l'INAM, mi risulta che incontra notevoli difficoltà per pagare i compensi ai medici ed alle farmacie per il mese di novembre.

La riforma è quindi diventata una necessità, e non più una scelta. Ma dinanzi al discorso della riforma, con tutta la problematica ad esso connessa, non vi è chi non teme che essa possa nascere già « vecchia », perchè gli attuali schemi in discussione sono stati concepiti da oltre 15 anni, e secondo particolari indirizzi ideologici. Non è possibile, giunti al punto in cui siamo giunti, ricominciare tutto da capo, ma resta il fatto incontrovertibile che una riforma, qualsiasi essa sia, non può nè improvvisarsi nè attuarsi da un giorno all'altro. La sua discussione e la sua approvazione, ed ancor più la sua iniziale applicazione, possibilmente senza sbagli, si presume richiedano tempi non brevi.

E la conferma della gravità del problema mi viene data anche dal fatto che in questi giorni, in cui il Governo « si confronta » con i partiti che con le astensioni lo appoggiano, non è stato ritenuto, ciò nonostante, opportuno, affrontare il discorso della riforma sanitaria. Eppure il presidente Andreotti, nel suo discorso di presentazione del Governo alle Camere, pose l'accento sulla urgenza della « razionalizzazione » del sistema.

Forse andrebbe studiata la possibilità di dar vita ad un provvedimento di tipo transitorio, che eviti il permanere di qualsiasi situazione di vuoto di strutture e di incertezza, consentendo nel contempo un doveroso aggiornamento dei costi che la riforma comporta (e che nel disegno di legge dovranno

essere previsti), e l'approfondimento di alcuni problemi, tra i quali non ultimo quello del personale dipendente dagli enti mutualistici.

A mio giudizio, in tempi brevissimi, un disegno di legge dovrebbe prevedere:

1) l'anticipazione del traguardo finale della riforma, estendendo in eguale misura le prestazioni sanitarie a tutti i cittadini, portandoli così in posizione di eguaglianza;

2) lo sblocco delle convenzioni con i medici degli enti mutualistici, nonché la regolamentazione dell'attività libero-professionale dei medici ospedalieri a tempo definito, alla luce di recenti decisioni di alcuni tribunali amministrativi regionali;

3) l'anticipazione della istituzione di alcuni organi previsti dalla riforma, con la creazione immediata del Consiglio sanitario nazionale;

4) la istituzione del *ticket*, per lo meno per i farmaci della seconda categoria del prontuario di recente istituzione, per responsabilizzare così gli assistiti;

5) la creazione di presupposti per il più facile passaggio dei poteri dalle mutue ai nuovi organi, con la creazione di un commissario unico, che agisca nell'ambito delle direttive dei Ministeri interessati e del Consiglio sanitario nazionale. Tale gestione provvisoria potrebbe preparare la liquidazione degli enti e nel contempo superare lo sbarramento della scadenza del 30 giugno 1977;

6) la razionalizzazione, con la unificazione, dei presidi sanitari che fanno capo alle province (consorzi antitubercolari, laboratori di igiene e profilassi, consultori ex-ONMI, IPAI, servizi di medicina scolastica, centri di igiene mentale, servizi antitracomatoso, anticeltico, eccetera).

I nuovi organismi potrebbero iniziare il discorso della prevenzione, avendo già essi per il passato esercitata, sia pure in minima parte, tale attività;

7) procedere alla redazione di un contratto unitario, sia normativo che economico, per tutto il personale medico e paramedico dipendente da enti pubblici. Non è pos-

sibile infatti continuare a vedere profonde diversificazioni nei trattamenti economici tra gli ospedalieri, i medici condotti, gli ufficiali sanitari, i medici ed i veterinari provinciali, i dipendenti delle mutue e del Ministero della sanità. Attualmente un medico provinciale percepisce mediamente poco più di lire 400.000 mensili, e controlla i direttori di ospedale, che percepiscono più di un milione;

8) la messa a punto di un provvedimento finanziario capace di smobilitare gli ingenti debiti delle mutue, in modo da consentire il passaggio al nuovo Servizio sanitario nazionale di un sistema pulito e non appesantito da assurde situazioni economiche.

Sono, queste che ho esposte, delle ipotesi personali, che scaturiscono soprattutto dalla profonda preoccupazione per l'attuale situazione sanitaria, rapportata alla difficilissima situazione economica esistente oggi nel Paese.

Se si verificherà la previsione del ministro Stamatì per il 1977, che ipotizza una svalutazione monetaria del 20 per cento, con sviluppo zero, il costo delle prestazioni sanitarie in Italia supererà i 10.000 miliardi, rappresentando quindi un onere pressochè insopportabile.

Purtroppo, non possiamo sbagliare questa riforma, che è di capitale importanza e che interessa tutti.

E perchè ciò non avvenga è necessario che essa sia fatta dai politici con la piena collaborazione non solo degli utenti, ma anche dei protagonisti del futuro Servizio sanitario nazionale, vale a dire dei medici e dei paramedici.

Chi vi parla ha l'impressione che il pensiero dei medici sia stato, fino ad oggi, purtroppo, poco ascoltato, se non addirittura disatteso.

Dopo le enunciazioni delle cifre e dopo aver espresso alcuni miei pensieri personali, pur riconoscendo i limiti del bilancio 1977, propongo alla Commissione di voler esprimere un parere di approvazione.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Costa per l'ampia ed esauriente relazione. Non facendosi osservazioni, il seguito dell'esame del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 11,15.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 NOVEMBRE 1976

Presidenza del Presidente **OSSICINI**

La seduta ha inizio alle ore 15,10.

C O S T A , segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1977 (280), approvato dalla Camera dei deputati

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella n. 19)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1977, approvato dalla Camera dei deputati — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Come i colleghi ricordano, siamo in sede di discussione generale. È iscritto a parlare il senatore Giudice.

G I U D I C E . Sarò brevissimo, anzi telegrafico, anche perchè molte delle osservazioni di dettaglio sulla Tabella 19, che avrei voluto avanzare, erano già contenute nella relazione del collega Costa, e su di esse pertanto concordo con il relatore.

Desidero comunque esaminare analiticamente alcune voci del presente stato di previsione.

In primo luogo, alla Rubrica 2, il capitolo 1097; « Fitto locali » reca una previsione di 430 milioni: a tale proposito vorrei fare mia la raccomandazione del relatore circa l'opportunità di trasformare le spese d'af-

fitto in spese d'acquisto, in modo da non gravare più sui bilanci futuri. Mi rendo conto che, probabilmente, da parte del Ministero può esservi anche il desiderio di giungere a tale soluzione, ma ritengo che questo dovrebbe essere più che un desiderio.

Vi è poi al capitolo 1112 una previsione di spesa di un miliardo per il funzionamento del Centro-studi e dei Comitati per la programmazione ospedaliera. Ora, poichè tale somma appare, e lo affermava anche il relatore, piuttosto elevata, vorremmo qualche chiarimento in proposito.

Non certo elevata, invece, appare la somma stanziata al capitolo 1225, « Contributo al comune di Palermo per spese di assistenza e di difesa sanitaria ». Il contributo in parola, infatti, ammonta a ben 50.000 lire...

D A L F A L C O , ministro della sanità. Si tratta di un vecchio residuo.

G I U D I C E . Gradiremmo comunque qualche parola di chiarimento in merito. Vi sarà forse qualche motivo di principio per il mantenimento del contributo; ma certo, così come appare, andrebbe modificato. Oltretutto Palermo ha 750.000 abitanti, sarebbe allora preferibile non dare niente, piuttosto che una cifra irrisoria.

Il capitolo n. 1572 - « Sussidi e contributi per studi e ricerche nel campo della assistenza sanitaria ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare, della gerontologia e geriatria; della idrobiologia medica, della terapia fisica e della medicina nucleare, nonché nell'interesse dell'assistenza psichiatrica e dell'igiene mentale » — reca uno stanziamento abbastanza cospicuo: 110 milioni. Non appare però chiara la destinazione del contributo: quali sono cioè gli istituti i quali fruiscono di esso.

Al capitolo 1583 — « Borse di studio per l'addestramento e l'aggiornamento del personale tecnico sanitario. Somma da versare alla Regione Sardegna per le funzioni ad essa delegate » — è prevista una somma di 8 milioni. Ora, la mia appartenenza all'Università mi porta a considerare le borse di studio sempre benvenute; vorrei però sape-

re per quale motivo siano considerate solo quelle riguardanti la Regione Sardegna.

Anche il capitolo 2083 — « Spese per studi e ricerche per il controllo della salubrità e la difesa dell'igiene dell'ambiente e dell'abitato » — prevede una spesa cospicua: 500 milioni; ma anche in questo caso non è chiara la destinazione, non è cioè specificato attraverso quali istituzioni, quali strumenti dello Stato, si voglia effettuare la spesa stessa.

Tralasciando un paio di punti sui quali ci si è già soffermati, vorrei osservare che il capitolo 2589 — « Contributo all'Istituto italiano "Regina Elena" per la lotta contro il cancro e i tumori maligni » — recante un contributo di 50 milioni, si somma, praticamente, al capitolo 2594, che prevede un contributo di 150 milioni per lo stesso Istituto. Vero è che in quest'ultimo caso si parla di « potenziamento della sua attività di ricerca », ma si tratta comunque della stessa istituzione, per cui mi sembra che la voce avrebbe dovuto essere unica. Probabilmente vi sarà un motivo per la separazione, ma non lo conosciamo.

È già stato rilevato dal relatore che i contributi destinati dal capitolo 3073 ad « enti ed istituti per studi e ricerche in materia di igiene degli alimenti, radiocontaminazione alimentare, epidemiologia della malnutrizione e per interventi di educazione sanitaria in materia di igiene dell'alimentazione » si basano su di uno stanziamento piuttosto esiguo: 20 milioni sono pochi per una materia così vasta; così come esigui appaiono i contributi di 20 e di 5 milioni devoluti dai capitoli 3531 e 3533 rispettivamente alle spese per le ispezioni alle officine farmaceutiche ed alle spese « per l'esecuzione del controllo dei medicinali nell'interesse dello Stato effettuato dai laboratori provinciali d'igiene e profilassi ». Anche a tale proposito vorrei esimermi da osservazioni marginali o rinunciabili, vorrei però osservare che, a meno che non vi siano stanziamenti *ad hoc* nei bilanci degli enti locali, 5 milioni da parte dello Stato per gli scopi indicati dal capitolo 3533 sono veramente pochi.

Il capitolo 4081 stanziava 2.300 milioni per l'abbattimento degli animali. Ora, mentre capisco la voce successiva — capitolo 4082: « Indennità per l'abbattimento degli animali infetti di tubercolosi e di brucellosi » — il cui stanziamento è di 9.988 milioni, debbo osservare che il capitolo 4081 prevede una devoluzione generica, sulla quale vorremmo quelle spiegazioni che mancano. Emerge, cioè, una certa preoccupazione nel considerare tale indennità per l'abbattimento degli animali, nel timore che possa essere spesa in maniera diversa dalla volontà del legislatore. Noi abbiamo premiato, in passato, lo abbattimento degli animali con 50.000 lire a capo, avviando il depauperamento zootecnico: desidererei sapere per quale scopo è stanziata la somma in questione.

Z U R L O , *sottosegretario di Stato per la sanità*. Si può parlare di depauperamento solo nel caso di abbattimento di bestiame sano.

G I U D I C E . Ma mentre la voce riguardante l'abbattimento del bestiame ammalato è molto chiara, come dicevo, questa è un po' generica e pertanto vorrei capire a cosa è destinata.

Infine, il capitolo 4085 destina 4 milioni alle borse di studio per i veterinari e per il personale addetto al servizio veterinario, in tutta Italia: mi sembra una cifra irrisoria. Verrei ora a due punti sui quali vorrei dire poche parole in più.

Ho notato con molta soddisfazione che al capitolo 2577 è stato portato da lire 1.130 milioni a lire 1.500 milioni il finanziamento dedicato ai contributi per l'istituzione e il funzionamento di centri per le malattie sociali presso cliniche ed istituti universitari, nonché presso istituti a carattere scientifico, con un aumento di quasi 370 milioni. Tale iniziativa è, secondo me, assolutamente da incoraggiare, e se possibile — mi rendo conto che non è facile reperire le somme —, da potenziare ulteriormente, essendo estremamente importante che questi centri vengano messi al servizio del Paese, direttamente attraverso contributi del Ministero,

ovvero più propriamente attraverso interventi delle Regioni, in qualche modo incoraggiati e sostenuti dallo Stato (mediante una collaborazione tra Ministero della sanità da una parte, Regioni ed università dall'altra). Bisogna usare quanto di produttivo e di sano vi è ancora nelle università: quando esiste un istituto universitario, esistono già delle strutture, anche se inadeguate al numero degli studenti. Certe ricerche scientifiche possono essere potenziate attraverso un contributo, o addirittura rese possibili; e possono anche essere orientate secondo quella finalizzazione della quale tanto si parla in tutto il Paese, e che viene accertata dagli istituti di ricerca, cioè dal Consiglio nazionale delle ricerche. Quella di cui al capitolo 2577 sarebbe quindi una spinta in tal senso; e la finalizzazione sarà facile nella facoltà di medicina, dove qualunque ricerca, anche se è di base, è finalizzata. Ecco perchè auspicherei addirittura quella collaborazione stretta tra Ministero della sanità e Regioni, di cui parlavo, poichè le Regioni potrebbero intervenire nello stesso senso; dovrebbero anzi stipulare convenzioni con le università per quanto riguarda le facoltà mediche e biologiche, per stimolare la ricerca, più o meno immediatamente applicativa, di tipo biomedico.

Vorrei, per concludere, dire qualcosa a proposito dell'Istituto superiore di sanità. Noto con soddisfazione che vi è stato un incremento del suo bilancio e lo ritengo quanto mai utile: nessuno può negare, infatti, la funzione che esso ha sempre svolto e che svolge in questi particolari momenti, come nel caso Seveso ed in altri consimili. È una istituzione veramente insostituibile, ma vorrei fare due osservazioni al riguardo.

In primo luogo, sarebbe auspicabile che anche in qualche regione esistessero, a livello appunto regionale, istituti simili, perchè non possiamo pensare di scaricare sulle spalle, per quanto robuste, dell'Istituto superiore di sanità tutti i problemi sanitari che via via si presentano in maniera drammatica, con carattere di urgenza, al Paese.

In secondo luogo vorrei che l'Istituto superiore di sanità fosse in qualche modo sgra-

vato di una funzione che gli viene sempre attribuita: quella, cioè, di dover essere una specie di grosso istituto provinciale di igiene e profilassi, di un grosso laboratorio in grado di assolvere ad ogni funzione. In tal modo esso si è allontanato sempre più dalle funzioni in passato svolte egregiamente e che bisognerebbe invece incoraggiare, cioè le funzioni attinenti alla ricerca scientifica di base. Sono sicuro che questa è un'aspirazione degli stessi responsabili dell'Istituto, poichè in tal modo esso sarebbe riportato da incombenze di laboratorio di analisi di tipo tecnico a quella che dovrebbe essere la sua funzione più importante.

Mi auguro quindi che in qualche modo, anche attraverso iniziative legislative, l'Istituto superiore di sanità venga restituito alla ricerca di base, e che i 150 milioni destinati alle borse di studio nel capitolo 4582 possano rappresentare un contributo importante in questo senso, rilanciando la ricerca scientifica dell'Istituto stesso.

M E R Z A R I O . Onorevole Presidente, onorevole rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, avrei preferito che i compagni del mio Gruppo mi avessero esonerato dal compito di aprire anche quest'anno gli interventi della mia parte politica sulla spesa pubblica per la sanità, interrompendo così la serie dei miei interventi globali sul bilancio dello Stato per la spesa che ci compete come Commissione sanità. Senonchè è prevalsa la tesi che sarebbe risultato più facile — o più coerente — riassumere il giudizio della mia parte politica tenendo conto dei miei precedenti interventi.

In verità, nello stendere questi appunti, ho dovuto respingere due tentazioni: quella di riconoscere non del tutto infondata la ricorrente osservazione che si tratta di uno stanco ed ossessivo rituale e quella di attenuare al massimo l'impegno partecipativo, dato che siamo in seconda lettura e che il bilancio 1977 è figlio illegittimo del Governo in carica.

Per quanto riguarda la prima obiezione, sarebbe bastato pescare ad occhi chiusi negli stenografici dei bilanci precedenti per trovare un ampio ventaglio di argomenti che

conservano, nostro malgrado, un valore di permanente attualità; per la seconda osservazione, basterebbe evitare il rischio di essere accusati di rassegnazione rinviando, come purtroppo facciamo sempre, a momenti migliori un più stringente confronto sui temi di maggiore respiro che caratterizzano la presente fase di acuta e lacerante crisi del nostro sistema sanitario.

Qual è allora l'elemento nuovo che ci sprona a superare il diffuso e comprensibile stato di malessere e che è possibile cogliere scorrendo gli interventi svolti nelle 14 Commissioni permanenti della Camera dei deputati e nelle Commissioni permanenti del Senato? È la consapevolezza della gravità della crisi economica, sociale, politica e financo morale che travaglia il nostro Paese e, per ciò che riguarda noi comunisti, la non affievolita volontà di sviluppare la necessaria e rigorosa iniziativa per uscire positivamente dalle difficoltà e soddisfare l'esigenza di un profondo risanamento e rinnovamento della società.

Credo sarebbe ingeneroso dubitare della sensibilità dei colleghi di altre parti politiche, che ritengo parimenti convinti del fatto che il settore sanitario concorre in larga misura a rendere esplosiva la crisi economica ed istituzionale del Paese: il nostro settore presenta i più ampi margini di spreco e di dissipazione delle risorse monetarie e, in definitiva, richiede incisive misure riformatrici, prima che si tocchi il fondo della completa ed irreparabile bancarotta.

Ora, per non appesantire il mio intervento oltre i limiti del ragionevole, e per renderlo più discorsivo che schematico, non intendo inflazionare i colleghi con un supplemento di dati, tabelle e comparazioni, comprovanti la crescente incidenza della spesa sanitaria e, più in generale, della spesa di sicurezza sociale, sul reddito nazionale lordo; e neppure procederò alla ricostruzione dei fattori che producono i molteplici fenomeni di lievitazione dei costi nei vari comparti della cosiddetta industria della salute.

Dal momento che non troviamo più in circolazione nessun difensore dell'attuale as-

setto sanitario, dal momento che sembra corale ed unanime il riconoscimento che ad una spesa abnorme, incontrollata nella sua degenerazione consumistica, ingiustificata per i suoi aspetti parassitari e mercantili, fa riscontro una caduta verticale dei livelli medi di salute della nostra popolazione, dal momento infine che sul piano teorico e concettuale ci troviamo persino privi dei tradizionali oppositori della riforma, salvo magari ritrovarli agguerriti e dotati di un forte potere di contrattazione quando si passa dalle belle formule a concrete misure operative che intaccano illeciti interessi pre-costituiti, non avrebbe molto senso da parte nostra imitare i ruminanti rimasticando le cause e le responsabilità del perdurante processo di sfilacciamento del tessuto sanitario nazionale.

Avrò inteso male la parte conclusiva della esposizione fatta dal collega relatore Costa, ma francamente non credo che gli stessi impegni programmatici del Presidente del Consiglio si possano interpretare nella chiave riduttiva della razionalizzazione. Non si tratta di razionalizzare un sistema tanto deteriorato, ma di sanare alla radice i mali strutturali ed impedire che rimanga un sistema che presenta sacche di oneri parassitari e, per ciò stesso, generatori di ulteriori guasti umani e sociali, individuali e collettivi.

Ora, i sei punti che erano stati indicati dall'onorevole Andreotti per il successo della riforma e che non cito perchè consacrati in atti ufficiali, erano cosa ben diversa dalla proposta riduttiva qui avanzata dal relatore e che tende, sostanzialmente, ad una specie di legge stralcio con misure provvisorie, disorganiche, scarsamente incisive ed in prevalenza finalizzate ai soli — anche se importanti — aspetti contrattuali e normativi per gli operatori sanitari.

Ora, voi conoscete le nostre posizioni sul carattere che dovrebbe avere il progetto di riforma, non ignorate il giudizio — in buona parte positivo — che abbiamo inteso dare alle conclusioni cui è pervenuto il Comitato ristretto della Camera dei deputati per l'esame della riforma sanitaria nel corso della sesta legislatura; non ignorate per-

ciò la nostra dichiarata disponibilità a prendere come base quel testo e ad apportare poche modificazioni per arrivare a completare i due titoli riguardanti i tempi attuativi ed il finanziamento, due problemi rimasti in ombra nella passata legislatura.

Sono altresì noti i documenti sottoscritti da noi e dal partito socialista italiano, così come gli orientamenti espressi dalle organizzazioni sindacali e dalle regioni. A nostra volta, siamo interessati, onorevole Ministro, a conoscere ufficialmente i motivi ed i contrasti che hanno ritardato la presentazione del progetto governativo al Consiglio dei ministri, perchè è necessario conoscerli, se davvero si vogliono rendere rapidi l'esame e l'approvazione da parte delle Assemblee legislative.

Siccome non viviamo sotto una campana di vetro, o per usare l'espressione del senatore Rampa non ci nascondiamo dietro un dito, siamo a conoscenza della travagliata stesura del nuovo testo e dei successivi ritocchi, ma desideriamo confrontarci alla luce del sole, per non ingenerare equivoci oltre a quelli già alimentati per finalità poco nobili.

Abbiamo constatato che da alcune parti viene riproposto il tema dei costi e della compatibilità con le risorse disponibili, e non saremo certamente noi comunisti a sottrarci a questo esame preliminare, ma riteniamo che non è più tempo di escogitare alibi di fragile consistenza. Gli ultimi livelli di indebitamento stanno a comprovare che il costo maggiore oggi viene determinato dalla non riforma, sicchè il vuoto che si è creato in questi ultimi anni — a nostro modesto avviso — deve essere riempito con estrema sollecitudine e le scadenze vanno rispettate, rendendo meno pregiudizievole il ritardo nel predisporre le misure organizzative della fase di transizione, cosa che occorre fare prima del 30 giugno 1977.

Sono d'accordo con il senatore Rampa quando afferma che nessuno oggi è in grado di governare questa fase transitoria, ma non basta questa critica verso ignoti, perchè se ci limitiamo a fare queste affermazioni di principio ma non produciamo risultati tangibili, irrobustiamo soltanto il coro della

generica lamentazione. A questo punto si tratta di vedere come riusciamo a rigovernare questa spesa, per non creare danni difficilmente calcolabili.

Tanto per citare un caso — nel mio intervento questi casi li citerò solo come tentativo di rendere emblematico un ragionamento — abbiamo più volte accennato alle prospettive che occorre dischiudere per il personale dipendente degli istituti mutualistici. Francamente ci sembra di secondaria importanza, collega Costa, ipotizzare l'uso dell'attuale sede romana nazionale dell'INAM per gli uffici ministeriali, quando siete pure voi informati che nella sede centrale e nelle strutture periferiche si respira da troppi mesi un clima di disarmo e di crescente disimpegno. Ormai si sono rotti tutti i meccanismi di controllo, ridotte le capacità di intervento nei poliambulatori, vengono scarsamente utilizzate le apparecchiature tecniche e scientifiche, bloccati i già difettosi filtri prevenzionali, tanto che oggi la spinta al ricovero ospedaliero non è più un fatto fisiologico ma una costante patologica.

Poniamo mente per un attimo all'ingigantirsi del consumo farmaceutico dissennato: abbiamo qui un triste campionario di ricette con un numero di sei zeri cadauna, nelle quali la iperprescrizione rasenta il reato di truffa, per non dire di peggio. Ad esempio, un professore dell'ENPAS in una sola ricetta ha ordinato 1.803.204 lire di medicinali ad un paziente, che disgraziatamente poi è morto. Ancora, c'è una ricetta da primato mondiale, di tre milioni e mezzo di prescrizione. Ora, non si tratta di fare dello scandalo a buon mercato, ma il fatto è che non possiamo più tollerare queste cose, che gridano vendetta a Dio.

Quando sarà definita in termini operativi la nostra proposta per una indagine seria e circostanziata nel settore farmacologico ci sforzeremo di recare, se il Governo lo desidererà, un ulteriore contributo di idee, di proposte responsabili e costruttive. Nel frattempo, non possiamo nascondere una viva preoccupazione circa le misure che sentiamo anticipare da vari esponenti governativi. Noi ci domandiamo perchè in una materia tanto importante e delicata, con una spesa

che sta superando i 2.000 miliardi di fatturato, minando e non risanando la salute, si continui a manovrare attraverso operazioni confuse, contorte, con dei colpi di spillo per saggiare le reazioni, per non turbare magari nessuno lasciando incancrenire una situazione di per sè già abbastanza dirompente. Da un paio di mesi siamo sottoposti a continue docce scozzesi, per le singolari e contrastanti dichiarazioni di esponenti governativi. Sinceramente non volevo risollevare questo problema, ritenendo valido il giudizio che abbiamo già abbondantemente espresso quando discutemmo con il Ministro il nuovo prontuario terapeutico.

Mentre attendiamo ancora che il Ministro della sanità ci fornisca la documentazione promessa un mese fa, mentre aspettiamo ancora un chiarimento sulle tabelle degli stupefacenti, dalle quali dipende che la legge antidroga produca i suoi effetti positivi, abbiamo registrato le dichiarazioni originali del Sottosegretario al lavoro, e ci è stata garantita una delucidazione che ancora non ci è pervenuta. Poi pochi giorni fa è stato il turno del Ministro dell'industria, che alle Commissioni riunite industria e sanità della Camera, ha dato la sua versione sul nuovo metodo di determinazione dei prezzi, sul *ticket* — oltretutto un termine impropriamente usato — e, ciò che maggiormente suscita contrasti, sull'abolizione dello sconto mutualistico del 19 per cento. Conosciamo, onorevoli colleghi, le rispettive competenze dei vari Dicasteri, ma nessuno potrà mai persuaderci che questioni tanto importanti debbano essere lasciate alla discrezionalità e agli umori quotidiani dei singoli Ministri. Oltretutto non è più tollerabile il metodo di disattendere gli impegni presi e di ridurre le Commissioni e il Parlamento intero ad organismi di semplice registrazione di fatti compiuti, decisi altrove.

Salto tutta la parte analitica di commento alla relazione dell'onorevole Donat-Cattin, certamente interessante ma anche contraddittoria, tra le premesse, riguardanti la sostenuta vendita di farmaci, l'aumento del livello medio dei prezzi del 16,8 per cento in un anno, la crescita dal 1969 al 1975 del prez-

zo al pubblico per confezione del 45 per cento, la massiccia azione di persuasione e lo spreco propagandistico, le manovre di imboscamento, i 150 miliardi non versati dall'industria agli enti mutualistici per lo sconto del 19 per cento; e dall'altro lato la parziale validità delle conclusioni alle quali è pervenuto. Ho visto stamane, non so su quale giornale, che anche i farmacisti si impegnano a promuovere in questi giorni un'agitazione, quindi anche questo settore appare turbolento. E noi cosa proponiamo, come riusciamo a stabilire un colloquio, un rapporto con i Ministri competenti senza giocare sempre a guardie e ladri? Ha ragione l'onorevole Morini della Democrazia cristiana quando lamenta un mancato collegamento tra Camera e Senato.

Vorrete perdonare il mio tono accalorato, ma anche a prescindere da eventuali divergenze nel merito, la nostra Commissione è stata più volte unanime nel riconoscere l'utilità di un esame approfondito della materia, evitando soluzioni improvvisate e i pericolosi colpi di testa.

Proprio perchè crediamo, nonostante tutto, nelle regole della lealtà politica non presenteremo ordini del giorno, convinti che bastino le determinazioni già assunte, per quanto riguarda i farmaci, in tre riunioni consecutive della nostra Commissione.

Completando l'accento al problema del personale mutualistico, vorrei che i colleghi riflettessero sul fatto che è stato bandito un concorso per 2.000 posti all'INPS, quando il buon senso dovrebbe consigliare di stabilire un raccordo tra istituti di previdenza ed enti mutualistici, per non rendere inattuabile il principio della mobilità e della sistemazione ottimale degli organici necessari alle nuove attribuzioni dei servizi unificati. Anche sotto questo profilo ci sembra indispensabile una risposta precisa e tempestiva del Governo.

Il Ministro della sanità, replicando agli interventi svolti alla Camera sulla Tabella 19, giudicava invalicabile la scadenza del 1° luglio 1977 per lo scioglimento degli enti mutualistici, che occorre preparare con la sistemazione del personale, e sosteneva l'opportu-

nità di dare vita ad un gruppo di lavoro interministeriale, per procedere ad un inventario dei problemi e cominciare ad individuare alcune ipotesi di soluzione. Sono trascorse esattamente sette settimane, e quindi chiediamo: è stato costituito il gruppo di lavoro? Con quali criteri, per quali finalità? Perché se si resta inoperosi, ogni foglio che si stacca dal calendario equivale ad una perdita secca di miliardi, difficilmente recuperabili, ed equivale quindi a scaricare poi sulle Regioni un'eredità paralizzante.

A noi pare siano queste le considerazioni più strettamente aderenti che si potevano fare al bilancio in esame anche se, ci rendiamo conto, le cifre preventivate nella Tabella 19 sono circa un decimo della spesa complessiva preventivata e poi erogata dalle varie e non coordinate strutture sanitarie operanti sul territorio nazionale.

Entrando nel merito del documento contabile, è impossibile discuterne seriamente, dal momento che non disponiamo di precisi punti di riferimento e di conoscenza. È già accaduto in passato che, nel tentativo di assolvere con diligenza e serietà il nostro compito di legislatori, più volte abbiamo richiesto un quadro complessivo della spesa sanitaria, e ricordo che per alcuni esercizi finanziari ci avventurammo nell'ardua impresa di ricostruire (attraverso i nostri modesti ed artigianali strumenti di indagine) l'unità dei vari settori di contabilità, per scuotere dal torpore, dalla sconcertante indifferenza i responsabili che si sono avvicendati alla direzione politica del Ministero. Certo, la nostra fatica è stata confortata da espressioni di simpatia, da amichevoli riconoscimenti positivi ma, a molti anni di distanza, non si è voluto quantificare il volume complessivo della spesa, la sua articolazione per campi di intervento, in modo da rendere agevole la necessaria verifica e il periodico aggiornamento dei dati. Sulla stampa si sparano cifre incontrollate, ma noi non possiamo giocare sui 100 miliardi in più o in meno, non possiamo scherzare sulle spese sanitarie. Non desidero essere polemico, ma vorrei sapere a cosa servono gli uffici studi se tra i dati delle regioni, i dati del Mini-

stero e quelli riportati dalle varie riviste specializzate esistono differenze addirittura abissali. Senza tirare in ballo i più elementari principi della programmazione, senza indugiare sull'altrettanto ovvia constatazione che non si governa una spesa quando si rinuncia a prevedere qualsiasi dinamica pluriennale, rimane il fatto che il pretesto giustificatorio di attribuire sempre al Tesoro la responsabilità di tutte le manipolazioni si trasforma in colpevolezza, perché viene a mancare la collegialità dell'Esecutivo, e per la persistente inclinazione del Ministro — più dei suoi funzionari devo dire — a non esercitare le sue competenze specifiche, onorando le sue prerogative istituzionali. Dico questo pur non essendo tenero verso il Ministero del tesoro, perché chiunque abbia sensibilità per i problemi sanitari sa con quanta fatica siamo riusciti a ottenere di stretta misura determinati contributi, non ultimo quello che riguarda il rifinanziamento dei piani di risanamento del bestiame, per la brucellosi, per la tubercolosi bovina. Teniamo conto che l'interruzione dei piani pluriennali di risanamento ha provocato miliardi di danni, un dissesto notevole nel nostro patrimonio zootecnico e, non secondariamente, un maggiore disavanzo nella nostra bilancia commerciale.

Questo inciso ci porta a formulare un'altra osservazione critica. Non solo l'apparato burocratico del Ministero fatica a conoscere la realtà della spesa effettiva, ma nel dimostrarsi troppo interessato a perpetuare una concezione verticistica ed accentratrice finisce per ricalcare modelli e procedure al limite della correttezza costituzionale, e in fatto di gestione ordinaria si espone ai rilievi della Corte dei conti.

Tenendo conto di tutti gli aspetti negativi connessi alla politica dei residui, alla lentezza e alla macchinosità delle operazioni finanziarie, condivido la proposta avanzata dai miei colleghi alla Camera, di impegnare trimestralmente la Commissione ad un controllo per campione della spesa ministeriale. Non è dato di intravedere altre soluzioni per introdurre i necessari correttivi, se vogliamo conferire credibilità e trasparenza ai bilanci. Ho apprezzato l'inter-

vento del senatore Giudice ma, non per demoralizzarlo — anche se ognuno di noi deve pagare lo scotto del suo entusiasmo parlamentare — devo avvertirlo che non è quasi mai avvenuto, purtroppo, che una cifra del bilancio sia stata modificata, in Commissione o in Assemblea. Ora, noi abbiamo bisogno di realismo e autenticità negli stati di previsione della spesa, di correttezza e serietà nei rendiconti consuntivi. Perché ho accennato dianzi ai rilievi della Corte dei conti? Pur comprendendo che il nostro mandato politico e la nostra funzione legislativa non devono essere rigidamente influenzati da valutazioni di ordine burocratico-contabile, ci pare doveroso, in questa sede e in questa occasione, cogliere il senso di un documento generalmente ignorato e, diciamoci la verità, quasi sempre cestinato con senso di fastidio, forse anche per la sfasatura temporale con la quale ci viene consegnato.

Un primo elemento di interesse è dato, mi sembra, dalla constatazione che la spesa del Ministero della sanità, se si inseriscono in essa le partite collaterali che non figurano nella Tabella 19, è arrivata ad un livello tale da collocarla tra le più rivelanti, subito dopo quelle del Tesoro, delle Finanze, della Pubblica Istruzione e prima di quella della Difesa. A questo proposito penso che ci saranno probabilmente altre ragioni che hanno fatto ritenere a molti Ministri il vestito sanitario troppo stretto, e li hanno spinti a decollare da un Ministero che gestisce una grossa fetta del denaro dello Stato. La rilevazione di questo alto livello inizia ovviamente dal 1975, con il primo grosso accreditamento sul Fondo nazionale ospedaliero, pur escludendo le somme impiegate nel settore dell'assistenza sanitaria extra-ospedaliera, dal momento che anche dopo l'emanazione della legge n. 386 è rimasta agli Istituti mutualistici l'assistenza specialistica e generica (2.235 miliardi per le prestazioni erogate). Sarebbe quanto mai interessante ed istruttivo mettere a confronto le cifre che discutiamo ogni anno con le risultanze accertate dalla Corte dei conti; se ci provassimo una volta soltanto, ci con-

vinceremmo che bisogna cambiare metodo, soggetto e regia. Non intendo però commentare le incongruenze accertate dall'organo di controllo nella organizzazione dei servizi e nei rapporti con il personale. Non intendo produrre la documentazione riguardante le osservazioni critiche sulla disciplina normativa, il ritardo nell'emanare il regolamento per il controllo igienico della produzione e delle vendite di sostanze alimentari; la mancata redistribuzione delle competenze tra Ministro e Regioni (ad esempio per l'inquinamento atmosferico, in materia di veterinaria, eccetera). Non intendo riproporre i rilievi della Corte dei conti sulla spesa di ben 686 milioni per certe collaborazioni di studio attraverso convenzioni ed incarichi, risultati per due terzi non regolari. Inoltre, le erogazioni sono andate al di là delle disponibilità: in conclusione, poichè nessun Ministro è in grado di controllare queste cose, occorrerebbe usare la scure. Altrettanto discutibile è la spesa di 578 milioni per missioni e trasferte, anche qui con fenomeni di abusivismo e irregolarità, per i quali è da scomodare addirittura la magistratura, per le ore straordinarie figurative, mai effettuate. Non stiamo quindi a parlare di assenteismo per gli operai della Fiat!

Per quanto riguarda la difettosa utilizzazione dei fondi iscritti al capitolo 1577 per l'assistenza psichiatrica delle province, con la conseguente formazione di grossi residui passivi, il discorso si farebbe troppo lungo, se rapportato alla necessità di affrontare seriamente e con visione organica il grosso problema della riforma psichiatrica. Ne ha parlato il senatore Rampa e non vi tornerò sopra; però, dal momento che il collega Rampa è assente, vorrei dire al senatore Pinto che non siamo d'accordo con alcune sue argomentazioni, che però richiedono una risposta più meditata. Si va avanti con la vecchia concezione manicomiale, appunto perchè mancano i mezzi per rinnovare la struttura. Ecco perchè non condividiamo la tesi di fondo del collega Pinto, che meriterà una risposta più argomentata, comunque, in altra occasione.

Di un certo peso sono anche i ricorrenti rilievi alla molteplicità delle erogazioni in fa-

vore della Croce Rossa Italiana, che ritroviamo ancora in tabella, quest'anno, ai capitoli 2585, 2586, 2587, 2591 e indirettamente al capitolo 1574. Ora ricordo, onrevole Ministro, che per alcuni anni discutemmo i bilanci delle contabilità speciali, come quelle della CRI e dell'Istituto superiore di sanità. Rimangono aperti i problemi di prospettiva per i servizi di emergenza, soccorso ed assistenza alle popolazioni colpite da calamità: sarebbe forse utile che la nostra Commissione dedicasse qualche attenzione a questi problemi, dopo che la Presidenza avrà valutato le relative procedure. Un mio collega di Gruppo mi informava prima della seduta che è stato distribuito lo stampato 280-19 annesso 1, relativo al consuntivo della CRI per il 1975. Ora, a parte la tardiva distribuzione, che ha impedito anche al relatore di farne cenno, a parte il fatto che si tratta di un documento indecifrabile, perchè il corpo tipografico usato è il più piccolo in commercio, ciò che è più grave è che non vi è una sola riga di commento, che possa consentire di valutare la dinamica della spesa, la quale ha già raggiunto il non trascurabile volume di 20 miliardi.

Non conosciamo in quale misura il Ministero intenda favorire, come dovrebbe, l'azione di rinnovamento e di risanamento interno delle proprie strutture, prima di ipotizzare progetti di lunga prospettiva.

D A L F A L C O , *ministro della sanità.*
Li ha prospettati.

M E R Z A R I O . Lo abbiamo sentito. In Commissione si è parlato della necessità di avere una grossa struttura: forse il Ministro non lo sa ma, dal momento che abbiamo rapporti franchi, gli dirò che da due anni esiste il progetto di utilizzare la sede centrale dell'Inam, e mi risulta che già sarebbero stati scelti gli uffici per lacuni capi divisione.

D A L F A L C O , *ministro della sanità.*
Non lo escludo, ma potrebbero essere solo dei desideri.

M E R Z A R I O . Mi sembra che la Sanità stia entrando in un tunnel estremamente pericoloso.

A parte ciò, ci limitiamo a giudicare grave la tendenza alla lievitazione dei residui passivi, già riscontrata nei precedenti esercizi.

Passando a considerare il Fondo ospedaliero, non possiamo accontentarci del giudizio formulato dal relatore, il quale ritiene, giustamente, anomalo il bilancio in discussione, poichè non comprende che una piccola parte della spesa ospedaliera. Occorre piuttosto sollecitare una risposta precisa sul modo in cui il Governo intende colmare lo scarto tra somma stanziata in bilancio — 625 miliardi — e l'ammontare della spesa ospedaliera non coperta dai contributi previdenziali, e sempre nell'intesa che l'incremento si mantenga nei limiti del 13,70 per cento, registrato nel 1976.

Ora, rispetto all'aumento del 20 per cento degli anni 1974 e 1975, appare abbastanza pretestuosa la polemica nei confronti delle Regioni, obbligate ad operare nella morsa delle difficoltà ereditate dal sistema mutualistico. È a tutti noto che il Governo, dimostrando scorrettezza politica, non ha ancora provveduto ad adeguare il Fondo per il 1976, nonostante le Regioni abbiano già fornito i dati necessari per la determinazione della spesa. Ciò compromette i lodevoli sforzi tendenti a rendere più razionale l'assistenza ospedaliera, vanificando i primi risultati di contenimento del tasso di espansione, a causa della onerosità degli interessi bancari per le anticipazioni, cui le Regioni devono ricorrere se non vogliono rendere esplosivi i rapporti con i dipendenti ed i fornitori degli ospedali. L'ultima notizia in proposito è che i fornitori hanno praticato, negli ultimi mesi, dei prezzi maggiorati onde compensare in qualche modo l'attesa cui sono costretti; per cui hanno venduto agli ospedali, e cioè in pratica alle Regioni, i medicinali a prezzi più alti di quelli praticati nelle farmacie.

Lasciate allora che sia ancora una volta un lombardo, e di una provincia tra le più ricche d'Italia, a manifestare la sincera preoccupazione che, così continuando, si allarghi la forbice delle disuguaglianze tra Nord e Sud: le Regioni già dotate di validi presidi terapeutici e di qualche struttura territoriale extraospedaliera raggiungono alti rapporti tra posti letti e bacini di utenza; le Regioni meridionali non riducono i disli-

velli tra strutture pubbliche e cliniche private, e restano con una rete ospedaliera da Terzo Mondo. Comunque, non ci sembra ulteriormente dilazionabile l'impegno del Governo ad adeguare il Fondo nazionale ospedaliero determinando, attraverso equi parametri, lo stanziamento per il 1976.

Pochissimi dati serviranno a chiarirci le idee meglio di qualsiasi contorsionismo dialettico. Alla coda dei debiti pregressi al 31 dicembre 1974, per un importo di 1.074 miliardi (ancora non coperti dai certificati di credito che il Tesoro doveva rilasciare, si sono aggiunti 840 miliardi per il 1975 e 1.400 miliardi per l'anno che sta per concludersi. Rispetto alla spesa, ereditata dalla gestione mutualistica, di 3.488 miliardi annui, le Regioni chiudono con 3.503 miliardi e quindi, nonostante gli effetti inflazionistici, hanno dimostrato di saper governare la spesa ospedaliera.

Naturalmente esistono situazioni alquanto differenziate. In certe aree geografiche del Paese crescono a dismisura le spese correnti a scapito degli investimenti, ma occorre tener conto, nel settore ospedaliero, della pratica clientelare, che è dura a morire (se è vero che in un ospedale della provincia di Salerno si arriva a 75.000 lire per giornata di degenza). E soprattutto non possiamo dimenticare che certi fenomeni di infantizzazione della rete ospedaliera sono anche il prodotto del disservizio dei presidi esterni, per cui i nosocomi devono farsi carico di tutte le insufficienze territoriali.

È da respingere, quindi, con fermezza una allucinante affermazione contenuta in una relazione del Tesoro che in questi giorni, riferendosi agli ospedali, invoca l'occhio più vigilante del prefetto. Non siamo abituati a contrapporre agli attacchi — ad esempio — di Gustavo Selva, l'esperienza emiliana, il nostro « garofano all'occhiello », per le sue particolari benemeritenze, ma deve consigliare una riflessione più ponderata il fatto che in quella Regione vi è stato un aumento complessivo della spesa soltanto del 9,5 per cento e, badate, senza la riduzione del numero dei ricoveri, bensì attraverso idonee misure di contenimento della durata media della de-

genza ospedaliera. Senza voler portare altre statistiche: in alcuni ospedali si arriva anche a 15 giorni per una appendicite, mentre attraverso provvedimenti seri, da parte anche dei consigli di amministrazione, è possibile tagliare una fetta da questi eccessi, che poi creano paralisi negli ospedali.

Fatto questo inciso per un doveroso richiamo al nostro comune senso di responsabilità, per evitare facili giudizi ispirati al pressapochismo, il problema presenta comunque risvolti di obiettiva drammaticità, e una buona volta occorre definire, d'intesa con le Regioni, un sistema meno precario di rilevamento, puntuale e permanente, dei dati relativi alla spesa ospedaliera. Erano queste, in fondo, le richieste decise unitariamente dagli assessori regionali a fine settembre e avanzate al Ministro — e me lo consenta, onorevole Ministro, noi la vorremmo più coraggioso a dire dei sì o dei no quando è il caso — ma queste Regioni aspettano ancora l'assolvimento di determinati impegni, perchè ormai non riescono più a padroneggiare una situazione che sta diventando esplosiva in tutti gli ospedali.

Prima di completare la trattazione del problema ospedaliero intendo motivare rapidamente le ragioni che ci consigliano a non passare in rassegna tutte le questioni che hanno attinenza al bilancio e alla politica sanitaria. Alludo al settore assistenziale, che ci auguriamo venga integrato — con la legge n. 382 — nel più ampio contesto della sicurezza sociale; al superamento della pratica segregante e di emarginazione delle categorie più deboli e socialmente meno protette come gli handicappati e gli invalidi civili; al grosso nodo della specializzazione del corpo medico e quindi di un assetto diverso delle facoltà universitarie; alla pratica del lavoro d'*équipe* e dipartimentale rivalutando al tempo stesso — e ce ne è un estremo bisogno — la formazione del personale infermieristico, parasanitario e delle arti ausiliarie, di cui avvertiamo tutti la precarietà e i bassi livelli di qualificazione. Non riparlarne di questi argomenti non significa sottovalutarne l'importanza, ma diventa oggi preminente definire un quadro di riferimento per sistemare poi,

certamente con gradualità, i numerosi tasselli del mosaico sanitario.

Da questo punto di vista mi guardo bene dal criticare il relatore, che ha totalmente trascurato di commentare le « Note illustrative di carattere politico-economico » (alludo al documento n. 280-bis) che accompagnano il bilancio di previsione. Nelle 16 pagine riservate al Ministero della sanità non troverete la necessaria armonia, o, quanto meno, una minima proiezione tra le cifre della tabella 19 e la minuziosa descrizione degli orientamenti programmatici da perseguire nel 1977. Intendiamoci, non è che manchino i secondi, al contrario; ma ciò che suscita stupore e profondo disappunto è la superficialità e il notevole pressapochismo di una analisi totalmente svincolata dalla spesa previsionale, per cui se qualche collega — mi auguro che non ci sia — magari non predisposto ad interpretare il linguaggio arido, ermetico delle cifre, avesse ripiegato sulla lettura delle note illustrative, avrebbe ricavato la sensazione di una colossale malintesa. E vero che la copertina ci ricorda che il presentatore del voluminoso documento è il Ministro del tesoro Colombo, ma più che evidenziare l'anomalia dei tempi, sembra davvero di vivere su un altro pianeta. Ora, senza mai debordare dalla carreggiata del bilancio e quindi dall'oggetto specifico di questa seduta, noi abbiamo, per esempio per l'igiene pubblica, il riconoscimento che il nostro Paese mantiene il primato di molte malattie infettive; si sottolinea nel documento il ritardo nella lotta contro l'inquinamento atmosferico, la precarietà dello stato igienico delle acque, ma non si va oltre il formale auspicio, per il 1977, di intensificare la cosiddetta attività di studio, in collaborazione con altri dicasteri interessati. Prendiamo ad esempio la città di Roma: vi si manifestano casi di febbre tifoidea in maggior numero di quanti se ne manifestino negli interi Stati Uniti. Così nel campo della igiene e della sicurezza del lavoro, degli infortuni e delle malattie professionali, si riafferma la specifica competenza del Ministero del lavoro — ma questo lo sapevamo già! — limitando la competenza dell'amministrazione sanitaria al ruolo di fian-

cheggiamento. Il che significa che, ogni tanto, noi andiamo dal Ministro del lavoro a dirgli che, come sanitari, siamo preoccupati di Porto Marghera: tu pensa alla fabbrica, metti a disposizione le maschere antigas. Ma si può andare avanti in questa maniera? Perdurando questa miope, angusta visione, non c'è ragione di stupirsi se poi scoppiano i conflitti di competenza, la confusione dei ruoli, la frammentazione e lo scoordinamento degli interventi, la dispersione dei mezzi, l'inefficienza di qualsiasi politica prevenzionale coi relativi danni sul piano umano, sociale ed economico. Non voglio introdurre, anche se me lo ricorda la presenza della collega Squarcialupi, il caso di Seveso; io credo che molti nostri sottosegretari avranno incrociato spesso da quelle parti dopo che si è verificata la tragedia dell'ICMESA; certo si è trattato di una corsa nobile finché volete, ma è pur vero che c'è stata la massima confusione e il più assurdo scoordinamento.

È difficile reprimere un sentimento venato di rammarico se andiamo con la mente ad alcuni anni fa, quando si era in pochi a suonare il campanello di allarme, a denunciare i fenomeni di nocività nelle strutture produttive e nell'ambiente circostante. Allora incontrammo apatia e disinteresse: quando veniva documentato il diffondersi delle malattie così dette del progresso — erano i tecnici a chiamarle così —, gli stati invalidanti e i casi di Porto Marghera, di Taranto, delle industrie generatrici di silicosi, venivano considerati come un tributo che bisognava depositare all'altare del progresso tecnologico e del profitto dell'impresa. E invece la patologia degenerativa è proprio la novità di questi anni '70. Oggi non passa giorno che la stampa non dedichi pagine intere agli attentati contro la salute operaia e della collettività, ogni giorno questi episodi drammatici scoppiano come petardi concatenati dalle Alpi alla Sicilia. Seveso, Priolo, Manfredonia: non sono i punti neri di una mappa ecologica immaginaria, ma gli esempi più inquietanti di un processo generalizzato che riteniamo occorra dominare prima che diventi irreversibile e catastrofico.

Il mio intervento è già stato abbastanza lungo, ma ogni tanto qualche altra idea mi viene in mente; quando sento parlare del costo della prevenzione e penso ai 40 miliardi che lo Stato ha stanziato per Seveso — esattamente la metà di quanto occorre — vorrei dire a coloro che dubitano dell'importanza della prevenzione: quanti depuratori, quanta vigilanza avremmo fatto con questi miliardi, oltre all'aspetto umano, che è molto importante? Ed ecco la domanda che pongo: un bilancio della sanità è degno di questo nome se non presenta traccia di impegni coerenti in questo campo nevralgico della convivenza civile? Sempre tenendo l'occhio sulle note illustrative, non ha molto senso riconoscere che i fondi iscritti a bilancio per gli ospedali sono esigui, inadeguati a coprire le esigenze di spese correnti, e che non offrono la possibilità di effettuare qualsiasi investimento.

Nè, certo, costituisce un atto di coraggio ammettere, a pagina 169 del solito documento, che « in mancanza di un coordinamento tra gli interventi di carattere preventivo, curativo e riabilitativo ed in assenza di un piano per lo sviluppo di presidi sanitari extra-ospedalieri, l'ospedale dovrà non solo continuare a sopportare oneri che non sono propri dell'assistenza ospedaliera, bensì costituire il presidio che in mancanza di altri dovrà assolvere a compiti propri di strutture socio-sanitarie ». E allora, ferma restando l'esigenza prima richiamata di adeguare il Fondo ospedaliero, occorre uscire dal limbo delle belle intenzioni e dare corpo e gambe alla politica di prevenzione; e francamente risulta poco agevole comprendere l'ultima novità ministeriale — che mi auguro non sia stata ancora concretizzata dal Ministero — che occorre avviare degli studi sul costo della prevenzione. Possiamo anche studiare, signor Ministro, ma questo non deve costituire elemento di remora, perchè ciò che oggi costa spaventosamente è la cura delle malattie e non i mezzi prevenzionali per salvaguardare lo stato di salute della popolazione. Mi consenta l'amico senatore Costa di dissentire dal suo richiamo, che definisco nostalgico, all'efficienza del vecchio sistema mutualistico assicurativo, che non si è mai premurato, se ci

pensiamo bene, di avviare una politica di prevenzione, ma in qualche modo, quando e dove vi è riuscito, ha cercato di rimediare ai guasti delle malattie insorgenti. Non abbiamo mai ignorato la funzione storica della mutualità (e come potremmo, dal momento che è stata una conquista prima di tutto del movimento operaio in tutte le sue componenti, cattoliche, socialiste e comuniste?) ma la società è cambiata, e il quadro epidemiologico dell'era contemporanea richiede un nuovo sistema di sicurezza sociale, senza attardarsi in ricordi nostalgici. Perchè se fosse realistica la previsione del relatore, che le prestazioni mutualistiche difficilmente saranno superate dal Servizio sanitario nazionale, lasciamo agli altri la tremenda responsabilità di buttar via, insieme con l'acqua sporca del passato, il bambino che deve ancora muovere i primi passi, cioè il Servizio sanitario nazionale. Sarà anche vero che nessuna nazione al mondo può dire di aver raggiunto un grado tale di perfezione da poter dare dei suggerimenti ad altri, ma è altrettanto vero che il ruolo dell'Italia non è quello di entrare nella buca del suggeritore, ma al massimo di rifugiarsi dietro le quinte, perchè i nostri primati negativi son tanti; possiamo nutrire debolezze nostalgiche, pensando alla spesa INAM che nel 1975 è salita del 32,08 per cento rispetto al 1974, e nel primo semestre di quest'anno ha subito un ulteriore incremento del 43,84 per cento? Possiamo rimpiangere le prestazioni routinarie della medicina generica, le 82 visite giornaliere, tra ambulatoriali e domiciliari, in certe zone del Nord, le prescrizioni telefoniche, la sindrome dello scrivano che assale il medico cottimista, che si rende talvolta consapevole anche lui che la molla del profitto non deve comprimere la dignità e il prestigio personale? Io sto raccogliendo una documentazione su episodi di malcostume, di illeciti guadagni, di intollerabili posizioni di rendita che mal si conciliano con l'etica della libera professione, che, a nostro giudizio, — e se ne parla tanto — deve essere ancorata al principio della libera scelta più genuinamente democratica, che è quella rimessa all'assistito, però liberandolo da quella distorsione del

consumo sanitario che spesso viene esasperata ad arte, anche attraverso le tecniche della persuasione più o meno occulta. In fondo, anzichè scandalizzarci, dovremmo intuire, capire i motivi che hanno portato quest'anno a nove milioni i ricoveri ospedalieri (con la più alta vetta mondiale del 170 per mille), a venti prescrizioni farmaceutiche INAM all'anno per assistito, a 30 milioni di analisi di laboratorio, il tutto sintetizzabile in una incidenza sul reddito nazionale superiore a quella di qualsiasi altra Nazione. Siamo infatti irmai al 9,2 per cento, rispetto all'8,6 degli Stati Uniti o al 5,6 della Gran Bretagna. E dal momento che sono arrivato a toccare un tasto delicato, è meglio — come ha detto l'onorevole Anselmi — rischiarare il barile sino in fondo, per evitare tra di noi atteggiamenti ipocriti. Io spero di non urtare la suscettibilità di alcuni colleghi osservando che una certa loro insofferenza a considerare maturi i tempi per un modo diverso di esercitare la professione medica non poggia sopra argomentazioni molto solide o attendibili. Io non ho voluto ieri introdurre delle punzecchiature, ma per mettere il discorso coi piedi per terra si deve smetterla di agitare la bandiera dai colori sgargianti della sacra, libera professionalità, o lo spaventapasseri della cosiddetta impiegatizzazione.

Sarebbe perfino troppo facile cogliere una stridente contraddizione: da una parte si alza il tiro per conseguire vantaggi normativi e retributivi nel rapporto di dipendenza o di convenzionamento, si difendono i vantaggi normativi e retributivi nel rapporto di dipendenza o di convenzionamento, dall'altra si rivendicano i vantaggi della libera professione. In una parola, si vorrebbe « la botte piena e la moglie ubriaca ».

L'avvocato è un libero professionista e gestisce il suo studio come meglio gli aggrada, ma non chiede gli scatti di contingenza, i punti Istat, la reperibilità, la guardia festiva e via continuando. Bisogna sciogliere questo nodo ragionevolmente, e senza che questa azione assuma carattere punitivo.

Ho qui l'esempio di un direttore sanitario di un ospedale regionale che si è fatto approvare una delibera che gli concede una inden-

nità notturna di lire 10.000 perchè « sarebbe reperibile », oltre ad usufruire di 14 locali messigli a disposizione gratuitamente per l'alloggio familiare. Ma vi sembra serio e tollerabile che in questa Italia sull'orlo del collasso economico si regalino 300.000 lire al mese ad un cittadino (sia pure in camice bianco) perchè... deve dormire e non lavorare?

Collega Rampa, non è forse questo l'aspetto più grave di quell'assenteismo a cui faceva riferimento in modo indifferenziato, e di cui si parla sempre come assenteismo operaio? Abbiamo la documentazione di un medico della zona di Busto Arsizio (a parte che le ricette le fa la moglie perchè lui va a sciare) che abbiamo preso con le mani nel sacco perchè ha fatto percepire l'indennità di malattia a chi da due anni è in galera. Io non voglio essere polemico, ma è necessario colpire i privilegi.

A prescindere da questi casi un po' estremistici, vorrei porre un quesito a cui bisognerà, un bel giorno, dare una risposta con vincente: con la riforma ci sarà, inevitabilmente, un « rimescolamento delle carte » anche sotto il profilo della professionalità giacchè una cosa è la medicina basata sui criteri della mutualità classica (così come è andata storicamente configurandosi e deteriorandosi), un'altra cosa è la struttura funzionale e disciplinare dell'unico organo gestionale, l'unità socio-sanitaria, prefigurato dal progetto di riforma. Orbene, ci pare abbastanza ragionevole supporre che le regioni debbano assumere una linea di omogeneizzazione normativa ed economica per tutti i rapporti contrattuali del personale destinato a confluire nel Servizio sanitario nazionale. Mi spiego meglio: attualmente vige una prassi contrattualistica totalmente svincolata dalla integrazione del singolo operatore nell'attività di prevenzione, cura e recupero; esiste una netta separazione dei compiti, in base alla competenza dei vari enti stipulanti contratti o convenzioni.

È chiaro (o almeno è chiaro a noi) che se si vuole evitare il caos più completo e mantenere la unitarietà e la globalità dell'intervento sanitario, alcune scelte non possono essere eluse nè mistificate. Facciamo

pure congressi medici, ma questo discorso possiamo farlo con franchezza, perchè c'è molta sensibilità e disponibilità da parte di parecchi medici. Bisognerà assicurare, per lo meno, quattro condizioni pregiudiziali. Anzitutto un'adeguata mobilità del personale nell'ambito regionale, nel rispetto della professionalità dei singoli operatori. Non possiamo dimenticare, come legislatori, che oggi esistono strutture iperdimensionate ed altre con organici del tutto carenti nella stessa città. Poi, deve esservi un unico rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con la istituzione preposta alla gestione dei servizi. Vi è qui un terzo aspetto, consequenziale ai primi due, e cioè il problema delle incompatibilità, per evitare aspetti concorrenziali e l'incontrollabile disparità di trattamento fra le categorie. Vi sarei profondamente riconoscente se poteste spiegarmi come è possibile mantenere gli attuali doppi o tripli rapporti di impiego dei medici ospedalieri a tempo definito, degli specialisti ambulatoriali (o convenzionati esterni) e dei medici generici. Al di là delle formule teoriche, si vuole consentire di operare fuori dall'ambito istituzionale? Bene, si proceda almeno alle relative regolamentazioni da parte degli organi amministrativi responsabili stabilendo orari di prestazione, tipo di attività complementare al rapporto di lavoro, tetto retributivo, eccetera. Non si può rivendicare la libera professione senza avere, nel rapporto con l'ente pubblico, un preciso orario di lavoro.

Infine, quarto ed ultima condizione: un trattamento sostanzialmente omogeneo, in relazione alla qualità e quantità di lavoro reso al Servizio sanitario nazionale.

Vi posso dimostrare come un illustre clinico, caposcuola per tante generazioni di medici, ha staccato una parcella di 500.000 lire solo per esprimere un parere attorno al quesito di una cartella clinica circa un caso di eventuale sua competenza. Ha visto la cartella e il tipo di malattia, ha precisato che non era di sua competenza (tra l'altro riguardava una vedova). A questo punto, se a noi sfugge il termine « baroni », i primari non si devono risentire, affermando che invece sono . . . « divini maestri »! Ho il

massimo rispetto per alcuni, ma non quando si riduce la professione ad un fatto mercantile.

Io sono grato al collega Del Nero quando parla di deontologia professionale, criticando le assurde negligenze di certi ordini professionali, che sono così sviliti da ridursi a conventicole corporative, avulse da ogni stimolo civico e morale.

Noi crediamo davvero, onorevoli colleghi, che vi sia molta strada da compiere per allinearci ai tempi, e alle moderne esigenze di una medicina pubblica capace di riguadagnarsi il necessario prestigio.

Pur disponendo, personalmente, di un ben modesto bagaglio conoscitivo, e pur non essendo un operatore del settore, ho avuto la fortuna e l'occasione di studiare sul posto esperienze sanitarie straniere: dobbiamo avere la modestia di riconoscere che abbiamo molto da imparare anche se, ovviamente, è giusto tener conto delle nostre peculiarità, e cioè non trasferire d'*emblée* modelli che si attagliano a realtà diverse.

Intanto, ed ho davvero finito, occorre arrestare l'emorragia delle risorse pubbliche, rendendo governabile e produttiva una spesa che, con gli attuali correggni, è abnorme e concorre ad incentivare i fenomeni inflazionistici. Così come l'inflazione costituisce la tassa più iniqua per le masse popolari, e certamente più gravosa della necessaria austerità, i sacrifici più giusti sono quelli rivolti a rendere effettiva la salvaguardia del bene più prezioso ed essenziale, che è la salute.

Con l'attuale ordinamento sanitario (è questo il succo del lungo e forse noioso discorso che avete voluto benevolmente seguire con attenzione) viene imposto un duplice sacrificio: si spende troppo e male, senza disporre di un moderno e civile sistema di sicurezza sociale.

Il bilancio del 1977 si muove ancora in questa vecchia logica, e per tale ragione non possiamo approvarlo. Ciò non significa, però, che aspetteremo passivamente il bilancio del 1978 per sciogliere le attuali riserve. Senza velleità escludiviste e senza iattanza, continueremo ad operare per estendere e consolidare l'unità di quelle forze politi-

che e sociali che credono e lottano coerentemente per rendere vincente una battaglia impegnativa, di così alto valore umano, civile e sociale.

PITTELLA Onorevole Presidente, onorevoli rappresentanti del Governo, onorevoli senatori, abbiamo raggiunto la convinzione che l'importanza del bilancio, la sua valutazione di documento-base sul quale articolare ogni futuro discorso, siano concetti che urtano contro questo che è stato giustamente — a mio giudizio — ritenuto un rituale ripetuto di anno in anno, piuttosto che espressione concreta di uno strumento idoneo e adeguato di programmazione.

Per questa nostra convinzione, consideriamo come inderogabile l'urgenza di un puntuale controllo su ogni iniziativa legislativa, sulle sue fonti di finanziamento, sul suo inserimento in una linea direttrice peculiare, senza di che qualunque dibattito sulle cifre resterebbe vanificato.

Non ha cioè tanto valore la tabella 19 come arida elencazione di cifre, quanto invece la volontà politica di fare certe cose, di non deviare da certe impostazioni, di mantenere l'impegno a compiere quelle azioni, oggi sostenute, in via teorica, con troppo susseguo.

Fatta questa premessa generale, mi soffermerò brevemente su alcuni punti, che ritengo essere momenti essenziali per dare significato politico alle cifre.

Dopo un ringraziamento al relatore senatore Costa per aver voluto ammantare di una venatura di preoccupazione la relazione alla tabella 19 — il che dimostra chiaramente le perplessità dello stesso relatore — rilevo anzitutto l'aggravarsi del contrasto fra la politica perseguita in questi ultimi anni ed il peggioramento delle condizioni sanitarie del paese, fra i livelli di consapevolezza dei problemi raggiunti da tutte le parti politiche e la carenza di provvedimenti rinnovatori che siano coerenti con questa stessa consapevolezza. I fatti epidemici scoppiati nel Mezzogiorno, la salmonellosi che non risparmia neppure il « Gemelli », l'epatite virale, le intossicazioni e i danni ecolo-

gici sempre più angosciosi e drammatici, sono da mettere in relazione non tanto al tipo di strutture esistenti in prevalenza in alcune zone, ma alla carenza di controlli igienici e sanitari, all'apatia con cui il Governo ha inteso finora affrontare i problemi sanitari e territoriali nel Mezzogiorno e nel Paese tutto. Un Governo, nella sua globalità, piuttosto sordo alle iniziative lodevoli, ma quasi sempre sterili — perchè non sostenute collegialmente — del Ministro della sanità.

L'entusiasmo con cui fu portata avanti fino all'approvazione la legge n. 386 del 1974, ivi compresi gli articoli 7 e 8, si è inaridito fino a spegnersi di fronte ai ritardi nella discussione della riforma sanitaria, della quale avrebbe dovuto essere la premessa. Questi ritardi hanno reso necessario il dibattito per sbloccare le convenzioni mediche mutualistiche, ed hanno svuotato del significato più peculiare la medesima legge numero 386.

Da questo dibattito dovrà certamente scaturire una visione globale di indirizzi preventivi e curativi, una rivalutazione del personale medico e non medico, una riconsiderazione dello stesso Fondo sanitario ospedaliero, una più attuale e sensibile aderenza alle urgenze inderogabili della ricerca scientifica, che deve trovare nell'Istituto superiore di sanità il fulcro della sua concretizzazione. Non si deve però tralasciare, per quei risvolti altamente specialistici inerenti alla patologia umana, il contributo culturale di istituti universitari, di centri culturali che da anni si interessano di problemi particolari ma non per questo meno drammatici (penso ai centri di lotta contro le distrofie muscolari, ai centri contro i tumori e così via).

Peraltro va rilevato che all'interno del bilancio al nostro esame non vi è alcun riferimento all'attività di ricerca scientifica svolta dagli istituti previsti dall'articolo 1 della legge n. 132 del 1968 come istituzioni che fanno capo al Ministero della sanità, (in quanto, pur svolgendo attività assistenziali, contengono una finalità di ricerca scientifica che giustifica il loro collegamento centrale). Nel contempo, è invece da più parti messa in evidenza l'eterogeneità di certe isti-

tuzioni, alcune delle quali intendono mantenere un collegamento con il centro per sottrarsi ai vincoli della programmazione regionale ed ai controlli interregionali. Credo che abbia destato notevole scalpore l'attività polimorfa di una istituzione geriatrica che si è sparsa quale piovra, collegandosi perfino con l'Istituto di gemellologia del professor Gedda e, più recentemente, interessandosi alla produzione farmaceutica. Sarebbe peraltro irrealista pensare che da solo l'Istituto superiore di sanità possa essere valido baluardo di fronte alle minacce alla salute, senza le articolazioni pubbliche necessarie, che dovranno avere momento di realtà sul territorio.

Ricordo gli accenti preoccupati espressi in questa Commissione da parte di molti senatori nell'ottobre 1975, discutendo della tabella n. 19. I problemi sono ancora gli stessi: convenzioni medico-mutualistiche, che devono essere disciplinate in termini definitivi, riforma psichiatrica da affidare alle regioni, razionalizzazione del settore farmaceutico, eliminazione di enti parassitari che succhiano ancora oggi soldi da vari Ministeri, superamento del divario esistente tra le drammatiche necessità sanitarie del Paese e le strutture ancora antiquate ed inadatte, sostenute da una politica pure essa inadatta allo scopo. Questo per citare soltanto alcuni dei problemi più urgenti, sui quali desidero fare alcune precisazioni.

Per quanto riguarda il problema dei farmaci, noi socialisti riteniamo che il consumismo sia legato ad una specie di nevrosi consumistica, di reazione ai conflitti sociali, alle frustrazioni economiche, ambientali, familiari, e che non sia stato mai corretto da una educazione ed informazione capaci di rendere ogni cittadino idoneo alla gestione diretta e motivata della sua salute. È per questo motivo che non riteniamo efficace « ripulire » un prontuario senza provvedere a formare una coscienza farmaceutica. Può riuscire utile la razionalizzazione del prontuario solo se è assistita da una informazione precisa e puntuale, che formi la coscienza farmaceutica dei cittadini. A tale proposito i senatori Minnocci e Pittella hanno pre-

sentato un ordine del giorno già consegnato alla Presidenza

Per quanto concerne la psichiatria, la difesa della salute non può essere che un fatto globale ed unitario ed i servizi della prevenzione, della cura e della riabilitazione debbono agire in una logica unitaria, senza dover discriminare le diverse categorie di cittadini. Di qui la motivazione ad affrontare il problema dell'assistenza psichiatrica nell'ambito della riforma sanitaria, dando spazio alle sezioni di psichiatria negli ospedali generali di zona e curando contestualmente la politica dei ritmi di produzione, dei servizi sociali, della scuola, del tempo libero, cioè mirando a realizzare le premesse della prevenzione psichiatrica primaria, che è un concetto politico collegato al modello di sviluppo del Paese e non, quindi, un concetto tecnico e medico.

Affermare però che il problema del servizio psichiatrico deve essere affrontato nell'ambito della riforma sanitaria non può significare voler rinviare tutto senza limiti di tempo, quasi per il timore sacro di dover affrontare interessi enormi, legati alla gestione di strutture sorte sulla base della legge manicomiale del 1904.

Ecco perché, già durante la discussione del disegno di legge n. 202, svoltasi ieri nella nostra Commissione, io ho cercato di far comprendere l'urgenza di questa problematica, l'inderogabilità di sconfiggere le resistenze che premono ad ogni livello, il dovere di responsabilità che ogni parte politica deve assumersi a fronte della tragedia dei manicomi, del trauma che comporta la segregazione concepita come punizione. Quasi che la malattia mentale sia delitto e non piuttosto uno squilibrio psichico e, a volte, un'alterazione anatomo-funzionale indotta da ambienti, da tossici, da contrasti, da traumi subiti nell'ambito di una società aggressiva che tutto travolge, sentimenti e diritti, nella sua avanzata avida verso obiettivi di ricchezza materiale.

Ora, rispondono a queste esigenze le cifre della tabella 19? Sinceramente debbo dire di no, e devo dare atto allo stesso relatore di aver voluto evidenziare come la gestione di questo importante e vitale settore

della nostra vita non possieda un controllo ed un indirizzo unitario, ma sia lasciata all'a discrezionalità di più centrali operative non coordinate, con inevitabili duplicazioni di spese, spesso non note.

Le mie preoccupazioni sono dettate non solo dalla consapevolezza che alcune voci della tabella 19 assorbono troppo, come ad esempio quella che concerne i servizi generali, ma anche dal fatto che ben altro impulso avrei desiderato per la lotta contro le malattie infettive, per l'igiene pubblica, per le malattie sociali e, in special modo, per la lotta contro i tumori, che si dovrebbe articolare in interventi molteplici, in settori molteplici e, quindi, dovrebbe avere ben altro finanziamento. Tutto questo, per non parlare poi delle spese riguardanti l'igiene degli ambienti e la nutrizione, che non tengono conto della rivoluzione tecnologica del settore e dell'urgenza di un lavoro coordinato e centralizzato, non più disperso in tre Ministeri: l'agricoltura, l'industria e la sanità, ma finalmente concentrato in un unico Ministero. Peraltro, oggi si comincia a parlare con una certa convinzione della necessità di mercati all'ingrosso estesi a molte città, a diversi paesi. Eppure, mi pare che per questa voce sia stanziato meno di un miliardo. Come possono poi le regioni affrontare un controllo sugli alimenti, su tutto ciò che riguarda la nutrizione quotidiana, un controllo quotidiano, se non verrà opportunamente aumentata la previsione di spesa per questo settore?

Quanto poi alla riduzione di spesa per ciò che concerne il servizio farmaceutico, cioè nella rubrica 6, mi pare che non sia suffragata da motivazioni serie. Come si potrà procedere ad un accurato controllo dei farmaci se non si avranno possibilità di finanziamento non solo per le analisi, ma anche per l'informazione capillare che è, a mio parere, momento fondamentale della politica farmaceutica?

Questo stesso discorso è valido per la rubrica n. 7, che interessa i servizi veterinari. Il modesto incremento non rispecchia neppure una parte delle richieste, fatte proprio in questa Commissione nella passata primavera, richieste che seguivano ad una analisi

precisa della situazione igienica veterinaria, delle stazioni zoosanitarie di frontiera, della persistente infezione tubercolare e brucellosica dello stato e della condizione economica degli operatori veterinari.

Concludendo, mi pare di dover dire che è ben lontano da una prospettiva della spesa sanitaria di ampio respiro. L'attuale bilancio del Ministero della sanità, e che soltanto attraverso un controllo assiduo del Parlamento, una pressione costante, potrà emergere almeno la volontà di fare una scelta definitiva, di creare cioè quella legge-quadro istitutiva del Servizio sanitario nazionale, al quale guardano i cittadini italiani, consapevoli come sono che soltanto attraverso un salto di qualità nella tutela globale della salute potrà realizzarsi un concreto investimento sociale delle risorse disponibili.

B O M P I A N I . Desidero fare un breve intervento, focalizzato su problemi di dettaglio strettamente inerenti, comunque, al bilancio che è stato presentato e che è oggetto di discussione in questo momento.

Come prima impressione mi sembra di poter rilevare la perfetta impostazione che ne ha dato il senatore Costa, nella valutazione globale; secondo me traspare una tendenza verso una sempre maggiore finalizzazione del bilancio, forse giudicando per comparazione con le cifre dell'anno precedente. Soprattutto per quanto riguarda i servizi di zootecnia, gli aumenti degli stanziamenti per la lotta contro i tumori, per i centri di diagnosi precoce che si giovano dei contributi ministeriali: noi sappiamo quanto siano importanti questi contributi, anche per il pagamento dell'assistente sociale che deve raccogliere le prenotazioni. Io credo che si debba scendere al dettaglio anche in questo, cioè vedere quanto possano influire sul rendimento del sistema stanziamenti pur modesti. Vi è poi l'aumento per i centri di malattie sociali, che abbiamo visto quanto siano opportuni; importante è anche l'aumento per l'Istituto superiore di sanità, il quale, non c'è dubbio, come è stato affermato prima, dovrebbe essere in parte liberato dai compiti di *routine* e di verifica puramente applicativa, perchè possa dedicarsi di più alla

ricerca. Ma sta di fatto, comunque, che deve per ottemperare a tali compiti di *routine*, e che senza adeguati stanziamenti nemmeno la ricerca può essere fatta. Così pure sono lieto di vedere un aumento dei sussidi per studi e ricerche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, nel capitolo 1572, che è molto importante. Vorrei però aggiungere che dobbiamo prevedere, nel corso del 1977, di dover discutere anche della riforma della facoltà di medicina, che presenta delle connessioni inevitabili col problema della sanità pubblica; non c'è dubbio che nessuno vuole uno scorporo di diritto e di fatto della facoltà di medicina dalla sfera di competenza del Ministero della pubblica istruzione o, più in generale, dalla matrice universitaria comune a tutte le altre facoltà: ma d'altra parte non vi è dubbio che il ruolo particolare che viene a svolgere questa facoltà nell'ambito dell'assistenza sanitaria, che è il suo ruolo proprio, dà anche dei diritti al Ministero della sanità d'intervenire, e alla nostra Commissione di veder chiaro in tanti problemi, e poi anche alla gestione dell'insegnamento sanitario negli ospedali: sono il primo a riconoscerlo. Ci sono dei punti da tenere presenti, come la programmazione del numero dei medici generici, soprattutto, la programmazione del numero degli specialisti, la verifica della qualità del medico che viene formato dall'università e immesso nel lavoro pratico: sono tutti elementi fondamentali che spetta al Ministero della sanità di controllare, perchè l'attuale esame di Stato direi che è del tutto insufficiente. È importante la partecipazione delle strutture e delle competenze ospedaliere nell'ambito della didattica, sia primaria (dedicata agli studenti) che secondaria (dedicata agli specializzandi), ma soprattutto insisto sull'aggiornamento periodico del medico già inserito, ovvero sulla educazione permanente del medico. Riconosco che sono due aspetti molto diversi del problema, e mentre è più facile fare un aggiornamento periodico (e in pratica ciò sta già avvenendo, sia pur in forma personalistica per iniziative delle varie facoltà o associazioni) l'educazione permanente è molto più complicata da realizzarsi: noi non

abbiamo nessun modello chiaro di che cosa essa debba essere. Sono quindi tutti temi che riguardano il Ministero della sanità. Una prima proposta penso che dovrebbe essere la seguente: anzitutto uno studio, a Commissioni riunite (sanità e pubblica istruzione) per elaborare meglio questi problemi, nel momento in cui si riterrà opportuno farlo; poi aumentare — e qui ritorno al problema del bilancio — se possibile fin da quest'anno, secondo le previsioni inerenti a questa ulteriore necessità, i fondi destinati al capitolo 1103 (Spese per l'attuazione dei corsi di formazione, preparazione e aggiornamento del personale) e al capitolo 1104 (Spese per la propaganda sanitaria e l'educazione igienica), perchè mi sembra che questi 25 milioni al primo e 40 al secondo non siano sufficienti per una politica di aggiornamento del personale e di propaganda sanitaria. È stato citato il problema della salmonellosi: molte volte è la mancanza delle più normali informazioni sul problema che fa poi scoppiare l'epidemia.

Sono tutti fondi, quindi, che nell'ambito delle possibilità dell'attuale bilancio dovrebbero essere notevolmente aumentati.

Dovrebbe poi anche essere previsto un fondo per una attività di informazione periodica del medico, in attesa di fare un programma completo di informazione permanente. Sono problemi che non possiamo affrontare contemporaneamente, almeno in tempi brevi, ma almeno dovrebbe essere data una informazione periodica, attraverso un modello regolamentato meglio dal Ministero. Occorre istituire anche un fondo per consentire l'attività a tempo pieno degli specializzandi all'epoca dell'internato. Oggi la specializzazione avviene con grandi difficoltà, perchè molti specializzandi — neo laureati — trovano impiego immediato anche presso ospedali, talora nella città stessa, talora altrove. Allora subentra la scuola di specializzazione fatta per corrispondenza o quasi, in cui si può dare fiducia al primario ospedaliero per quello che è l'allenamento tecnico-professionale, però in questo modo si formano specialisti magari ottimi dal punto di vista pratico, ma carenti di cultura; d'altra parte, quei pochi che rimangono nelle uni-

versità non trovano poi la possibilità pratica di fare la loro formazione concreta. Si potrebbe, quindi, trovare un sistema adatto, attraverso borse di studio, o sul modello del tirocinio ospedaliero obbligatorio, quale quello che è stato fatto per i neo-laureati, che è un modello altrettanto valido per le scuole di specializzazione.

Questi mi paiono interventi relativamente urgenti, e che forse potrebbero anche essere previsti nell'ambito di una redistribuzione di alcune somme, senza dover portare molto più in alto l'attuale ammontare totale del bilancio della sanità.

Mi sembra, infine, che si debba attivare un meccanismo di ricerche programmate — sotto il controllo del Ministero della sanità e di concerto con l'Istituto superiore di sanità — per ottenere maggiori informazioni in determinati settori. Non dovrebbe essere un doppio rispetto alle ricerche finalizzate che sta svolgendo il CNR, ma certamente non tutti i settori della sanità sono coperti da ricerche del CNR: esso svolge programmi finalizzati che riguardano la salute, ma si basano su una formula ancora parziale, mentre il Ministero della sanità dovrebbe fare delle ricerche più finalizzate uno o due programmi, non dico di più — perchè occorrono dei grossi fondi — per conoscere bene determinate situazioni su tutto il territorio nazionale.

Faccio due esempi: lo stato attuale dei sistemi assistenziali preventivi nell'ambito della maternità e dell'infanzia, un problema che è di fondamentale importanza nell'attuale situazione di scioglimento dell'ONMI e di passaggio delle sue competenze alle regioni; programmi di indagine sulla medicina del lavoro, che potrebbero essere portati avanti con contributi ministeriali, interventi di esperti e di concerto con l'Istituto superiore della sanità.

Questi sono i punti che volevo sottoporre al Ministro e al Sottosegretario, per vedere sino a qual punto possiamo introdurre modifiche nel bilancio, o comunque prevederle a breve scadenza.

CRAVERO Desidero fare due considerazioni: la prima riguarda gli ospedali,

e la seconda è di carattere generale ed è già stata oggetto di altre nostre discussioni.

Ci troviamo di fronte ad un bilancio che possiamo considerare di transizione, e speriamo che lo sia, perchè ci auguriamo che il Ministero possa ben presto adottare determinazioni diverse.

I temi che sono al nostro esame riguardano prevalentemente la politica ospedaliera, e su questi voglio centrare il mio intervento. In questo momento abbiamo l'aumento in progressione geometrica del fondo destinato agli ospedali; tuttavia questo aumento non ha una distribuzione uguale in tutte le regioni, per cui si creano squilibri. La prima cosa su cui vorrei richiamare l'attenzione del Ministro è la necessità di un'analisi di ciò che sta accadendo: vediamo che su 100 lire di aumento il 6,7 per cento è costituito dall'aumento degli assistiti, il 28,25 per cento dall'aumento delle prestazioni *pro capite*, mentre tutto il restante aumento ricade sulle giornate di degenza, precisamente per il 65,5 per cento. Questo dato percentuale mi fa aprire una parentesi su quello che è il filtro dell'accettazione. Mi pare che il Ministro in questi giorni sta per firmare, o ha già firmato, un decreto che istituzionalizza su tutto il territorio il dipartimento, dettando le relative direttive. Ora, questi dipartimenti sono stati anticipati due anni fa in sede di contrattazione sindacale, normativa ed economica, per quanto riguardava precipuamente l'emergenza e l'accettazione. Se le regioni fossero organizzate, stimolate, spinte da questa organizzazione centralizzata, riusciremmo ad eliminare, o almeno a limitare quanto più possibile l'accettazione indiscriminata. Lo stesso discorso va fatto nei riguardi delle spese per la Croce rossa; abbiamo visto che in un capitolo viene prevista una spesa per il soccorso stradale, il quale attualmente avviene per così dire a ruota libera, perchè in seguito ad una chiamata o non arriva nessuna autoambulanza o ne arrivano due. Ora, questo decreto di attuazione del dipartimento dovrebbe far sì che ogni regione istituisca, sulla base delle esperienze estere, anche su un piano sperimentale, una serie di dipartimenti aperti al territorio, in modo che gli osp-

dali abbassino il ponte levatoio, possano collegarsi con i servizi di emergenza e, alla chiamata dell'assistito, indipendentemente dall'appartenenza a questa o a quella regione, a questo o a quell'ente, si attui una vera assistenza, con ricovero o anche con prestazione a domicilio. Quindi, io sarei del parere che i fondi da stanziare per il futuro alla Croce rossa fossero visti, per quanto riguarda l'assistenza stradale, in un'ottica di coordinamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

A proposito, poi, del Fondo nazionale ospedaliero, ho qui delle cifre, parametri attuali e obiettivi, da cui rilevo differenze sostanziali: mentre per il nord-ovest dell'Italia è stata accordata la percentuale del 20 per cento — mentre il parametro obiettivo è del 27,503 per cento, per cui abbiamo il 7 per cento in meno — per l'Italia nord-orientale, Veneto e Friuli, è stata accordata una percentuale del 22,838 per cento, mentre la richiesta obiettiva è da considerarsi del 18,434 per cento. Vedo ancora una eccedenza sul parametro di circa il 2 per cento per l'Italia centrale, dove mi consta che vi siano il 32,91 per cento netto delle case di cura private, contro il 9,3 per cento dell'Italia settentrionale. Quindi, un invito che rivolgo al Ministro è che il comitato che giustamente è stato costituito per i parametri del fondo ospedaliero curi che la quota che ci è assegnata venga ridistribuita, tenendo conto non della popolazione e dei posti letto, ma della qualità di funzionamento del servizio e del modo di organizzazione dei posti letto.

Le altre considerazioni che voglio fare riguardano il problema annoso della riforma sanitaria. Ritengo che al giorno d'oggi chi parla contro la riforma sanitaria dimostra una certa dose di incoscienza — scusate la parola — perchè questa riforma non è più una scelta, ma una necessità. Quindi, la lievitazione dei costi che noi continuiamo a vedere nella mutualità e negli ospedali ci porta a concludere che il costo della non-riforma è superiore al costo della riforma. Il momento, però, è talmente grave che non consente improvvisazioni; la riforma non può farsi con parole buttate al vento, ma

deve farsi con analisi precise degli eventuali costi, motivo per il quale posso spiegarvi il ritardo, speriamo temporaneo, della presentazione del testo governativo. Mi riaggancio a quanto è stato detto sugli articoli 7 ed 8; vi è stata una certa comprensione, però sappiamo che l'abrogazione dell'articolo 8 non vuole dire mettere vincoli tassativi, negare libertà o demolire bandiere false, ma vuol dire mettere un certo ordine e principalmente vuol dire qualificare la prestazione medica. D'altra parte in tutti i congressi medici svoltisi in Italia abbiamo sentito, dai vari responsabili dei settori medici, la richiesta di una riforma sanitaria, la richiesta di una regolamentazione del lavoro medico. Oltretutto, mi rifaccio ad un ultimo congresso, nel quale i medici generici hanno dichiarato di avere l'impressione che il loro settore sia come un'area di parcheggio, nella quale convergono coloro che hanno più di un lavoro e fanno i generici dopo aver svolto altre attività, per loro più o meno importanti. Ritengo, quindi, che una certa mobilitazione, una certa corresponsabilizzazione, una certa qualificazione del lavoro medico non possono non essere auspicate da tutti i medici che non si credono « baroni » di vecchia maniera e credono al lavoro che fanno, perchè è un auspicio in senso buono e utile per la collettività.

Ciò detto, l'invito che rivolgo conclusivamente al Ministro è di voler considerare la riforma come qualcosa che va fatta, che non consista in « parole scritte sulle lapidi », bensì sia una riforma di chiara fattibilità ed applicabilità.

BELLINZONA. Il senatore Merzario ha esposto la valutazione del nostro Gruppo sulla tabella 19, inquadrata nella situazione generale del Paese. Mi limito, perciò, a qualche osservazione in un ambito molto circoscritto.

L'Istituto superiore di sanità, e l'indubbio ruolo che esso può assolvere in una visione moderna dei vari problemi, è stato ricordato da molti. A sollecitare, però, questo mio brevissimo intervento sono state alcune affermazioni dei senatori Pittella e Giudice.

Il senatore Pittella ha detto: sarebbe ingenuo pensare che l'Istituto superiore di sanità possa essere, da solo, un valido baluardo per la salute pubblica. Il discorso non fa una grinza e le difficoltà sono reali. Mi domando, però, anche se questo è vero, come sono spiegabili alcune situazioni rilevate dalla tabella 19. In altri termini, se tale istituto, da solo, non può assolvere certi ruoli, come si giustifica che i suoi organici siano abbondantemente scoperti (più che una osservazione, questa è una occasione che offro al Ministro e al Sottosegretario di fornire una risposta che possa essere convincente).

Infatti, noi vediamo che in ruolo i posti di « dirigente della ricerca » sono 89 ed i posti ricoperti 8, i ricercatori meno qualificati dovrebbero essere 200 e sono invece 156; i « direttori di sezione » in ruolo dovrebbero essere 22 e ce ne sono invece 6, i bibliotecari 10 e sono 4. Nella carriera di concetto gli assistenti tecnici dovrebbero essere 160 ma i posti ricoperti sono 91. Abbiamo poi un dato globale che chiarisce che dei 1.269 posti in ruolo ne sono coperti solo 782.

A questo punto, io credo che occorra una spiegazione, che da solo non riesco a dare, del perchè la situazione sia così carente, con la conseguenza che le già limitate possibilità di intervento vengono ulteriormente contenute (non si può dire intenzionalmente, ma vorrei verificarlo bene).

Il senatore Giudice ha rilevato dati positivi: aumenti di stanziamento per l'attività dell'Istituto di sanità nei vari settori. Benissimo, però come si può fugare il dubbio che si tratti di un po' di fumo e niente altro?

Dall'allegato alla tabella, vediamo che per il 1975, per quanto si riferisce agli stipendi del personale in attività di servizio (ovviamente, con i dati di copertura dei posti in organico, la cifra non poteva essere diversa), abbiamo 561 milioni di residui passivi, cioè una cifra pressappoco eguale all'aumento che il bilancio di previsione stabilisce in questa direzione. Sono allora reali, concreti, attendibili, ed hanno un senso i presupposti dell'aumento di circa 600 milioni per le spese del personale?

Quando verificiamo che al 31 dicembre 1975 abbiamo l'aumento degli stanziamenti per circa un miliardo e 38 milioni e residui passivi di lire 3.367.000.000 chiedo alla cortesia del Ministro e del Sottosegretario una spiegazione plausibile di questo stato di cose.

DAL FALCO, *ministro della sanità*
In questo momento è in corso un incontro presso l'Istituto superiore di sanità, di un gruppo di componenti la Commissione igiene e sanità della Camera, per rendersi conto di alcune innovazioni introdotte nel centro elaborazione dati dell'istituto, in relazione all'applicazione della legge di ristrutturazione.

DEL NERO. Signor Presidente, qualche breve osservazione. La Camera dei deputati, in sede di discussione del bilancio, ha apportato alcune riduzioni alle proposte del Ministero. Capisco che tutto questo avviene in un clima di volontà tesa a ridurre le spese dello Stato e, quindi, in questo spirito sono state fatte anche queste riduzioni, ma personalmente ho forti dubbi sulla validità di una simile scelta, perchè credo che se c'è un settore in cui la spesa non può essere contenuta, non solo, ma diventa addirittura ridicolo fare delle riduzioni, è quello della sanità. Ciò perchè le spese per la sanità (ed è stato detto tante volte che diventa pleonastico ripeterlo) vengono erogate su tanti settori del bilancio dello Stato, su tanti settori dei bilanci degli enti pubblici, che voler andare a tagliare alcune somme nel bilancio specifico di questo dicastero può essere un atto di buona volontà che, se inteso come tale, può essere apprezzato, ma visto con più profondità e più serietà sembra avere veramente scarsa consistenza. Occorreva invece, in questa sede, affrontare con maggiore impegno il coordinamento di certe spese. Per esempio vedo che, per quanto riguarda il fondo ospedaliero, si cominciano a trasferire al bilancio della sanità somme che prima comparivano sul bilancio del Tesoro o in altri bilanci.

DAL FALCO, *ministro della sanità*
Sono rettifiche di carattere formale.

DEL NERO. Che io giudico positivamente, perchè anzi sarebbe opportuno cominciare (visto che vogliamo andare verso la riforma sanitaria), a far rifluire una serie di spese, che ora sono nei bilanci di vari dicasteri ma che riguardano la sanità, verso il bilancio del Ministero della sanità; perchè se vogliamo arrivare ad una gestione di carattere unitario, se vogliamo mettere un po' d'ordine nella materia, sarebbe opportuno che il primo esempio venisse dal Governo in sede di formazione del bilancio, cominciando, con coraggio, a portare sul bilancio del Ministero della sanità tutto ciò che riguarda questo settore, senza aspettare leggi finanziarie particolari.

È un discorso che abbiamo fatto in altre Commissioni in relazione al settore dell'assistenza: consentitemi di farlo anche in questa sede, perchè così credo che contribuiremmo ad una serietà maggiore, ad una capacità di vedere i dati in modo più chiaro, se si cominciasse a portare alla sanità tutto ciò che alla sanità compete, come avvio ad un coordinamento e ad una unificazione dell'attività sanitaria. Proprio ieri insistevo sulla necessità di giungere a certe unificazioni: vuol dire che, mentre i più bravi riuscirebbero a farlo con una sola legge, con un sol colpo di bacchetta magica, noi, che siamo meno bravi, ci contenteremo di cominciare a fare qualcosa, a fare qualche progresso, perchè gradualità non vuol dire perder tempo, ma guadagnarlo, se si ha una meta alla quale si vuole arrivare. Quindi, pur dichiarandomi favorevole all'inquadramento del Fondo nazionale ospedaliero nel bilancio della sanità, sono convinto che la unificazione sarebbe stata ancor più necessaria in altri settori, che invece non sono stati considerati.

Sempre a proposito del fondo ospedaliero, sarebbe opportuno che fin dall'inizio dell'anno ne venisse determinato l'ammontare, secondo le effettive esigenze. Il fatto che all'inizio si determini un ammontare che nel corso dell'anno si deve aumentare, perchè rivelatosi insufficiente, anzitutto dimostra

che se dopo lo aumentiamo vuol dire che c'era già la possibilità di farlo prima, e quindi è inutile ricorrere a questa « manfrina »; ma soprattutto è una prassi criticabile, perchè porta le regioni e gli amministratori ospedalieri a un minor impegno di responsabilità, nella spesa, perchè tutti sanno che, quando chiederanno integrazioni, qualcosa inmancabilmente verrà loro dato.

MERZARIO. E intanto, tra i due litiganti la banca gode!

DEL NERO. Esatto, è proprio così. Poichè questo ammontare — forse mi sbaglio, anzi, sarei felice di sbagliarmi — prima della fine dell'anno verrà aumentato, sarebbe meglio fare inizialmente una previsione più valida, sulla quale però poi il Governo dovrebbe resistere a tutti i costi, salvo casi eccezionali. Così facendo si possono responsabilizzare maggiormente le regioni e le amministrazioni ospedaliere, cosa che è invece difficile fare quando già in partenza si sa che quella somma non resterà tale per tutto l'anno, con la conseguenza che nessuno s'impegna in una politica di assoluta responsabilizzazione, in una politica di severo contenimento.

Non posso poi non rilevare che per la medicina sociale e l'igiene pubblica gli stanziamenti attuali riportano, più o meno, quelli degli anni precedenti. Anche qui si è fatto un gran parlare, tra noi, della necessità di intervenire con impegno in questi settori ma quei pochi aumenti che pur ci sono stati sono dovuti solo a fatti eccezionali, a circostanze veramente abnormi. Se con la riforma sanitaria vogliamo privilegiare certi settori della prevenzione, della medicina sociale, eccetera, non bisognava allora che questa direttiva di Governo venisse fuori più chiara, più enucleata dal bilancio del Ministero della sanità? Anche qui rischiamo di fare affermazioni di principio alle quali non consegue nessuna decisione pratica, con la conseguenza di trovarci più deboli anche nelle discussioni per la riforma sanitaria, perchè è decisamente improbabile riuscire a far tutto all'improvviso.

È chiaro che dicendo queste cose non intendo portare una critica al Ministro della sanità, il quale si sarà trovato, e me lo immagino per quel poco di esperienza governativa che ho fatto anch'io, in lite col ragioniere dello Stato e col Ministro del tesoro, che magari gli dicevano addirittura di ridurre lo stanziamento dell'anno passato, per cui si è sentito veramente felice e contento quando è riuscito a salvare quanto stanziato nel 1976. Però, anche su questo il Governo deve fare un discorso preciso: ci sono certe attività alle quali tutti, sul piano tecnico, riteniamo si debba dare una priorità, una accelerazione di sviluppo e d'impulso; allora, se tutti — maggioranza e opposizione — siamo d'accordo che certi settori devono essere privilegiati, e se vogliamo che il discorso sul bilancio non divenga una pe dissequa disanima, da un anno all'altro, delle singole voci come mai questa impostazione programmatica diversa, che vogliamo dare, non si ritrova nell'attenta lettura del bilancio? Non vorrei essere frainteso, perchè il mio discorso è rivolto alla politica globale del Governo, non alla persona del Ministro della sanità, tanto più che, per esperienza personale di Governo, so cosa significhi mettere insieme un bilancio. Però un discorso nuovo, in questo senso, me lo sarei aspettato, in qualche settore, come quello della medicina sociale o dell'igiene pubblica.

Anche sul servizio farmaceutico vi sono alcune affermazioni che possono essere interessanti, specialmente per quanto riguarda lo sviluppo dei laboratori di igiene e profilassi e il miglioramento del servizio farmaceutico stesso; in questo quadro si colloca l'iniziativa del prontuario farmaceutico, per eliminare dispersioni e abusi. Forse in questo settore un discorso più approfondito dovrebbe essere fatto: credo che in sede di bilancio si debba dire qualcosa. Si è esaltato, in discorsi programmatici, il problema del farmaco. Io penso che anche a questo proposito bisogna passare da un'affermazione di principio a qualcosa di concreto: anche qui bisognerà arrivare a dei tempi intermedi, cominciare a fare una distinzione per categorie, se non per farmaci, in modo specifico.

Si tratterà di studiare le forme più adatte, ma non si può, ad un certo punto, continuare in questo modo, perchè si rischia di arrivare a conseguenze assai gravi.

Durante un recente convegno medico, da parte del rappresentante delle federazioni sindacali si poneva il problema di distinguere nettamente, come del resto si avvia a fare il prontuario farmaceutico, tra medicinali realmente necessari e medicinali puramente coadiuvanti, chiedendo addirittura di eliminare tutti i coadiuvanti dalla prescrizione mutualistica. Non se ne vieterebbe, cioè, la produzione ed il commercio, ma si separerebbero i prodotti farmaceutici erogati dal servizio nazionale da quelli che, essendo puramente coadiuvanti, verrebbero affidati all'iniziativa e quindi all'acquisto da parte dell'assistito.

Si tratta solo di una ipotesi che veniva avanzata dalla federazione sindacale unitaria in quella sede. Però in sede di bilancio qualcosa di più di quanto è stato detto meritava di essere affermato, soprattutto a proposito della volontà di assumere un impegno di revisione dell'intero settore farmaceutico; impegno che richiederebbe anche una certa urgenza ed una certa chiarezza di idee, dato che già oggi la prospettata revisione del prontuario farmaceutico sembra destinata a portare tutta una serie di sconvolgimenti. Vi è una serie di piccole e medie imprese le quali rischieranno, se entrerà in vigore senza un periodo transitorio il prontuario stesso, di trovarsi investite da una profondissima crisi, con licenziamenti e passaggi in cassa integrazione di diversi operai. Su 3.000 farmaci appartenenti al gruppo C, il problema si ridurrà a 200, che rappresentano la vita di alcune aziende, e sulla collocabilità o meno dei quali esiste una forte perplessità. È necessaria quindi una riflessione, per qualche tempo, che consenta una riconversione industriale. La decisione in merito deve essere cioè ponderata e seria, da parte del Ministero della sanità: adottare un provvedimento di carattere generale estremamente grave, magari solo per risolvere qualche caso marginale, che potrebbe essere superato lasciando un minimo di tempo per la riconversione azien-

dale, sarebbe, ripeto, estremamente dannoso a tutti gli effetti.

Vorrei ancora fare un'osservazione a proposito della funzionalità del Ministero della sanità. Nel progetto di riforma sanitaria che il Ministero sta esaminando sembra vi sia una tematica riguardante, nelle sue linee generali, la rivalutazione del Ministero, nel senso di una presenza coordinatrice e vivificante, cioè non come affermazione di potere.

DAL FALCO, ministro della sanità. Mi scusi per l'interruzione, ma poichè in proposito sono state scritte delle inesattezze, vorrei precisare che si tratta solo di una applicazione della legge di delega n. 382.

DEL NERO. Vedremo comunque il disegno di legge, quando ci sarà sottoposto.

Ora, quella impostazione mi sembra senz'altro positiva, mentre non riterrei positiva tale innovazione se tutto dovesse ridursi ad una riorganizzazione di strutture sul piano puramente burocratico, o all'eliminazione di competenze strettamente regionali. Se invece si tratta di conferire al Ministero una funzione che la Costituzione dà a tutti i ministeri, cioè quella di coordinamento e di unificazione, di cui parlavo; di un indirizzo tecnico-scientifico da porre a disposizione delle regioni per una maggiore efficacia dell'assistenza sanitaria, ciò sarebbe estremamente valido, anche al fine di sottrarre, nel futuro, un patrimonio di consulenza tecnico-scientifica a vari istituti facenti capo a qualche « baronia » medico-farmaceutica, per affidarlo invece ad una struttura statale.

L'ultima osservazione da fare è la seguente. Se tutto andasse secondo le nostre speranze, il presente bilancio dovrebbe essere di transizione tra l'attuale Ministero della sanità e quello di domani, tra l'attuale assistenza sanitaria e il Servizio sanitario nazionale. In presenza della riforma sanitaria, cioè, devono essere adeguatamente tenuti presenti dal Ministero i tempi dei passaggi dalla struttura mutualistica a quella prevista dalla riforma stessa, in modo che si possa giungere a tali passaggi non affidan-

dosi a iniziative caotiche, come già purtroppo è successo nel passaggio dell'assistenza ospedaliera alle strutture regionali, bensì predisponendo un piano coordinato a tale scopo.

Ciò detto, riconosco l'impegno posto dal Ministero nel dare un certo respiro al bilancio, assieme — nelle ristrettezze finanziarie del momento — a quella unificazione che aumenta in qualità se non in quantità l'insieme degli stanziamenti, per garantire un miglior servizio sanitario al Paese. Di questo diamo atto al Ministro ed al Ministero stesso, ringraziandoli per la loro opera.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, rinvio il seguito dell'esame del disegno di legge ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 17,35.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1° DICEMBRE 1976

Presidenza del Presidente **OSSICINI**
e del Vicepresidente **RAMPA**

La seduta ha inizio alle ore 10,05.

COSTA, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Bilancio di previsione della spesa per l'anno finanziario 1977 (280), approvato dalla Camera dei deputati

— **Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella n. 19)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1977, approvato dalla Camera dei deputati — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Come i colleghi ricordano, dobbiamo completare la discussione generale. La parola al senatore Pinto.

P I N T O . Signor Presidente, onorevoli colleghi, siamo qui in sede di discussione del bilancio, e questo rito che si compie ogni anno è certamente oggi anacronistico. In modo particolare la tabella 19, che riguarda il bilancio del Ministero della sanità, costituisce un documento quasi incomprensibile, perchè non offre certamente motivi di discussione, in una fase di approntamento o per lo meno di avvio della riforma sanitaria. Noi siamo, o meglio dovremmo essere, in fase di ristrutturazione del sistema sanitario, con l'approvazione di una riforma che dovrebbe incidere su tutte le strutture dell'assistenza sanitaria e, pertanto, io ritengo che più che soffermarsi sui singoli capitoli di spesa è opportuno esprimersi in rapporto a principi di politica sanitaria generale.

Da parte di tutte le forze sindacali, da parte di tutte le forze politiche ed anche da parte della categoria dei medici vi è una richiesta concorde per una riforma dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese. Proprio ieri i medici hanno motivato la loro azione sindacale dicendo che volevano sollecitare la riforma sanitaria. Ma devo rilevare che, o per lo meno mi è sembrato così, non vi è una richiesta precisa, da parte di alcuni settori, in merito ai principi ai quali la riforma dovrà ispirarsi. Eppure, se vogliamo veramente che la riforma abbia un senso politico, che parta da una visione chiara della situazione di questo nostro Paese, se vogliamo che sia accettata nella nostra realtà, è necessario che da parte di tutti si esprimano concetti molto precisi.

Io ho dichiarato la settimana scorsa, in occasione della discussione del disegno di legge n. 202, e confermo oggi in questa sede qualificata — perchè la discussione del bilancio è certamente importante in quanto consente alle varie forze politiche di esprimere le loro posizioni — che principi ispiratori della riforma sanitaria debbono essere la possibilità di libera scelta del medico e del luogo di cura da parte dell'ammalato e la possibilità per il medico — conseguenza diretta dell'accettazione del primo principio — di potere espletare la libera professione dopo avere assolto al suo dovere nel settore della medicina pubblica.

Dopo l'affermazione di questi due principi, che io voglio riaffermare in questa sede, a mio giudizio potrebbe essere opportuno che anche le altre forze politiche si esprimessero chiaramente al riguardo, in modo da arrivare ad una discussione senza equivoci.

Siamo tutti consapevoli che il bilancio che viene portato alla nostra osservazione non si modifica, e cioè che non è possibile cambiare neanche una cifra nella tabella che ci è stata presentata. Ma questa certezza non ci deve esimere dal dovere di fare alcune considerazioni.

Nella tabella 19 è prevista una spesa di 625 miliardi per il finanziamento del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera. In effetti si tratta di un trasferimento, perchè la competenza dell'assistenza sanitaria ospedaliera è delle regioni, e il Ministero quindi trasferisce questa somma alle regioni. È necessario, però, a questo riguardo, che quando si compila il bilancio della sanità, si accenti esattamente qual è l'onere della spesa che le regioni complessivamente debbono sopportare, nell'anno, e che si provveda, di conseguenza, al finanziamento necessario.

Noi repubblicani siamo sempre stati fra i fautori della riduzione della spesa pubblica ed abbiamo chiesto in varie riprese il taglio di stanziamenti, in sede di esame del bilancio dei vari ministeri: noi siamo pienamente convinti della gravità della situazione economica attuale. Ma sappiamo anche che mentre è possibile procedere alla riduzione di spese in alcuni settori, non è certamente possibile raggiungere un risparmio nel settore ospedaliero, così com'è attualmente strutturato, perchè le cure ospedaliere non possono essere ridotte, dal lato essenziale della richiesta di cure da parte del cittadino.

È necessario, pertanto, che la spesa realmente prevista sia tutta intera stanziata nel capitolo, per evitare che il passivo ospedaliero debba subire un incremento in conseguenza del ricorso al credito bancario e quindi degli interessi bancari.

Se però l'esigenza dell'assistenza ospedaliera non può essere messa in discussione, almeno in quella che è la richiesta dei cit-

tadini — e quindi si deve procedere al finanziamento per intero — è anche vero che a livello di operatività aziendale la spesa potrebbe essere ridotta, per mezzo di una maggiore efficienza.

L'Ufficio studi del Ministero della sanità, per il quale è prevista una spesa di rilievo, e nel quale vi sono uomini di provata capacità, faccia una indagine in proposito: studi perchè il tempo di degenza in ospedale, nel nostro Paese, è tanto superiore al tempo di degenza accertato in altri Paesi più avanzati, ed anche meno avanzati di noi. Faccia una rilevazione, l'Ufficio studi del Ministero della sanità, in rapporto all'operatività di tutti gli operatori sanitari, medici e paramedici. E provveda il Ministro della sanità a pontare i risultati di una tale rilevazione in Parlamento, corredata con precise proposte per porre rimedio agli inconvenienti. E in quella sede le forze politiche potranno esprimersi e confrontarsi.

È certamente condannevole che il direttore sanitario di un ospedale si faccia assegnare una indennità giornaliera di diecimila lire per la disponibilità — mi riferisco alla denuncia fatta dal senatore Merzario —, ma altrettanto condannevole (e certamente più incidente sulle spese globali degli ospedali), che le amministrazioni ospedaliere, di tutti i coloni e in tutte le zone geografiche d'Italia, nelle regioni bene amministrate e in quelle male amministrate, abbiano proceduto all'equiparazione degli amministrativi ai medici sul piano delle retribuzioni, per cui il ragioniere direttore amministrativo di un ospedale oggi percepisce lo stesso emolumento del primario cardio-chirurgo, mentre poi il povero ragioniere dipendente statale continua a vivere con duecentomila lire al mese.

Il costo della degenza ospedaliera in Italia è salito a livelli ingiustificati. Sono anch'io d'accordo, e a tale riguardo debbo dire all'amico Merzario che alla regione Campania, presso la quale io sono intervenuto, mi è stato negato il fatto che ci sia un ospedale nella provincia di Salerno con una retta di degenza di 70.000 lire giornaliera. E l'amico Merzario, che ha denunciato il caso in sede qualificata, credo avrà la cor-

tesia di darmi una copia del documento, in modo che io possa fare una contestazione alla regione Campania.

Per quanto riguarda dunque le spese ospedaliere, facciamo fare quell'indagine al Ministero della Sanità, e poi esaminamo tutti insieme le voci che concorrono alla lievitazione dei costi. Se vi sarà volontà politica concorde — e se vi sarà soprattutto volontà di affrontare l'impopolarità — sono certo che la spesa ospedaliera potrà diminuire nel nostro Paese.

Voglio fare un'osservazione per quanto concerne il settore dell'igiene pubblica. Noi nel settore dell'igiene pubblica troviamo, al capitolo 2031, un aumento di previsione di spesa di un miliardo, evidentemente perchè si ritiene che la spesa complessiva di 6 miliardi dovrebbe essere sufficiente per i compiti del Ministero della sanità in questo settore, cioè per il materiale profilattico e per tutti gli interventi necessari per la profilassi contro le malattie infettive.

Io voglio augurarmi che questa previsione di spesa possa essere sufficiente, perchè, se così fosse, evidentemente epidemie non ce ne sarebbero. Comunque, al riguardo ha certamente rilievo maggiore la questione della competenza dell'intervento. Noi siamo stati tutti succubi del complesso regionalistico, ed abbiamo trasferito alle regioni anche competenze che dovevano rimanere centralizzate. Gli accertamenti e gli interventi occorrenti per combattere un'epidemia, in un mondo nel quale la mobilità dell'individuo è così facile e così convulsa, non possono essere settorializzati, e pertanto io ritengo che l'intervento essenziale nel settore della profilassi delle malattie infettive dovrebbe essere ancora riservato al Ministero della Sanità. E in questa convinzione io invito il Ministro a porre allo studio il problema, in modo che si possa predisporre una legge capace di coordinare, a cura del Ministero della sanità, tutti gli interventi necessari in caso di epidemia. A tale riguardo basta ricordare che a Roma abbiamo un grande aeroporto, attraverso il quale passano ogni anno oltre 7 milioni di individui che rapidamente si distribuiscono in transito per altri paesi o in varie località del

nostro Paese. Ebbene, il Ministero della sanità all'aeroporto di Fiumicino ha un proprio ufficio medico che provvede agli accertamenti per tutti i cittadini in transito. Ma, nel momento in cui accerta un caso di malattia infettiva, non ha alcuna possibilità di intervento, bensì solo la possibilità di fare una segnalazione all'ufficio del medico provinciale, dipendente dalla Regione, e sempre con la speranza che l'individuo sospetto non si muova per andare in altre Regioni.

Un coordinamento in questo caso è necessario e, secondo me, deve essere centralizzato. Senza coordinamento non si può garantire la profilassi contro le malattie infettive nel Paese. È certamente utile e necessario, io dico, decentrare certi servizi, ma non possiamo non vedere, sulla base delle esperienze, che il decentramento per alcuni servizi è un errore e, in questo caso, secondo me, è stato un errore. Noi dovremmo riportare il coordinamento e l'intervento per la profilassi tutto al centro. Comunque, questa è una impressione mia, della mia parte politica, che naturalmente pongo alla attenzione degli altri.

Qualche altra osservazione voglio fare anche in rapporto al servizio farmaceutico. Potrebbe sembrare che il Ministero della sanità abbia scarse possibilità di incidere sul consumismo farmaceutico, perchè comunemente si ritiene che il consumo farmaceutico sia legato solamente alle richieste degli assistiti e alle prescrizioni dei medici. Ma la spesa farmaceutica è legata anche al costo delle specialità medicinali, che viene fissato dal CIPE, però sulla base di elementi discussi e valutati dalla Commissione prezzi del Ministero della sanità. Quindi si può intervenire riformando il sistema della valutazione dei prezzi.

Se non sciogliamo prima questo nodo, sarà difficile porre ordine nel sistema ed assegnare ad un prodotto una valutazione equa e remunerativa. È certo che nel prezzo del medicinale vanno calcolate le spese per la ricerca scientifica, ed è ovvio che tale spesa non può essere rimborsata a quelle industrie che non la sostengono. Perchè in effetti noi oggi rimborsiamo spese di ricerca scientifica a industrie che non ne fanno.

Ma anche nell'attesa di un provvedimento che venga a risolvere questo problema, sarebbe auspicabile che la determinazione del prezzo dei medicinali fosse compito del Ministero della sanità, sulla base di una valutazione globale di tutti gli elementi, anche di quelli forniti dagli altri Ministeri: è assurdo che il prezzo dei farmaci debba essere fissato dal Ministero dell'industria. Certo, neppure con la revisione del sistema della fissazione dei prezzi si riuscirebbe a comprimere in maniera sensibile la spesa farmaceutica, perchè resterebbero altri fattori che concorrono alla spesa e sui quali bisogna agire, se vogliamo comprimere questa spesa, che aggrava quella dell'assistenza sanitaria nazionale fino a limiti insostenibili per il nostro Paese. Noi siamo la nazione che consuma percentualmente la maggiore quantità di medicinali in tutto il mondo.

I casi-limite denunciati dal senatore Merzario — e a questo riguardo io voglio parlare di un punto essenziale sul quale bisogna incidere, se vogliamo diminuire la spesa farmaceutica — i casi-limite, dicevo, denunciati dal senatore Merzario sono fortemente impressionanti, ma dobbiamo serenamente prendere atto che a queste prescrizioni eccezionali si arriva solo perchè è stato accettato il principio della poliprescrizione. Se esaminiamo le fotocopie che ci ha esibito il senatore Merzario, dobbiamo rilevare che si tratta sempre di poliprescrizioni in una sola ricetta. Si è arrivati alla spesa di tre milioni e duecentomila lire con una sola ricetta, perchè è stato accettato il principio di poter scrivere innumerevoli farmaci in una sola volta.

Dobbiamo guardare anche nel campo delle cosiddette conquiste sociali, se veramente vogliamo arrivare ad una razionalizzazione della spesa pubblica. Certamente — ed io ne sono convinto — senza la poliprescrizione la spesa farmaceutica sarebbe nel nostro Paese molto inferiore, e tante medicine non andrebbero a finire nella spazzatura. Pensate che vi sono medici che fanno ricette da far paura, dieci-venti pezzi alla volta, quando ne basta uno solo.

Per quanto riguarda la mia parte politica, dichiaro che noi siamo disponibili ad assumerci la responsabilità, e la impopolarità, di un provvedimento che limiti la possibilità del medico a prescrivere molti prodotti in una sola ricetta. E questo è un fatto molto importante.

Voglio tornare anche quest'anno, come ho fatto sistematicamente per tutti i precedenti bilanci, a denunciare l'inadeguatezza della spesa prevista per l'assistenza agli invalidi civili. Io credo che siamo tutti contro il principio della istituzionalizzazione del ricovero dei minorati, perchè è certo che con questo sistema si arriva all'isolamento, all'emarginazione dell'handicappato. È certo che sarebbe auspicabile operare per l'inserimento attivo di questi soggetti nella società. Ed è indubbio che questo obiettivo deve essere posto come una conquista sociale di solidarietà civile dei sani verso i minorati, da raggiungere al più presto. E in questo siamo tutti d'accordo.

Ma purtroppo in questa nostra società, nell'Italia di oggi, quando in un nucleo familiare si verifica il caso triste di un soggetto che non diventa autosufficiente, avviene il rigetto di questo minorato e comincia la richiesta, a tutti i livelli, per un posto in un istituto di cura. E siamo arrivati così a livelli di degenza notevoli, perchè con la legge n. 118 del 1970 è stato stabilito che gli invalidi civili vengono assistiti in ospedale a cura e a carico del Ministero della sanità. E quello che è più grave è che non si chiede e si ottiene il ricovero soltanto per i soggetti non autosufficienti, ma si chiede e si ottiene il ricovero anche per i soggetti minorati, handicappati non gravi, che sono anch'essi rigettati dal nucleo familiare. E siamo arrivati così, su una massa di circa 53 mila invalidi civili assistiti dal Ministero della sanità, a oltre 25 mila ricoveri, dei quali molti — non so esattamente quanti siano, ma pare 4 o 5 mila — non autosufficienti. Io intendo per non autosufficienti tutti quei poveretti che hanno avuto un attacco cerebrale o comunque un trauma, per cui sono emiplegici o paraplegici.

Ebbene, dove vengono ricoverati questi soggetti? Una parte in istituti bene attrez-

zati, dove i soggetti vengono assistiti e curati. Ma una gran parte, direi la maggior parte, viene ricoverata in ospizi che non dispongono di servizi sufficienti, per cui questi soggetti diventano oggetto di speculazione. Ci sono piccoli appartamenti, malissimo attrezzati, dove questi soggetti vengono ricoverati senza assistenza. Ma d'altra parte un'assistenza buona a questi soggetti non può essere offerta, perchè il Ministero provvede al ricovero con il pagamento di una retta giornaliera di dodicimila lire, quando noi sappiamo che, a prescindere dalle settantamila lire citate dal senatore Merzario, la retta di degenza in ospedale è intorno alle cinquantamila lire. Ebbene, il Ministero della sanità per il ricovero di questi soggetti paga dodicimila lire al giorno, intendo dire per i non autosufficienti.

Chiunque abbia pratica del costo di un servizio ospedaliero — e in questa sede siamo tutti a conoscenza di questi elementi — sa benissimo che con dodicimila lire giornaliere non può essere offerta a soggetti paraplegici non autosufficienti l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno, ed allora questi poveretti sono costretti a soffrire, oltre alla mortificazione del ricovero e della lontananza dall'ambiente familiare, anche il disagio fisico per non poter ricevere le cure necessarie. E non si può escludere che prima o poi — finora non è successo — qualcuno di questi soggetti minorati possa arrivare al decesso per insufficienza di assistenza. Ma allora non potremo gridare allo scandalo — e questo lo sto dicendo da anni — non potremo porre sotto accusa una nuova Maria Diletta Pagliuca, perchè tutte queste cose noi le conosciamo, e sappiamo che questo guaio può succedere. Non si possono pagare dodicimila lire al giorno per un paraplegico, perchè l'assistenza sociale ha un costo: abbiamo sbandierato a tutti la conquista dell'assistenza sociale ai minorati, però non l'abbiamo finanziata. Se la vogliamo fare, questa assistenza sociale, abbiamo il dovere di reperire i fondi, con onere a carico di tutti. Non si può scrivere enfaticamente in una legge che si offre l'assistenza ospedaliera a tutti gli invalidi civili, promuovere la dichiarazione di

invalidità civile per un numero enorme di soggetti — ormai si è perduto il conto, non si sa se sono cinque o sette milioni gli invalidi civili in Italia — e poi fare uno stanziamento di cento miliardi per coprire tutte queste spese.

Invito il Ministro della sanità a valutare questo problema e a prevedere per il prossimo anno un finanziamento tale da poter garantire a questi soggetti un'assistenza civile.

E termino con alcune osservazioni sull'Istituto superiore di sanità. Il discorso di merito sull'Istituto superiore di sanità potrebbe essere molto lungo, in questa sede si è discusso di questo problema, sono stati preparati degli ordini del giorno, ma ritengo che dovrebbe essere dedicata un'apposita seduta esclusivamente a questo Istituto. Io mi limito ad affermare che l'attività scientifica dell'Istituto superiore di sanità è certamente molto importante, ma i suoi compiti sono essenzialmente quelli di valere come strumento tecnico a disposizione del Ministero della sanità, per la sua opera di coordinamento nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. La ricerca scientifica e la sperimentazione sono compiti peculiari degli istituti universitari ai quali l'Istituto superiore di sanità deve fornire gli elementi tratti dalla sua importante e interessante esperienza. Nessuno disconosce all'Istituto superiore di sanità il diritto di fare ricerca scientifica, ma non è quello il compito primario dell'Istituto. Questo istituto deve essenzialmente fornire al Ministero della sanità tutti gli elementi necessari perchè il Ministero stesso possa svolgere la sua azione di coordinamento.

Nel settore della veterinaria è necessario che la vigilanza contro le malattie infettive sia sempre presente, ed è ovvio che per ottenere un tale obiettivo è indispensabile che il Ministero abbia a disposizione un numero sufficiente di tecnici — che non ha — e in modo particolare di medici veterinari.

E voglio concludere con un rilievo, che comporta un auspicio: un rilievo sul quale tutti noi abbiamo il dovere di meditare. Alla fine del 1975, con 140 mila medici iscritti agli albi in tutta Italia, risultavano

iscritti alle facoltà di medicina, per i sei anni di corso, 156.920 giovani, senza contare i fuori-corso che, secondo calcoli approssimativi, dovrebbero essere oltre 30.000. Non si conoscono ancora con esattezza le cifre relative alle iscrizioni di quest'anno ma pare che gli iscritti siano circa 40.000. Quindi ci troviamo di fronte a questa situazione: abbiamo 140.000 medici iscritti agli ordini e oltre 200.000 giovani iscritti a medicina. Si tratta — a mio giudizio — di cifre che denunciano le carenze di una società che è arrivata, in una condizione di completa non programmazione, a creare i presupposti per un grave stato di insoddisfazione dei giovani, che si manifesta necessariamente quando non si riesce ad operare e a produrre nel settore che si è scelto.

È certo che non potremo rispondere adeguatamente alle richieste di tutti i giovani che si laureeranno in medicina, ed è certo anche che nella condizione di pletonica medica il danno maggiore lo subiranno i pazienti, lo subiranno i cittadini ammalati perchè saranno sollecitati da una concorrenza che non sarà basata sul merito ma soltanto sull'offerta di prestazioni a basso costo. Da questo rilievo emerge, a mio giudizio, l'auspicio che si giunga finalmente ad accettare il principio del numero programmato, essenzialmente perchè — ed invito i colleghi a tenere ben presente questo — il medico non è una unità lavorativa facilmente convertibile. È difficile far fare l'infermiere al medico.

È un problema che ha una grossa rilevanza sociale, che investe la nostra responsabilità di parlamentari e direi anche la nostra coscienza, per il quale abbiamo il dovere di esprimerci con chiarezza di fronte alla società e di fronte ai giovani.

E vorrei concludere annunciando che presenterò due ordini del giorno, il primo per l'insegnamento obbligatorio nelle facoltà di medicina della materia « malattie infettive » e il secondo per l'insegnamento, anch'esso obbligatorio nelle stesse facoltà, di « medicina del lavoro ». Si tratta di due specializzazioni che sono oggi facoltative, ma che ritengo sia importante che gli studenti di medicina approfondiscano.

P R E S I D E N T E. Se mi è consentito, vorrei fare una breve notazione personale per quanto riguarda il problema degli handicappati. Concordo con il senatore Pinto sulla drammaticità del problema e sulla necessità di aumentare le rette, ma ricordo anche che quando fu varata la legge io fui l'unico a chiedere che fosse modificata nel senso di erogare alle famiglie, che preferivano tenere in casa il minorato piuttosto che ricoverarlo, l'equivalente della retta di degenza. Erogando queste 12.000 lire alle famiglie, le famiglie stesse possono organizzarsi, perchè avere in casa un minorato comporta delle attrezzature che spesso le famiglie non sono in condizioni di acquistare. Quindi uno dei problemi che dovremo rivedere seriamente non è soltanto quello della revisione della retta — si sono costruiti addirittura interi istituti per usufruire delle rette del Ministero della sanità — ma anche quello di studiare la possibilità di dare alle famiglie che preferiscono tenersi in casa il minorato un contributo serio per organizzare una adeguata assistenza.

P I N T O. Dando il contributo alle famiglie c'è il rischio, però, che le famiglie fittino i bambini.

P R E S I D E N T E. Non possiamo partire da questo presupposto. Il problema al quale ho accennato è uno di quelli che dovremo considerare seriamente.

R A M P A. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevole Sottosegretario, colleghi, sono un po' preoccupato nel prendere la parola perchè non vorrei subire la tentazione di addentrarmi — come hanno fatto i colleghi che mi hanno preceduto nel dibattito — nel tema più generale della riforma sanitaria. C'è ormai un rituale: quello di ritenere inutile la discussione sulla tabella n. 19 e di affrontare invece gli aspetti politici più generali.

Cercherò allora una strada intermedia, facendo forza a me stesso e alle mie cattive abitudini; cercherò di esprimere con assoluta sinteticità alcune opinioni in ordine ad una problematica che, in questa sede, è

emersa in termini correttamente e cortesemente dialettici, ma che fuori di qui — collega Pittella — è esplosa su un importante organo di stampa di partito, in modo molto meno corretto, avuto riguardo anche alla obiettività del dibattito.

Vorrei solo osservare — come si è fatto nell'altro ramo del Parlamento — che purtroppo vi è una grave sperequazione nei dati del bilancio: questa tabella 19 non offre né al Parlamento né al Paese — e non lo può offrire per ragioni strutturali che solamente, forse, la riforma sanitaria potrà superare — il quadro oggettivo delle spese sanitarie del Paese e per il Paese. Non è certamente questa una scoperta difficile. È soltanto una notazione che voglio fare perchè non si dia poi un giudizio negativo — più di quanto non debba essere legittimamente espresso — sul bilancio del Ministero della sanità. Citando, per esempio, il dato in qualche misura drammatico del limite non superabile — purtroppo — dei 10.000 miliardi della spesa sanitaria (una cattiva spesa per la verità) che finora il settore pubblico e para-pubblico ha raggiunto, non bisogna ignorare che se noi potessimo considerare distintamente le varie partite che contribuiscono a questo totale, presenti in vari bilanci di amministrazioni centrali dello Stato, nonché delle Regioni e degli altri enti locali, che autonomamente amministrano, in forza di leggi, queste spese; cui va aggiunto ciò che altrettanto autonomamente — a volte in modo anche molto sordinato ma tuttavia rivelatore di un'esigenza non sopprimibile e di una sensibilità sociale che si va manifestando a livello di partecipazione e ideazione della politica sanitaria, così come può essere fatto a livello di enti non territoriali di base — spendono i vari consorzi sanitari, le unità sanitarie esistenti, i vari consorzi per la medicina preventiva, scolastica, eccetera; se noi dunque avessimo presente questo panorama, il nostro giudizio potrebbe essere più pertinente, e probabilmente avremmo anche la possibilità di dare sul bilancio, non quello materiale, formale, ma quello politico della Sanità, dal punto di vista dell'intervento dello Stato in tutte le sue articolazioni isti-

tuzionali, ancora un giudizio negativo sulla qualità della spesa, ma non potremmo non dare un giudizio positivo su questo immenso sforzo che la comunità nazionale e lo Stato in tutte le sue articolazioni sostengono, perchè la spesa sanitaria non rimanga come era un tempo all'ultimo posto e quindi veramente ignorata. Certamente oggi ha raggiunto cifre che scandalizzano soprattutto l'anima — lo dico con simpatia — lamalfiana del collega Pinto, ma non confortano neppure noi, che pure di questa anima avvertiamo soltanto la sensibilità, ma non il convincimento. Ecco perchè ritengo che a questo dato di fatto finanziario non si possa sfuggire. La mia non è una notazione meramente di cronaca: da essa traggio subito una richiesta di ordine operativo, e credo che in questo, lei, signor Presidente, e il signor Ministro, potreste aiutarci, offrendoci uno strumento di lavoro che altrimenti alla Commissione sarebbe impossibile reperire. Cioè, in sostanza, quando noi inizieremo il dibattito, come è stato promesso e come ci siamo impegnati a fare, sulla riforma sanitaria, indipendentemente dal fatto che il testo possa essere presentato alla Camera dei deputati piuttosto che al Senato, dovremmo sfuggire al pericolo di un rinvio della riforma e cioè si dovrà evitare che le giuste esigenze di riconsiderazione della spesa, della sua razionalizzazione e finalizzazione ad obiettivi più efficaci, più razionali, più sociali, non diventino un pretesto per il rinvio ulteriore della riforma sanitaria.

Non credo che si possa invocare l'alto livello della spesa e la crisi economica per giustificare — in nome di questi due dati — un'esigenza di rinvio. La riforma sanitaria è stata e resta un problema di scelta per il nostro Paese, una scelta ormai talmente improrogabile da farci ritenere lealmente che su di essa siamo in grandissimo ritardo. Quindi la proposta concreta che faccio, signor Presidente, è questa: che si acquisiscano tutti i dati finanziari, indipendentemente dalla presentazione del testo della riforma — ma sarebbe meglio che questi dati accompagnassero il testo della riforma — perchè il Parlamento non debba es-

sere costretto a valutare gli ipotizzati preventivi di spesa sulla base di prospetti finanziari allegati al precedente disegno di legge per la riforma, che risalgono al 1972, al 1973 e, forse soltanto per alcuni aspetti, addirittura al 1971.

Quella era infatti un'epoca in cui la spesa era più limitata, e la situazione finanziaria generale era ben diversa. Credo che questa richiesta possa essere soddisfatta, debba essere soddisfatta, se non vogliamo che la riforma si faccia solo a parole. Dobbiamo, invece, realizzare la riforma con un grande impegno politico, che non è per niente contraddittorio con la razionalizzazione della spesa e con la gradualità che la conoscenza di tale spesa e delle necessarie disponibilità consentono, perchè la riforma stessa non fallisca.

Credo che trattando di questo argomento sia doveroso da parte mia rispondere al senatore Merzario, che ha espresso qualche dubbio sulla fermezza del relatore in particolare, ma anche del sottoscritto, nel volere la riforma, anche perchè vi sono state in questi giorni artefatte polemiche in merito. In questa sede non è possibile ignorare queste polemiche, anche perchè un importante quotidiano trova in questa Commissione un collegamento con componenti autorevoli.

Ritengo, prima di tutto, di dover notare che il relatore, senatore Costa, con molta lealtà, quando ha espresso delle riserve sull'ipotesi di riforma e ha fatto alcune valutazioni sul sistema mutualistico vigente in Italia e sulle prestazioni che esso offre, ha precisato più volte di parlare a titolo personale. Ma voglio andare più in là. Io stesso ho fatto a suo tempo una proposta che ho ritenuto dovesse essere formalizzata, cioè di invitare il Ministro ad esporre a questa Commissione i principi fondamentali della riforma e i suoi obiettivi principali. L'onorevole Costa, sensibile com'è, e convinto com'è della necessità della riforma, non se l'è avuta a male per la mia osservazione. Ma c'è di più. A volte si notano contraddizioni — e vorremmo che altri colleghi le notassero —, contraddizioni abbastanza evidenti, perchè mentre si criticano alcune del-

le proposte che il collega Costa ha fatto, quando ha parlato di razionalizzare la spesa nel processo di passaggio alle Regioni, e quando ha detto che bisognerebbe, prima della riforma, costituire il Consiglio sanitario nazionale — proposta che trova un riflesso nel disegno di legge n. 202, il cui articolo 11 propone un comitato di gestione, di coordinamento a livello governativo, con la partecipazione di regioni e sindacati, per portare avanti questo processo di razionalizzazione nella fase intermedia — mentre dunque si fanno queste critiche, poi vengono proposte di provvedimenti-stralcio — antiche e recenti —, e cioè si preparano, formalizzandole (e ne danno annuncio giornali di partito autorevoli), le stesse cose che il senatore Costa ora proponeva.

Allora i casi sono due. O vogliamo discutere razionalmente, con oggettività, i problemi che abbiamo dinanzi e non ci scandalizziamo delle relative proposte — premessa una sicura volontà politica di fare la riforma — oppure vogliamo andare avanti in ordine sparso. Intendo dire che non vorremmo trovarci, a un certo momento del dibattito, di fronte a proposte che fossero poi non dico più arretrate, ma comunque ancor più nettamente indirizzate sulla linea che l'amico senatore Costa ha tracciato nella sua relazione, sia pure parlando a titolo personale e perciò stesso esponendo alcune considerazioni e valutazioni che noi, io almeno, non ci sentiamo di condividere, come quando, ad esempio, afferma che l'ipotizzato Servizio sanitario nazionale non potrà probabilmente mai offrire niente di meglio di ciò che il sistema mutualistico attuale offre.

Non è, onorevole Ministro, che il Parlamento si trovi o si troverà, speniato tra pochi giorni, di fronte a un progetto di legge di riforma sconosciuto, nato così per caso, dallo zelo e dall'impegno che riconosciamo al Ministro della sanità. Vorrei notare cioè che abbiamo a monte una scelta operata con un larghissimo consenso dalle forze politiche, sociali e professionali, ed è il testo per la riforma sanitaria precedentemente presentato dal Governo, cui le forze politiche hanno dovuto spesso fare riferimento,

anche dopo il 20 giugno, compresa la parte che noi rappresentiamo. Osservo ancora che l'elaborazione di quei temi non è cessata, è continuata, però su quella linea, non contraddittoriamente a quella linea.

E non è vero affatto, senatore Pinto, relatore Costa — dobbiamo smentire questo — che le categorie mediche siano state escluse da una consultazione che le ha viste invece partecipare, in quest'ultima fase, specialmente attraverso i loro democratici congressi, ai quali le forze politiche hanno partecipato; non è vero che siano state escluse dalla elaborazione, dal confronto, quanto meno, sui temi generali della riforma. Non lo dico per polemica, ma perchè dobbiamo togliere di mezzo un motivo di polemica, una polemica che può essere rivolta ancor più contro il Parlamento che non contro il Governo, e che non serve a rasserenare un dibattito importante, che coinvolge tutto il Paese, coinvolge, al limite, anche le future generazioni. Per questa ragione, anche di ordine etico-politico, credo che occorra liberare da ogni motivo polemico inutile il nostro dibattito, dentro e fuori di qui. C'è stata, alla Camera, in sede referente, al termine della passata legislatura, l'approvazione di ventisei articoli, onorevole Pinto, che rispondono a determinati principi e a determinati obiettivi, cioè l'approvazione, sia pure solo in sede referente, del nucleo della riforma sanitaria, confortata da un quasi corale accordo su quel testo.

Vorrei dire soltanto brevissimamente che non ci sono, nella riforma sanitaria, soltanto questi principi ribaditi dal senatore Pinto, e che dobbiamo assolutamente rispettare in modo ottimale, cioè la libera scelta del medico e la libertà professionale, contro l'impiegatizzazione. Perchè citare solo questi due principi — non mi riferisco alla sensibilità del collega Pinto, ma mi rivolgo al mondo esterno, in certe sue dimensioni — significa ignorare che la riforma risponde a ben altri principi, oltre che a questi due. Brevissimamente, solo in una rapida citazione: anzitutto il riscatto di un valore mercificato — è brutta questa espressione, ma è vera in Italia come in altri Paesi — quale è oggi il valore della salute.

Credo che nella riforma questo valore, che non è solo costituzionale, ma umano, si riscatti pienamente. Esiste poi un altro principio, quello dell'uguaglianza del trattamento sanitario per tutti i cittadini, di fronte a una settorializzazione spesso corporativa, comunque sociologicamente non giustificabile in uno Stato qual è quello odierno, modificato nei suoi stessi ceti sociali, nelle classi emergenti, uno Stato democratico che ha alla base l'uomo e il cittadino, non più il contadino o l'operaio o l'impiegato e via di seguito.

C'è poi il tema della partecipazione. Una partecipazione per nomina dei sindacati o del Governo diventa una partecipazione per elezioni, quali che siano le modalità che per tale partecipazione noi vorremo andare a indicare attraverso il confronto fra Governo e Parlamento. Ecco perchè ritengo che si debbano, in questo momento, ricordare alcuni principi essenziali, tanto quanto quelli precedentemente ricordati dal collega Pinto. Ma poichè il collega Pinto ha richiesto una risposta delle forze politiche qui presenti su quei due principi, noi riteniamo, come Gruppo della democrazia cristiana, di affermare che se essi sono irrinunciabili — anche se su di loro non si deve fare alcuna retorica di comodo — non lo sono essi solo, perchè non potrebbero essere sostenuti senza la riforma e del resto probabilmente sono stati malamente rispettati all'interno di un sistema che è l'antiriforma, cioè all'interno del sistema mutualistico, nel senso che esso è diverso radicalmente dalla nostra riforma sanitaria, quale noi vogliamo insieme costruire.

Ecco perchè, passando da queste considerazioni alle proposte operative, noi scongiuriamo — pur conoscendone gli orientamenti — l'onorevole Ministro a non cedere (se è permessa questa espressione, ma sappiamo che non è un Ministro che cede) a non cedere, dicevo, nel presentare la legge quadro al Parlamento, alla tendenza di presentare una legge enciclopedica, occorrendo invece una legge-quadro che, ottenuta dopo difficili confronti, dia almeno al Paese e alle istituzioni, Regioni comprese, la possibilità — senza affrontare tutto lo scibile infinito

e complesso, e perciò impossibile, al limite, della problematica sanitaria e del suo sviluppo — di stabilire almeno l'architettura essenziale del Servizio sanitario nazionale.

Quindi deve contenere principi, obiettivi generali, strutture centrali, regionali e periferiche, modalità di partecipazione. Quindi deve ribadire almeno tre punti fondamentali, che noi consideriamo irrinunciabili e che la lettura della tabella n. 19 — con le iniziali considerazioni che ho fatto e dando per scontate le altre fatte da colleghi più esperti di me — impone assolutamente. Anzitutto, il futuro del Ministero della sanità. Noi crediamo in sostanza che sia astratta e sciocca la polemica contro il Ministero della sanità, per la sua soppressione, per la sua umiliazione, per il suo svuotamento ulteriore. Credo che sia assolutamente irrazionale pensare che un Paese, attraverso mille difficoltà, si appresti a creare il Servizio sanitario nazionale, che avrà una grossa problematica in sé, sopprimendo al tempo stesso l'Amministrazione centrale. Sarà la legge a predisporre i binari, per così dire, giuridici e operativi, sarà il Paese a creare il proprio Servizio sanitario nazionale, a livello della propria coscienza sociale e politica, ma non si può pensare che lo Stato possa rinunciare a una sua essenziale funzione di indirizzo di un sistema sanitario che non sarà regionale, non sarà locale, se non nella misura della sua articolazione, di cui lo Stato perciò dovrà essere responsabile e garante. Questa sarebbe una grossa contraddizione politica, che ci farebbe domani trovare di fronte a più di diciannove tabelle regionali, a infinite tabelle locali di spese sanitarie scoordinate, e direi al limite, sperperate.

Ecco perchè chiediamo, al di là dei desideri pur giustificabili ma un po' utopistici, in questo momento, di trasformazioni radicali — cioè verso un Ministero della sicurezza sociale o altro, rispondenti forse a situazioni estere, ma oggi non attuabili, anche se rispettabili — chiediamo dunque che nel disegno di legge governativo di riforma sanitaria, proprio per le ragioni emerse nel presente dibattito sul bilancio della sanità, non si facciano passi indietro, ma al con-

trario passi avanti rispetto ad una delega, sui cui contenuti giudicherà il Parlamento. Perchè nell'ambito del disegno di legge-quadro di riforma sanitaria, per la creazione del Servizio sanitario nazionale, il Ministero della sanità deve ritrovare una propria capacità di esistere e ciò non per una riappropriazione di compiti allo Stato, rispetto a quelli istituzionali delle Regioni e degli enti locali territoriali, ma per una capacità che il Ministero deve acquisire di diventare organo di promozione, di coordinamento e, in termini operativi, per quanto gli compete, di controllo sul Servizio sanitario nazionale nel suo complesso, come strumento fondamentale di attuazione della politica sanitaria nazionale.

C'è un secondo punto al quale non possiamo rinunciare. Abbiamo ascoltato ora il collega Pinto, il senatore Bompiani la scorsa settimana: credo che tutti sostanzialmente ci battiamo per una organica disciplina della formazione del personale medico e paramedico. È un punto che non possiamo assolutamente rinunciare ad affrontare nella legge-quadro per la riforma sanitaria. Che la delega per questa disciplina sia contestuale, in termini politici, logici o addirittura materiali, alla legge-quadro non è molto importante, al limite non ne faremo una grossa questione, ma non prevedere una delega su questa materia rappresenterebbe una grossa occasione perduta, e mi dispiace che alcune forze politiche, che erano d'accordo su questa esigenza nella passata legislatura, si siano allontanate in questa legislatura dalla prospettiva di una delega, sul tipo di quella prevista dall'articolo 45 del disegno di legge della precedente legislatura per la riforma o la ristrutturazione della formazione del personale medico e paramedico. In quell'articolo si promuoveva giustamente un nuovo rapporto — che era considerato essenziale e condizionante — non solo fra università ed ospedali, ma anche fra università, ospedali e Servizio sanitario nazionale. Cioè, la riforma delle facoltà di medicina, secondo me, è indispensabile, qualunque sia il giudizio che il Parlamento darà sullo strumento legislativo da adottare e sui contenuti dello stesso

strumento legislativo. Credo che il peggio sarebbe rinunciare a presentare, in una contestualità strutturale essenziale, assieme al disegno di legge relativo al servizio sanitario nazionale, un disegno di legge che, quanto meno nel quadro della riforma universitaria generale, senza tentazioni di scorporo delle facoltà di medicina dalle università, affronti immediatamente il problema della loro riforma, se non altro per ragioni di credibilità verso il Paese. È necessario fondare questa credibilità, che oggi sicuramente non abbiamo, di fronte a fenomeni che espressi in cifre sono ancora più drammatici di quanto forse non appaia, dalle loro esperienze quotidiane, ai nostri concittadini. È grave, per esempio, il fatto che la Comunità economica europea fino a poco tempo fa non accettava che il medico italiano, laureato in Italia, con titolo quindi legalizzato dallo Stato italiano, potesse esercitare — e questo valeva soprattutto per gli specialisti, mi suggerisce il senatore Costa — la professione nell'ambito degli Stati comunitari. Ed è questo un dato di fatto abbastanza umiliante per un Paese che in questi giorni vuole riscattare giustamente, per salvare se stesso, la propria vocazione europea.

Per quanto riguarda la politica della prevenzione sanitaria negli ambienti di lavoro, io chiedo — signor Presidente — un dibattito franco e aperto in Commissione, perchè mi permetto di rilevare che mai il Parlamento italiano — fatta eccezione per casi di emergenza drammatica come Seveso, Manfredonia, Mestre ed altri del genere — ha discusso compiutamente del problema della prevenzione negli ambienti di lavoro, che oggi diviene, in senso più vasto, prevenzione ecologica, in termini umani globali, dato che le strutture aziendali esistenti possono contribuire ad un deterioramento anche della salute della popolazione, oltre che dell'ambiente.

Per avviarmi alla conclusione, vorrei dire che io mi auguro sinceramente che si realizzi la proposta che il Ministro della sanità ha fatto alla Camera nella sua replica: che si possa, per gestire il processo di passaggio al Servizio sanitario nazionale impostato

dalla riforma sanitaria, creare un comitato interministeriale, affinché questo processo non sia gestito da tutti e da nessuno, come avverrebbe se fosse lasciato alle iniziative scoordinate delle Regioni, dei sindacati, degli istituti mutualistici e delle varie branche delle amministrazioni dello Stato, in modo, direi, non razionale e caotico.

Per evitare questo, io credo che sarebbe estremamente interessante se come primo punto, nei nostri incontri in ufficio di presidenza, con lo stimolo e il consenso dell'onorevole Presidente, potessimo proprio questo problema della gestione del passaggio al Servizio sanitario nazionale. Lo pongo all'attenzione della Commissione anche per togliere volutamente — a noi stessi e agli altri — la tentazione di fare i primi della classe. Perché c'è il rischio di far credere al Paese che di fronte a questo problema c'è chi fa il primo della classe, senza avere molti meriti, e chi invece, avendo avuto dei meriti per la riforma sanitaria, viene indicato ora come il nemico attuale della riforma stessa.

Bisogna dire infatti che questa riforma sanitaria abbiamo già iniziato a farla, ma purtroppo a chiacchiere, per settori, senza un adeguato coordinamento. Occorre quindi prevedere un meccanismo di intervento, e soprattutto un organismo che colleghi, coordini, promuova questo intervento in tempo utile, non tanto direi in relazione alla fatidica data (sempre c'è una data fatidica nella storia d'Italia!) del 1° luglio 1977, che noi non vogliamo per niente mutare, ma che non credo che vedremo come una ghigliottina, il giorno in cui vi arrivassimo magari impreparati, perché anche dopo quel giorno bisognerà pur continuare ad erogare l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani, senza accelerare o aggravare il caos attuale, ma invece creando le motivazioni per una credibilità nella riforma che, speriamo, nel frattempo sarà stata approvata, e dovrà quindi sottostare ai processi previsti di attuazione graduale e progressiva. Dobbiamo quindi creare questo congegno di coordinamento, e studiare questo processo di attuazione graduale della messa in liquidazione

del sistema mutualistico, promuovendo il raccordo fra i momenti di riforma già iniziati e i momenti di riforma che ci attendranno a scadenze differenziate ma che, direi, ci attendono giorno per giorno già adesso, senza aspettare la data del 1° luglio. Perché quando provvediamo al prontuario farmaceutico o ci preoccupiamo di qualche altro importante problema cosa facciamo? Compriamo con ciò atti di riforma, sostanzialmente. Su questo piano si pone anche il problema al quale accennavano il Presidente e il senatore Pinto, problema impostato ormai in termini di attualità e di modernità socio-sanitaria e socio-assistenziale, fra l'altro prevedendo la deistituzionalizzazione dell'assistenza, come ogni Stato moderno deve fare, indipendentemente dalla polemica più o meno artificiosa che si può fare su questa o su quella Pagliuca, perché per la verità, diciamola una volta tanto e diciamolo anche da democratici cristiani — in Italia non esistono soltanto — ne esistono purtroppo! — alcune Pagliuca. Esiste anche tutto un grosso patrimonio di attività assistenziale, di impegno comunitario, anche in chiave estremamente moderna e spesso in dimensioni esemplari — se paragonato ad altre esperienze — un patrimonio che forse cattoliche e democratico-cristiane — che non si identificano con tutto il campo cattolico ma che sono un'espressione politica rilevante — hanno sostenuto, sostengono e realizzano.

Ecco perché credo che se apriremo il nostro dibattito sulla riforma sanitaria ponendoci, oltre il problema finanziario, anche quello di come distribuire ed organizzare il processo di passaggio al Servizio sanitario nazionale, allora non saremmo costretti ad aspettare o a subire iniziative scoordinate, a sentire le Regioni che lamentano costantemente l'impossibilità di gestire questo processo di transizione.

Speriamo che il Governo possa affrontare questi problemi con una certa rapidità. Ad ogni modo, per evitare questi inconvenienti e per evitare che il Ministro del lavoro si senta ancora il Ministro degli enti mutualistici; che il Ministro della sanità si senta ancora Ministro della riforma, senza avere

strumenti per intervenire; che il Ministro del tesoro, che ha molte cose a cui pensare in questi giorni, sia coinvolto anche in questo problema; per evitare di avere un Ministro delle regioni che, a sua volta, pensi magari a qualche soluzione meccanica di trapasso dal sistema attuale a quello futuro attraverso l'applicazione della legge n. 382; per evitare tutto questo chiediamo al Ministro di darci qualche garanzia. Se nella presente sede di bilancio non fosse possibile definire il problema, allora chiederemmo lo stralcio, dal disegno di legge n. 202, dell'articolo 11, che prevede le strutture di coordinamento per la fase di passaggio, per porlo all'attenzione della Commissione, perchè non crediamo assolutamente che il limitarsi a ricordare ogni giorno la data del 1° luglio 1977 significhi, di fatto, preparare la riforma. Significa soltanto eccitare e portare ad una attesa spasmodica i nostri concittadini e tutti gli operatori del settore, compresi i 64.000 operatori degli enti mutualistici, che dovranno essere le strutture umane portanti del nuovo Servizio sanitario nazionale.

Il Gruppo della Democrazia cristiana non intende proporre una vera e propria scala di priorità, ma intende prospettare alla Commissione esigenze prioritarie, nell'ipotesi in cui il Governo non possa addivenire a una soluzione appropriata, nell'ipotesi che il Governo ci garantisca, e garantisca a tutti coloro che sono interessati a questo problema — e quindi in pratica a tutto il Paese — che questa fase, che non è di avvio ma di collegamento alla riforma sanitaria e all'istituendo Servizio sanitario nazionale, venga politicamente gestita alla luce del sole, senza che ci si trovi, ad un certo momento, di fronte al caos, che farebbe fallire anche un'ottima legge di riforma.

Procrastinare, d'altra parte, per lunghi anni l'attuale sistema mutualistico, in prospettiva della riforma sanitaria, sono convinto che ci farebbe trovare di fronte proprio a questo risultato: il Parlamento verrebbe ad essere impegnato in una legge di collegamento tra il sistema sanitario attuale e la realtà consolidata, attraverso giustificazioni che al momento si potranno trovare, mentre

il momento della gestione verrebbe ad essere affrontato con la grande « supermutua », di cui si è avuta eco nel passato e che per fortuna il Ministro Dal Falco ha dimostrato di non tenere in considerazione, per tenere invece in viva considerazione quella linea direttiva che il Parlamento — interprete di larghe forze del Paese — aveva in qualche modo approvato, sia pure in una fase transitoria.

Mi scuso se non ho parlato della tabella 19. In verità non mi intendo molto di cifre, e mi sembrava più rilevante approfittare della simpatica provocazione proveniente dalla nostra semiopposizione di sinistra, per cui ho preferito, signor Presidente, dire alcune cose, a testimonianza non tanto di un impegno personale, che non conterebbe nulla, ma di un impegno che la Democrazia cristiana, pur con le proprie contraddizioni, ha portato avanti lealmente nel Paese e nel Parlamento. Dico nel Parlamento, perchè esistono inoppugnabili e facilmente consultabili atti parlamentari.

Il Parlamento non è cominciato il 20 giugno, e gli atti parlamentari della precedente Legislatura stanno a dimostrare che prima del 20 giugno e dopo noi abbiamo operato ed operiamo non perchè la riforma sia insabbiata, ma per portarla avanti, e oggi, perchè sia ripresentata al Parlamento. Noi ci auguriamo che questa scadenza non scivoli più, perchè altrimenti dovremmo prendere atto di qualche seria difficoltà.

Presidenza del Vicepresidente RAMPA

R A P P O S E L L I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, interverrò brevemente su un punto specifico della relazione e cioè sul problema del personale, in relazione appunto al processo riformatore del sistema sanitario nazionale. Prima però voglio condividere i cenni critici contenuti nella relazione del senatore Costa sulla politica sanitaria del Governo.

Il senatore Costa definisce anomalo il bilancio in esame, e denuncia il fatto che dopo oltre due anni dalla presentazione del disegno di legge di riforma sanitaria e dalla

approvazione della legge n. 386 non vi sia stato neppure un inizio di rinnovamento dell'assistenza sanitaria. Il senatore Rampa contesta questa affermazione. Tuttavia è una constatazione di fatto che si può verificare.

È indubbio che la situazione nazionale, non solo in generale, ma anche quella sanitaria, si è ulteriormente aggravata negli ultimi tempi, e questo è non solo dimostrato dallo sciopero dei medici, ma è più che provato dal drammatico annuncio con il quale, nei giorni scorsi, il più grande Ente mutualistico italiano, l'INAM, ha accompagnato la dichiarazione di sospensione del pagamento dei medici convenzionati.

Tutta la parte generale della relazione del senatore Costa è costellata di sottolineature e richiami preoccupanti, che non esprimono soltanto uno stato d'animo del relatore, ma una realtà vissuta dall'intero corpo nazionale e che a me, nuovo di esperienza parlamentare, danno l'impressione che il Parlamento finora si sia trovato di fronte a governi i quali, a voler essere indulgenti, abbiano considerato semplici formalità le indicazioni parlamentari. E questo è a dir poco sconcertante, perchè evidenzia che i governi passati hanno ricercato nel Parlamento non più di una copertura ad una prassi governativa del tutto sganciata dagli orientamenti di politica generale e dagli indirizzi assunti in sede parlamentare.

Ora, non diversamente riesco ad interpretare le affermazioni con cui il relatore ha chiuso la parte generale del discorso di avvio di questo dibattito sulla tabella 19 del bilancio per il 1977.

Però con questo mio intervento, ripeto, non intendo affrontare questi aspetti, ma invece marcare la mia attenzione sulle questioni di carattere particolare riguardanti il personale delle strutture sanitarie, anche perchè sul piano generale poi vi sono stati parecchi interventi, tra i quali quelli del senatore Merzario e di altri colleghi che sono intervenuti finora. Cioè, voglio sottolineare questi problemi gravi del personale, le preoccupazioni che esistono nel personale sanitario.

Mi limiterò perciò a svolgere alcune considerazioni, ad esprimere qualche osservazione sul problema della sorte dei lavoratori attualmente impegnati nel settore sanitario nazionale, e particolarmente di quei lavoratori che saranno in sovrappiù nel nuovo inquadramento, mano a mano che avanzerà il processo riformatore. Questo problema viene accentuato, e giustamente secondo me, negli ambienti degli interessati, presso i sindacati, e credo che esso diverrà certamente più scottante nell'approssimarsi delle scadenze del passaggio della gestione sanitaria mutualistica alle Regioni e dello scioglimento delle mutue, che è quasi imminente.

Di queste preoccupazioni si stanno facendo carico, per le parti di loro competenza, le organizzazioni sindacali generali, quelle degli ospedalieri e quelle degli altri lavoratori fondamentalmente interessati. A tale proposito penso non sfugga a nessuno il valore del seminario di studio realizzato a Rimini nei giorni scorsi, dal 19 al 21 ottobre, proprio sulla politica contrattuale del settore ospedaliero nella prospettiva della riforma sanitaria, da parte della FIARO. Nè penso che possa essere sottovalutato il dibattito esteso che è in corso presso le categorie dei lavoratori intorno alle piattaforme dei rinnovi contrattuali — è proprio di questi giorni un dibattito molto ampio — per le connessioni che queste piattaforme sindacali e le stesse posizioni della FIARO hanno con gli obiettivi della riforma e con i problemi che creerà la nuova organizzazione del lavoro nelle nuove strutture sanitarie, particolarmente per l'incertezza dei tempi tecnici necessari, determinata dai ritardi attuativi della legge, dalla carenza degli strumenti di attuazione, dalla insufficienza quantitativa e qualitativa del personale paramedico, dall'incognita circa la nuova collocazione del personale amministrativo — sottolineo amministrativo — attualmente occupato nelle mutue e in particolare modo per quella parte dei lavoratori che non troverà posto nel nuovo Servizio sanitario nazionale.

Mi rendo conto che molti ospedali, ad esempio in Abruzzo, quando devono assumere cinquanta inferieri devono andare a cer-

carli in tutta la Regione abruzzese: non si trovano. Indubbiamente questo è un grosso problema.

Esiste poi l'incognita circa la nuova collocazione del personale amministrativo: si parla di molte decine di migliaia di lavoratori che devono essere risistemati, perchè questo personale amministrativo non troverà posto nel nuovo servizio. Ciò costituisce un problema di massa che deve preoccuparci più di quanto ci abbia finora preoccupato, e fondamentalmente deve preoccupare il Governo. Una soluzione occupazionale adeguata di questo personale dovrà essere trovata, non dico senza danni, ma per lo meno con il minor danno possibile: la situazione non si potrà risolvere soltanto attraverso l'attuazione del principio della mobilità del lavoro, che però va senz'altro realizzata, di concerto fra gli organi dello Stato, le Regioni e gli enti locali.

Un'intesa positiva con le Regioni e gli enti locali, che saranno interessati a recepire questo personale, non credo si potrà stabilire facilmente e senza difficoltà; io credo comunque che vada immediatamente tenuta presente l'esigenza, la necessità di non costituire posizioni contrapposte, che possono sorgere e possono affermarsi, rispetto alla autonomia degli enti locali.

La legge richiamata, la n. 386 del 1974 di avvio alla riforma sanitaria, trasferimento dell'assistenza ospedaliera alle Regioni e scioglimento degli enti mutualistici, a mio avviso è in accordo con la legge n. 382 di delega per l'emanazione delle norme sull'ordinamento regionale, sulla riorganizzazione della pubblica amministrazione, nonché con la legge n. 70 del 1975 per il riordinamento degli enti pubblici. Ma nell'ambito di questi provvedimenti il problema non è senz'altro risolvibile, perchè l'assegnazione del nuovo posto di lavoro non avviene nello stesso momento in cui cessa il rapporto occupazionale con gli enti mutualistici soppressi, per cui questi lavoratori verrebbero posti in graduatoria, in attesa che nasca una nuova occasione di lavoro. Voi potete benissimo immaginare i drammi familiari che può creare una situazione di questo tipo. Sono problemi fa-

miliari, ma hanno anche ripercussioni sul piano politico-sociale.

Bisogna fare in modo che concretamente lo Stato, le Regioni e gli enti locali, attraverso i ruoli ad esaurimento previsti dalla legge per la graduatoria del personale di risulta, cioè per quella parte del personale che non trova collocazione nelle nuove strutture sanitarie, si facciano carico della garanzia del mantenimento effettivo e della continuità del rapporto di lavoro di tutti i lavoratori interessati. In caso contrario la situazione potrebbe raggiungere toni drammatici.

Affermata questa responsabilità, in termini di impegno politico, da parte dello Stato e delle strutture regionali e locali, il problema non viene automaticamente risolto, perchè le esigenze occupazionali di questi enti non esistono allo stato attuale, o esistono in misura limitata, ma potranno verificarsi attraverso quella riforma o riorganizzazione delle strutture sanitarie che va portata avanti insieme alla battaglia per la riforma sanitaria in senso stretto. Il problema del personale, secondo me, è molto più complesso di quanto appare dai discorsi che stiamo facendo. Io richiedo una iniziativa specifica, che deve andare avanti parallelamente all'*iter* della riforma e, forse, deve precedere il momento stesso della riforma.

Il Partito comunista italiano pone delle questioni abbastanza esplicite, fa delle proposte sul piano generale del riordino della pubblica amministrazione, però non bisogna attendere ulteriormente, ma predisporre necessari strumenti di mobilità dei dipendenti pubblici. Si tratta poi di mettere in moto un meccanismo di accertamento, da parte della Presidenza del Consiglio, presso tutte le amministrazioni e gli enti interessati, degli organici, delle vacanze di organico e quindi delle eventuali esigenze di nuovo personale. Non credo che ovunque il personale esistente sia l'*optimum*, rispetto a quello che necessita.

Si tratterà poi di valutare preventivamente, come d'altra parte è stato proposto dallo stesso Ministro della sanità, contestualmente alla discussione della legge di riforma sanitaria, la dotazione di organici per il costi-

tuendo Servizio sanitario nazionale. Sulla base di tutti questi accertamenti precisi noi potremo procedere — e il Governo si è impegnato in questo senso — a riqualificare il personale.

Vi è poi un problema molto scottante, che secondo me va tenuto presente, cioè quello della perequazione progressiva dei trattamenti che, fermo restando il mantenimento delle retribuzioni di fatto, riconosca al personale sottoposto a mobilità i trattamenti normativi e retributivi degli enti di destinazione, per ricondurre ad omogeneità le remunerazioni orarie della prestazione lavorativa. Bisognerà poi vedere se in alcuni enti i trattamenti in atto sono inferiori a quelli percepiti negli altri. Questo è un aspetto a mio avviso molto, molto importante, non soltanto per il fatto che occorre ricondurre ad omogeneità le prestazioni lavorative, ma perchè potrebbe determinare reazioni negative, che potrebbero costituire momenti di tensione.

In stretto collegamento con queste prime iniziative concrete vanno considerati i momenti di riordino degli uffici e dei servizi e della ricostruzione dei rispettivi organici. Ora, tutto questo comporta un rapporto diverso con questi enti, con la Regione, con i comuni: è necessaria quindi una maggiore collaborazione, perchè il Governo deve mettere sullo stesso piano tutti i lavoratori.

La proposta contenuta nella relazione dell'onorevole Costa, di unificazione dei presidi sanitari — leggo testualmente — che fanno capo alle province (consorzi antitubercolari, laboratori di igiene e profilassi, consultori ex OMNI, IPAI, servizi di medicina scolastica, centri di igiene mentale, servizi anti-tracomatosi anticeltici, eccetera) con compiti di intervento nel campo della prevenzione, non spinge verso la soluzione riformatrice che costantemente l'onorevole Costa richiama nella sua relazione, ma, al contrario, realizza l'obiettivo opposto, ed agisce come elemento frenante della riforma, perchè si pone in contrasto con il nuovo sistema sanitario che si vuole introdurre. Infatti, mentre la riforma e il nuovo sistema sanitario hanno come presupposto la soppressione

degli enti inutili, questa proposta, se dovesse avere pratica attuazione, risusciterebbe enti ormai morti, che vanno seppelliti, il cui funerale ritarda ancora, per gli ostacoli che oppone, la riforma. In pratica, poichè non sono stati rispettati i tempi stabiliti, il relatore Costa propone un altro accorpamento: ciò creerebbe un ulteriore ostacolo. D'altra parte è impensabile, anzi intollerabile, che si possa costituire un nuovo carrozzone — magari con attribuzione di nuovi e più alti compiti — conglobando enti inutili, divenuti addirittura dannosi, sulla cui soppressione passa la riforma: quanto meno, ciò equivarrebbe a introdurre un nuovo ostacolo nel cammino del processo riformatore. Se infatti, come abbiamo visto sopra, le sorti di un considerevole numero di lavoratori degli enti di assistenza sanitaria sono legate alla riorganizzazione dello Stato e degli enti locali, e questa riorganizzazione passa attraverso la soppressione di una serie di strutture pubbliche che disturbano o comunque frenano lo sviluppo delle nuove strutture, come autorevolmente ha affermato la Commissione Giannini, l'accorpamento e l'attribuzione di nuovi compiti — compiti che, con la riforma, divengono propri dei nuovi presidi sanitari e degli enti locali — ad enti che vanno eliminati, oltre a creare disturbo alle nuove strutture, ritarderebbe il processo di riforma e come conseguenza allontanerebbe la soluzione occupazionale del personale di risulta degli enti medesimi. E questo un aspetto non dico centrale, perchè non lo è, ma certamente importante; non si tratta solo di un fatto umano, ma anche politico, economico e sociale.

Una attenzione particolare dovrà essere rivolta ai lavoratori dei reparti amministrativi degli enti che saranno sciolti. Tutto il personale sanitario infatti troverà collocazione nei nuovi presidi sanitari che nasceranno dalla riforma, mentre altrettanto non sarà possibile per gran parte del personale amministrativo, che dovrà essere collocato in altri settori, senza riconfermare, però, le vecchie istituzioni sotto forme, etichette diverse, perchè questo significherebbe non dare, probabilmente, stabilità a quei lavoratori.

Il collega Bellinzona nel suo intervento ha rilevato l'esistenza di un notevole scarto tra le previsioni di organico e il personale effettivamente presente nell'Istituto superiore di sanità. È un problema da risolvere. Del resto, uno scarto uguale lo troviamo anche nei quadri del Ministero della sanità, solo che qui però, a riforma avvenuta, si avrà grosso modo una riduzione dei due terzi del personale dipendente, per cui, anche se già ora si ha un terzo in meno dell'organico previsto, si verificherà comunque una diminuzione. Ci sarà poi, ripeto, da sistemare tutto il personale amministrativo di risulta delle mutue e degli altri enti assistenziali in altri settori, e ciò sarà possibile nella misura in cui il Governo avrà premura di creare immediatamente questi nuovi posti di lavoro, in accordo con i soggetti pubblici che dovranno impiegare questo personale. Si tratta perciò di mettere in moto una serie di iniziative da portare avanti in modo che il problema del personale non concorra a creare ostacoli all'auspicata riforma sanitaria, ai tempi di attuazione della stessa, e non susciti nuove preoccupazioni per i lavoratori, che se non sono una gran massa, certamente incidono sull'intero mondo del lavoro e sugli utenti del nuovo tipo di assistenza sanitaria che vogliamo creare nel nostro Paese. Signor Ministro, desidero avere risposte a questi interrogativi concernenti i lavoratori del settore, ma è necessario che siano risposte che possano concretarsi con l'approntamento degli strumenti necessari per portare a soluzione questo aspetto dell'azione riformatrice.

MAFAI DE PASQUALE SIMONA. Sono stata in parte sollecitata ad intervenire nella discussione dalle osservazioni fatte dal senatore Pinto, il quale, a proposito dell'assistenza agli handicappati e agli invalidi civili, ha detto che cento miliardi di stanziamento sono pochi. Intanto, bisogna dire che il problema degli invalidi e handicappati non può essere risolto soltanto nell'ambito dell'assistenza sanitaria, perchè coinvolge anche altri settori, come quello della preparazione professionale, culturale, eccetera. Se vogliamo giungere ad

una soluzione del problema, per quel che ci riguarda dobbiamo preoccuparci di come vengono spesi questi stanziamenti per gli invalidi. Tutti sono ormai contrari alla istituzionalizzazione: magari dieci anni fa non era così, ma ciò non ha importanza, perchè ci sono dei processi che vanno avanti, e noi dobbiamo essere conseguenti, senza perdere tempo a ricercare a chi spetti il diritto di primogenitura di certi principi; semmai, bisogna essere soddisfatti che certe idee si affermino. Preciso questo, l'importante è superare l'istituzionalizzazione o avviarne il superamento. Secondo noi, al di là di accettazioni puramente passive e di principio, che poi lasciano le cose come prima, e anche al di là di fughe in avanti, affascinanti, ma che pure continuano a lasciare tutto come prima, sono due le strade per superare l'istituzionalizzazione degli invalidi civili e degli handicappati.

In primo luogo, bisogna aumentare il livello delle sovvenzioni economiche personali agli handicappati e alle loro famiglie. L'assegno di accompagnamento dei minori non autosufficienti, fissato con la legge n. 118 del 30 marzo 1971 in dodicimila lire al mese, ha avuto delle rivalutazioni molto modeste, che non lo portano, se non sbaglio, a superare le cinquantamila lire. In questa direzione andrebbero compiuti maggiori sforzi.

In secondo luogo, bisogna favorire, nell'ambito della riforma sanitaria e — auguriamoci — anche di quella dell'assistenza sociale (perchè la sanità non può risolvere tutto in questo campo) la costituzione di centri, di unità, di sedi territoriali, o comunque si chiamino, per la riabilitazione dell'handicappato, collegati agli altri servizi socio-sanitari decentrati, capaci di fornire prestazioni non solo ambulatoriali, ma anche domiciliari e nelle sedi dove gli handicappati cominciano ad essere integrati, per esempio nelle scuole. In questa direzione dovrebbe orientarsi la spesa.

E siccome mi è sembrato di sentire aleggiare un po' di spirito antiregionalistico, o per lo meno una certa diffidenza nei confronti degli enti locali, vorrei ricordare che se qualcosa di nuovo si è fatto in questo

campo, è stato proprio per iniziativa delle Regioni e degli enti locali. Vi sono state esperienze interessanti che andrebbero incoraggiate e sostenute con opportuni stanziamenti e variazioni di bilancio. Perché la società dia ai cittadini più deboli e sfortunati questa solidarietà che tutti riteniamo necessaria, occorre non solo un finanziamento notevole, ma soprattutto una giusta destinazione dello stesso, ed inoltre un vero spirito di solidarietà della comunità, delle famiglie, nelle quali dobbiamo avere fiducia, perché se siamo scettici pure nei confronti dei familiari non so proprio in chi dovremmo sperare per la solidarietà verso gli handicappati.

Uno degli spunti per cui ho desiderato intervenire, e mi piace dirlo, si riferisce all'affermazione del senatore Rampa relativa al valore dell'esperienza umana degli operatori assistenziali di matrice cattolica e, addirittura, degli operatori sanitari e sociali religiosi.

Questo noi lo riconosciamo, lo abbiamo riconosciuto anche in alcuni convegni ufficiali. Ricordo un convegno svoltosi nella mia Regione sulla riforma assistenziale, in cui è stato reso l'onore delle armi, diciamo così, a questi valori secolari di solidarietà espressi dagli operatori sanitari e sociali di matrice cattolica e anche religiosa. Così come ci sono gli speculatori, con la toga o senza, così noi riconosciamo il valore morale del sacrificio e della dedizione esplicita nel campo sanitario da tali organizzazioni.

Però non dobbiamo ignorare le spinte solidaristiche esistenti in gruppi che traggono la loro ispirazione di vita da ideologie non cattoliche, ma laiche o direttamente marxiste. Esistono dei collettivi studenteschi a Catania che si dedicano alla solidarietà, all'amicizia, all'accompagnamento degli handicappati. Quindi, quello che conta è un tipo di iniziativa che non ponga in concorrenza o in alternativa l'uso sociale — mi si scusi questa parola — della volontà solidaristica, ma, al contrario, sarà necessario individuare nell'iniziativa dell'ente locale la sede dove volontà solidaristiche di diverse ideologie possono operare nell'interesse dei più deboli, nel rispetto reciproco delle proprie idee.

Occorre, infine, anche l'onestà amministrativa. L'inflazione dei finti invalidi o dei semi finti invalidi offende e deruba, in primo luogo, gli invalidi veri, oltre che la coscienza della collettività nazionale. E siccome anche qui si diffida degli enti locali e delle Regioni, vorrei ricordare che le commissioni provinciali e regionali per il riconoscimento degli invalidi, previste ed istituite in base alla citata legge 118 del 1971, sono tutte di nomina fortemente accentrata e burocratica ed ignorano addirittura l'esistenza delle Regioni. Ciò non le ha messe certo al riparo, anzi tutt'altro, da un funzionamento fortemente segnato da clientelismi, quando non da vere e proprie corruzioni.

Voi tutti conoscete questo problema da più tempo di me, conoscete il caso del comune di Messina, dove è in corso un processo per la assunzione di 119 invalidi, in parte veri ma in parte anche finti, ma tutti col riconoscimento del giudizio che spetta alla magistratura, che porterà chiarezza su questi punti, è evidente che non tutto è andato come doveva andare. Quindi credo di poter chiedere, come Gruppo comunista, che dopo la approvazione del bilancio venga posto in discussione in Commissione il tema della situazione degli invalidi civili. È necessario esaminare lo stato di applicazione della legge 118, ed esaminare eventuali proposte anche legislative che, raccogliendo i vari e ricchi contenuti delle precedenti iniziative, di altre legislature (ve ne è una che porta il nome del nostro Presidente, il senatore Ossicini), possano mettere a frutto queste elaborazioni legislative per legiferare in questa materia in modo concreto.

Presidenza del Presidente OSSICINI

C O S T A, *relatore alla Commissione.*
Onorevoli colleghi, signor Presidente, onorevole rappresentante del Governo, cercherò di essere il più sintetico possibile, ma credo che, dato il numero notevole degli interventi, non potrò essere estremamente breve. Chiedo quindi scusa, sin da ora, se parlerò in modo alquanto diffuso.

Ringrazio tutti del generoso apporto dato a questo dibattito anche se, praticamente, non potrà comunque modificare la tabella 19.

Cercherò innanzi tutto di dire, ancorchè non ve ne sia bisogno, che le cose che ho detto mercoledì scorso — le cose che hanno creato polemiche anche presso giornali che si sono interessati settorialmente a quanto ho detto — sono soprattutto frutto di viva esperienza personale, di conoscenze personali e, vorrei dire, di mie preoccupazioni personali. Desidero quindi senz'altro chiarire il problema che qualcuno ha sollevato, non so sino a che punto in buona fede o in cattiva fede, supponendo che quanto io avevo detto volesse rappresentare in certo modo una ipotesi di rallentamento di quella che è una necessità. Vorrei rispondere al collega Rampa: scimento di invalidità rilasciato dalla commissione provinciale di invalidità. Ora, al di là della riforma sanitaria, che egli ha qualificato come una scelta, non è solo una scelta, ma una scelta più una necessità.

Cercherò comunque di rispondere a quanti sono intervenuti e spero di farlo ampiamente.

L'onorevole collega Giudice, che ha aperto la discussione sulla tabella 19, ha trovato dei punti di concordanza su quanto io ho detto nella mia relazione. Si è soffermato soprattutto sull'Istituto superiore di sanità: sono pienamente d'accordo sul fatto che l'Istituto superiore di sanità è sobbarcato da un enorme carico di attività accessorie. Praticamente, egli ritiene che l'Istituto superiore di sanità dovrebbe essere restituito alla sua funzione primaria di ricerca, in collegamento con le università, e su questo punto sono perfettamente d'accordo. Bisogna difendere questo istituto, che è patrimonio nazionale e deve restare patrimonio nazionale. Mi auguro che la sistemazione degli organici, con i concorsi in atto, possa veramente restituire al suo ruolo di centro propulsore di ricerche, oltre che di consulenza del Ministero, questo nostro istituto.

Penso anche che esso debba avere una funzione ausiliaria, nell'ambito del Ministero della sanità. Devo dare atto al ministro Dal Falco che tra i primi atti della sua ammini-

strazione vi è stato quello di aver firmato il decreto per la creazione dei quattordici laboratori previsti dalla legge del 1973.

Certamente, rimangono ancora insoluti i problemi del collegamento dell'istituto con le Regioni, le province e le università. Si è parlato anche di istituti regionali, e la creazione a Milano di un laboratorio distaccato dell'istituto, in occasione dei fatti dell'IC-MESA, potrebbe rappresentare un esperimento in questo senso. A mio avviso, invece, riterrei più opportuno il potenziamento dei laboratori di igiene e profilassi, e un loro più stretto collegamento con l'istituto stesso.

Come il collega Giudice, anch'io auspico che si possa conoscere la utilizzazione del capitolo 1572, che prevede in bilancio 610 milioni di lire per studi e ricerche.

Il collega Merzario si è lucidamente intrattenuto in una visione panoramica sui problemi della sanità, anche se ha iniziato col dire che avrebbe volentieri rinunciato, quest'anno, ad assolvere all'incarico di discutere in occasione della « solita liturgia ».

Su alcune cose dette dall'onorevole collega Merzario posso senz'altro convenire, su altre forse mi è difficile trovare una concordanza. Sono d'accordo sulla tragica situazione della sanità oggi in Italia, e non esito, come lui, a definirla « esplosiva » e vicina alla bancarotta. Sono anche d'accordo, e nella mia relazione sono stato estremamente chiaro, anche se qualcuno non ha voluto, — non so fino a che punto in buona fede — capirlo, sulla indispensabilità di attuare la riforma ed anche in tempi possibilmente brevi, compatibilmente con tre fatti che, a mio avviso, non vanno dimenticati; essi sono: la situazione economica del Paese, le nuove realtà sanitarie dei tempi moderni ed ancora il problema della gestione del momento di transizione dal vecchio al nuovo sistema.

Sul primo punto, alcuni dati, che sono finalmente emersi in questi mesi, per merito soprattutto del chiaro realismo del Presidente del consiglio Andreotti, ci hanno portato a constatare che oggi noi amministriamo 30 mila miliardi di *deficit* degli enti locali, un numero di miliardi di *deficit* non precisati

ancora delle Regioni, un debito di 17 mila miliardi con l'estero e un disavanzo previsto nel bilancio del 1977 di 11 mila miliardi.

Le drastiche, anche se dolorose, misure adottate dal Governo sono riuscite a bloccare l'inflazione sviluppatasi, dopo il flusso turistico di agosto, in modo pericoloso nei mesi di settembre-ottobre, e si è riusciti a contenere, con provvedimenti certamente dolorosi, la massa di denaro circolante in Italia sugli 11 mila miliardi.

E sempre restando in tema di cifre, anche se non mi sono congeniali, noto purtroppo che siamo dinanzi ad alcune precise realtà che sono rappresentate: a) dalla lievitazione delle spese per i ricoverati ospedalieri, che forse nel 1977, per quanto riguarda le sole Regioni, si attesteranno sulla somma di circa 5 mila miliardi, e ad essa va aggiunta quella che non siamo in condizioni di precisare delle Province, dei Comuni, delle Mutue aziendali, dell'ONIG, dell'INPS, dell'INAIL, dell'ONPI, e da buon ultimo, ma non certamente non rilevante, le spese sostenute dagli Enti che assicurano i rischi automobilistici, il cui importo ci sfugge; b) dal *deficit* per la medicina generica e per la specialistica degli Enti mutualistici più importanti, denunciato per una somma di 4.200 miliardi, ai quali vanno aggiunti, per gli stessi scopi, i debiti degli Enti minori che non abbiano la possibilità di quantificare in nessun modo.

Dinanzi a questo elenco di miliardi sorge spontanea una domanda: i debiti che sopra ho elencato, sulla base di informazioni che personalmente ho cercato di attingere presso il Ministero del tesoro, sono veri o no?

La preoccupazione del Presidente Andreotti, che non ha esitato a denunciare; attraverso la televisione, la tragica situazione economica del Paese, è giustificata dalla realtà dei fatti o no? Per quanto mi è dato di sapere, e per la stima che ho per colui che regge oggi il maggior peso politico della Nazione, non esito a dire che le preoccupazioni dell'onorevole Andreotti e del ministro del tesoro Stamatì sono giustificate, e credo che non possiamo non ringraziare chi per la prima volta ha avuto il coraggio, rischian-

do anche la impopolarità, di denunciare certe situazioni pubblicamente.

Ed allora, convinto di quanto sopra, non posso non dire che il discorso della riforma sanitaria passa necessariamente ed inevitabilmente attraverso il discorso della quantificazione della spesa relativa e di conseguenza attraverso lo studio approfondito delle possibilità di attuazione della riforma in rapporto alle condizioni economiche del Paese. Il reperimento recente, con provvedimenti straordinari, di circa 5 mila miliardi lordi, corrispondenti a poco più di 4.700 miliardi netti, è stato in gran parte fatto per fronteggiare situazioni di emergenza, ed in primo luogo per rimborsare debiti verso l'estero.

Ora sarà quindi necessario, in una visione realistica della spesa, studiare il sistema per mettere insieme quanto ci occorre per trasformare il nostro sistema sanitario.

Nella mia relazione ho ipotizzato una spesa sanitaria superiore ai 10 mila miliardi per il 1977, e forse potrà restare tale, se non vi saranno incrementi notevoli di spesa per il rinnovo del contratto o delle convenzioni degli ospedalieri, e dei medici mutualistici generici e specialisti. Di questi 10 mila miliardi poco più di 4 mila miliardi sono devoluti in bilancio alle Regioni per il fondo ospedaliero. Gli incassi dei contributi dei lavoratori dovrebbero bastare sia per questa spesa che per le gestioni mutualistiche, ma è chiaro che il *deficit* complessivo è enorme: necessita quindi reperire altri 4 mila miliardi, per poter fare un discorso concreto ed evitare, come ha detto il collega Merzario, di dare alle Regioni una « eredità paralizzante ». Ed allora, dinanzi a questi grossi problemi economici, io credo che il desiderio del presidente Andreotti, di soffermare con una maggiore attenzione lo sguardo su tutto il panorama sanitario non rappresenti un venir meno agli impegni programmatici, ma un atto di grande responsabilità.

La presentazione, a ottobre o a dicembre, del disegno di legge di riforma non rappresenta in sé stessa un granchè, ma certamente rappresenterebbe la fine del sistema economico nazionale la presentazione di uno

schema di riforma che non avesse un minimo di aggancio con la realtà economica del Paese. Ho detto un minimo di aggancio perchè, a mio avviso, è cosa molto difficile la quantificazione esatta delle previsioni di spesa in questo settore.

Ecco perchè io penso che si debba riflettere sull'accento fatto dal Presidente del Consiglio, nel suo discorso alle Camere, circa quella realizzazione che dovrebbe essere contestuale alla presentazione del disegno di legge, e rappresentare, nella riforma, un momento di transizione. Sul problema della transizione tra il vecchio ed il nuovo sistema sia il collega Rampa sia il collega Merzario hanno espresso le loro perplessità. A mio avviso, la riforma sanitaria deve anche tener presente le realtà mutevoli, e sempre in maggiore trasformazione, della sanità nel nostro Paese.

Quando ho accennato, nella mia relazione, al fatto che potrebbe esservi il rischio che una riforma affrettata nasca già vecchia, intendevo dire che, a mio avviso, uno schema elaborato 15 anni fa oggi certamente, alla luce di quelle che sono le realtà della scienza e della tecnologia, è da considerarsi superato. D'altra parte, il sistema mutualistico è da ritenersi superato anche perchè ha portato i medici alla cosiddetta « sindrome dello scrivano », alla quale ha fatto cenno il collega Merzario.

Tutti abbiamo letto sulla stampa romana del 31 ottobre 1976, se ne è parlato moltissimo, della prossima entrata in funzione in due ospedali romani del « Total Body Scanner » e l'assessore alla sanità del Lazio ha anche ipotizzato che questa innovazione potrebbe portare un risparmio di costi valutabile in circa 1.500 milioni. Vale a dire che noi scopriamo improvvisamente che esiste uno strumento, del quale peraltro noi sappiamo compiutamente quella che può essere l'importanza nel momento di prevenzione e di terapia, che in America già esiste da anni.

D A L F A L C O, *ministro della sanità*. Questi strumenti esistono anche in altri ospedali italiani, particolarmente a Milano.

C O S T A, *relatore alla Commissione*. Comunque recentemente, il 31 ottobre, l'assessore alla sanità ci ha detto che ha ordinato due di questi apparecchi e ha ipotizzato, anche se nel campo sanitario non è possibile fare previsioni al millesimo, attraverso l'uso di questi apparecchi « un sensibile risparmio dei costi, valutabile in circa 1.500 milioni ». Questa è una realtà, una delle tante realtà da tenere presenti nell'impostazione e nell'attuazione di quella che è e che sarà la riforma sanitaria.

Ho fatto un esempio che mi porta a constatare come una riforma sanitaria dovrebbe essere studiata dalle competenti direzioni generali del Ministero della sanità, alla luce di quelle che sono le nuove realtà, e non sempre con l'ottica di ieri. Il problema è che divremmo riformare anche l'impostazione e la strutturazione degli uffici del Ministero, che andrebbe potenziato e difeso. Sono d'accordo con il collega Rampa: sarebbe un grosso sbaglio ipotizzare una riforma sanitaria che iniziasse dalla soppressione del Ministero della sanità. Io sarei d'accordo nel cambiarne la denominazione in « Ministero della sanità e della sicurezza sociale », per dargli una maggiore ampiezza sociale nel tessuto connettivo della nazione, ma ipotizzare una emarginazione di questo Ministero sarebbe un fatto antistorico, antieuropeo e credo anche antisociale. Questo Ministero dovrebbe svolgere un compito di indirizzo, per le Regioni, altrimenti si continuerà sempre a costruire ospedali tradizionali e ad impostare discorsi come 40 anni fa.

Sono convinto che in una visione più moderna di tutto il problema sanitario potremmo anche trovare il mezzo per spendere meno, o quanto meno meglio. E certamente potranno attuarsi queste due cose nella misura in cui vi sarà una maggiore responsabilizzazione dei medici e degli utenti del servizio sanitario.

All'onorevole Merzario vorrei dire che io non sono un « nostalgico » — anche se mi ha chiarito che cosa intendeva dire con la espressione « nostalgico » — nè il mio intervento voleva essere un rilancio nostalgico di un sistema che ho dichiarato ormai non

più di attualità. Ho voluto dire, e desidero ancora ribadire, che la riforma sanitaria deve partire dalle realtà positive di quanto noi oggi disponiamo, e tra queste realtà positive non dobbiamo dimenticare che abbiamo a disposizione dei mutuati ogni tipo di prestazione sanitaria, senza alcuna esclusione.

Per l'esperienza che ho, non esito a dire che le prestazioni che vengono concesse dagli enti mutualistici italiani non sono erogate in nessun altro Paese a sistema mutualistico. Il discorso sulla loro attuale efficienza è tutt'altra cosa, e certamente dipende soprattutto dallo stato di disagio e di incertezza nel quale oggi vivono gli operatori sanitari del sistema mutualistico e le mutue stesse.

Nè mi è sfuggito l'accento politico molto chiaro fatto dal collega che rappresenta il Gruppo comunista, circa il futuro rapporto di lavoro per i medici, e la « mobilità professionale » alla quale egli ha accennato. Qui siamo di fronte ad un problema di scelte politiche, e non certo di scelte tecniche. Io ritengo che in questo delicato momento politico della nazione, che trova impegnati Parlamento e Governo in uno « stato di responsabilità diffusa » — riprendo le parole dell'intervento di sabato scorso del presidente Andreotti — il discorso da farsi è quello di poter dare quanto più è possibile, cercando di fare il minore danno alla collettività. Per fare ciò è necessario che le parti politiche rinuncino, ognuna per la propria parte, a qualcosa delle proprie impostazioni politiche, anche perchè l'attuale momento sanitario internazionale è profondamente diverso da quello di 20 anni fa.

Il professor Giovanni Berlinguer in una recente intervista a « Tempo medico » ha scritto: « Viviamo in una società sempre più morbigena, nella quale non basta più esercitare la medicina in modo tradizionale, limitandosi magari a renderla tecnicamente più efficiente (e la crisi, infatti riguarda anche Paesi in cui l'organizzazione sanitaria è scientifica e moderna, come gli Stati Uniti). Combattere la malattia, oggi significa trasformare — è sempre il professor Ber-

linguer che parla — profondamente la vita degli uomini, e i rapporti tra gli uomini e il loro ambiente di vita. Questo naturalmente non è soltanto compito della medicina ma di tutta la società: è un problema di lotta politica e di trasformazione economica. E tuttavia la medicina non può ignorarlo. Oggi essa tende a nascondere le vergogne della società o a trasformare ogni dramma sociale in caso individuale, cercando di risolverlo come tale ». Quindi si tratta di un problema di carattere sociale, che forse noi italiani potremo avere il vanto di avere individuato per primi, e proprio perchè siamo gli ultimi a cimentarci nella trasformazione del sistema sanitario nazionale.

D'altra parte il principio dell'impiegatizzazione totale dei medici sarebbe uno sbaglio, sia perchè esso richiederebbe una spesa non sopportabile, sia perchè esso implica la trasformazione della mentalità del medico stesso.

Certamente, siamo dinanzi all'inizio di una rivoluzione della vita del medico, ma essa dovrà essere lentamente assorbita. Non dimentichiamo che la classe medica già fu protagonista di una prima rivoluzione quando nel rapporto libero-professionale con il paziente subentrò la intermediazione della mutua, con tutte le conseguenze che si sono poi registrate.

Vorrei ancora dire qualcosa sul problema del reddito dei medici, che in Italia è un problema strombazzato da molte parti. I medici vengono additati come coloro che guadagnano somme eccessive. Vorrei dire che quando noi in Italia parliamo di medico mutualistico sappiamo che esso incassa mediamente una somma che si aggira dai 4 ai 5 milioni all'anno. Se facciamo dei paragoni con altri Paesi europei, verificiamo che nel sistema di sicurezza sociale sanitario inglese il medico percepisce mediamente 8 milioni e 500 mila lire all'anno; in Germania il medico percepisce 35 milioni all'anno; in Irlanda il medico guadagna intorno ai 13 milioni all'anno, in Belgio dai 18 ai 30 milioni all'anno, in Danimarca 20 milioni all'anno e così via.

Non dimentichiamo poi che esistono varie fasce di professioni e di professionalità che sfuggono all'attenzione delle grandi masse popolari. Perché oggi è facile dire che il medico percepisce stipendi enormi, ma non si dice che grossi emolumenti percepiscono anche avvocati, ingegneri, architetti, commercialisti, i quali sfuggono completamente all'attenzione delle masse. Noi medici abbiamo dinanzi a noi una immensa platea alla quale rendere conto mentre avvocati, architetti, ingegneri, commercialisti hanno platee più ristrette e non certamente quelle mutualistiche, alle quali dar conto. Voglio ricordare a questo proposito che recentemente fu creata quella che io ho chiamato la « mutua degli avvocati », cioè il gratuito patrocinio. Ebbene, si può constatare che solo in pochissimi casi gli avvocati hanno fatto ricorso a questa possibilità di pagamento, in quanto la grande massa degli avvocati ha avuto la possibilità e la capacità di essere pagata direttamente dal cliente. Il 99 per cento dei medici italiani ha una sola possibilità di vita: l'inserimento, oggi, nel sistema mutualistico, e domani nel Servizio sanitario nazionale.

Vorrei ancora ricordare al collega Merzario, per concludere sul problema della riforma sanitaria, che l'Unità di due domeniche fa, con molto senso di responsabilità da parte del giornalista, ha detto che la riforma è un provvedimento che richiede estrema meditazione.

Al collega Pittella do atto di aver valutato la tabella 19 come espressione di una volontà positiva, intesa a fare qualcosa, anche se non ha taciuto alcune perplessità. Concordo inoltre sui danni ecologici e sul peggioramento delle condizioni sanitarie del Paese, alle quali egli ha fatto cenno. Sono anche d'accordo nella constatazione che in questi ultimi anni il divario Nord-Sud non è diminuito, bensì si è accresciuto. Al collega ed amico Pittella vorrei anche dire che il giornale del suo partito nell'edizione del 27 novembre 1976 mi ha cortesemente dedicato un articolo, a firma A.G., con il quale mi si accusa di voler ritardare la riforma sanitaria. È evidente che l'articolista ha sopravva-

lutato le mie possibilità, e quello che è più grave, non ha letto bene il mio intervento. Sono meravigliato che il giornalista socialista non abbia chiesto informazioni sulla questione dell'Inam al suo direttore generale che è, notoriamente, un socialista: afferma infatti che non è vero che quelle prestazioni mutualistiche sono le più efficienti, come io ho affermato e riaffermo ora in sede di replica. E lo riaffermo per un motivo semplicissimo, cioè perché il tipo di prestazioni che oggi la mutualità riesce a dare, al 95 per cento degli italiani, è tale da essere invidiata da molte Nazioni. Certo, aggiungo subito, le prestazioni che le mutue oggi offrono sono in gran parte prestazioni di medicina preventiva in quanto si fa un grande abuso di esami radiografici, di esami elettrocardiologici, di esami di laboratorio. Questo accade, però in quanto non esiste a monte, all'inizio, una sufficiente medicina preventiva, che eviti di dover far ricorso con tanta facilità, ad un certo momento della vita, a certi esami di laboratorio, radiologici, specialisti. Se andiamo a controllare i referti, noi ci accorgiamo che gli enti mutualistici registrano nei loro ambulatori una percentuale altissima di referti negativi. Nessuno può negare che, per la loro stessa impostazione, gli enti mutualistici hanno concesso una serie di prestazioni, nel campo radiologico e immunologico, estremamente costose. L'esame di Sh'ler, ad esempio, rappresenta una prestazione della medicina preventiva che, forse, è andata al di là di un limite ragionevole. Certo, potremmo discutere su questa immensa organizzazione, nelle sue estrinsecazioni periferiche. Possiamo anche discutere se funziona bene o male, ma la colpa è dell'operatore sanitario, che non ha fatto quello che avrebbe dovuto fare. La quantità, e soprattutto la qualità degli esami che concediamo sono a livello europeo.

Dico questo perché bisogna esaminare il problema in connessione con un altro aspetto della questione. Quando dico che il problema della riforma sanitaria è da mettersi in correlazione con la quantificazione della spesa, ciò significa che anche ciò in materia di scelte della riforma sanitaria potrebbe venir fuori, ad esempio, che il futuro Servizio

sanitario nazionale debba, o possa, dare questo tipo di erogazioni, di prestazioni specialistiche e generiche, e magari però non dare altri tipi di erogazioni specialistiche e generiche che oggi diamo. D'altra parte, nell'Unione Sovietica ad esempio è stata fatta una scelta precisa, che si può condividere o meno: le medicine si danno solo negli ospedali. Non esiste, al di fuori degli ospedali, l'erogazione di medicinali. Questa è una scelta, la si può discutere, ma è pur sempre una scelta, come si è fatta una scelta quando si è detto che il medico è un impiegato a tempo pieno, che comincia con uno stipendio di cento rubli al mese. Potrei forse condividere certe scelte, ma il problema è sempre quello di capirci su determinate cose e non fare, invece, discorsi senza un contenuto, senza un aggancio a quella che è la realtà della nostra situazione.

L'articolista del quotidiano socialista ha concordato con me sui diecimila miliardi globalmente necessari per il 1977. Lo ringrazio, perchè su una cosa almeno siamo d'accordo. Ma, subito dopo, non ha dimostrato come la riforma sanitaria possa rappresentare una economia, un risparmio se, secondo lui, l'unico problema fondamentale è quello dello scioglimento delle mutue. Su questo non sono d'accordo con l'articolista del Partito socialista italiano. Le mutue noi le abbiamo già sciolte, tanto che non hanno più la volontà di sopravvivere: è come un malato, in camera di rianimazione, che non reagisce più. Oggi le mutue sono in condizione di non poter più reagire: se anche noi dessimo oggi alle mutue nuovamente le competenze che avevano, ce le restituirebbero, perchè non hanno più la volontà e la possibilità di portare avanti questo discorso. Impostare tutto il problema in funzione dello scioglimento delle mutue sarebbe un discorso sbagliato, sbagliaremmo tutta l'impostazione del Servizio sanitario nazionale. È un problema, quindi, più di necessità che di scelta.

PITTELLA L'articolista può avere delle proprie idee, però lei sta rispondendo con ipotesi del tutto personali.

COSTA, *relatore alla Commissione.* Comunque, il discorso della sanità in Italia è un discorso quanto mai serio, che passa attraverso tutte le componenti enunciate bene dal collega Pittella e che, a mio avviso, vanno esaminate tutte, senza esclusione. È inutile dire che con Pittella concordo anche sull'indispensabilità che la psichiatria sia ricompresa nel testo della riforma sanitaria.

Al senatore Bompiani rivolgo il mio ringraziamento per l'apporto culturale dato nel suo breve intervento, un apporto che a mio avviso va tenuto presente perchè, come lui, ritengo necessario il collegamento, ai fini della ricerca, tra Università, Istituto superiore di sanità e ospedali regionali. Ma l'aspetto importante del suo intervento è quello che riguarda l'aggiornamento, o come egli ha detto l'« educazione permanente del medico », per la quale egli ha fatto delle proposte, vale a dire un'indagine conoscitiva a Commissioni riunite, 7ª e 12ª, un aumento dei fondi ai capitoli 1103 e 1104 e uno specifico stanziamento per la formazione medica, oltre alla istituzione di un fondo per realizzare il tempo pieno degli specializzati. Ritengo sia un discorso importantissimo, da inserirsi proprio nel momento d'inizio della discussione della riforma sanitaria in Italia. Quando il collega Rampa ha detto poco fa che nel Mercato comune europeo si è messa in dubbio la libera circolazione in alcuni settori di lavoro medico, soprattutto in relazione ai nostri specialisti, ha detto qualcosa che si riferisce al discorso ora ricordato del senatore Bompiani, e cioè che spesso questi specialisti non hanno la possibilità economica di vivere nei grandi centri, dove si formano nel modo più efficiente queste specializzazioni. Questa è una delle ragioni per cui all'estero, in alcuni Paesi, non vogliono i nostri specialisti, a prescindere poi dall'ipotesi che non li vogliano per certi altri motivi che non è il caso di discutere. Sono tutti aspetti di un immenso mosaico, la cui composizione potrà portare ad una riforma equilibrata e soprattutto moderna.

Il senatore Cravero ha fatto cenno al problema ospedaliero, chiedendo la distribuzione del relativo Fondo nazionale secondo criteri diversi. Io sono d'accordo, anche per

chè vivo la triste situazione del Lazio, ove, nonostante che il venticinque per cento dei ricoverati negli ospedali sia rappresentato da pazienti di altre regioni, non si è tenuto conto del contributo straordinario di cinquanta miliardi erogato anteriormente al Pio istituto degli ospedali riuniti dal Ministero della sanità, con la conseguenza che la situazione ospedaliera regionale è giunta, causa l'esiguità della somma a disposizione, al totale collasso. In materia di ospedali aggiungo ancora che il problema è soprattutto quello della loro qualificazione, e non già di un loro aumento indiscriminato che, a mio avviso, in un sistema di medicina preventiva efficiente non avrebbe ragione di essere.

Il senatore Bellinzona ha giustamente notato che risultano scoperti ancora moltissimi posti nell'organico dell'Istituto superiore di sanità, ed ha fatto cenno anche ai residui passivi di quattro miliardi figuranti nel Bilancio. Il problema del personale, specie per quanto riguarda quello degli addetti alla ricerca, è molto grave perchè non è possibile qualificare i ricercatori senza erogare emolumenti corrispondenti alle prestazioni richieste. È bene che si sappia che i ricercatori iniziano la carriera con uno stipendio di poco superiore alle duecentomila lire mensili. I bancari, che per lo più non sono laureati, hanno stipendi iniziali assai più alti. Ipotizzare, perciò, di fare la ricerca con gli attuali nostri stipendi è pura follia, se si tiene presente che in altri settori pubblici, (banche, autotrasporti, eccetera), gli stipendi iniziali corrispondono a quelli più alti che raggiungono col tempo i nostri ricercatori. Ad ogni buon conto, in applicazione della legge del 1973 sono stati portati avanti concorsi per seicento posti, e a quanto mi risulta nel prossimo mese di marzo saranno banditi altri concorsi, che completeranno l'organico dell'Istituto. Per lo meno, i concorsi possono essere banditi, ma bisognerà vedere quanti medici, quanti fisici, quanti biologi si presenteranno a sostenerli. A tale proposito auspico che, come ha fatto la Commissione sanità della Camera, anche la nostra Commissione possa visitare l'Istituto, per rendersi conto delle sue potenziali possibilità.

Il collega Del Nero nel suo intervento ha fatto notare che la Camera, in sede di discussione del bilancio, ha ridotto le proposte governative, e come lui dissente da tale decisione, così come concordo con lui sulla necessità di una tempestiva programmazione delle spese ospedaliere, allo scopo di evitare di giungere, a fine esercizio, a gravi situazioni debitorie, produttive di pesanti interessi passivi bancari. Sono ancora d'accordo con Del Nero sulla necessità di cambiare l'impostazione del bilancio della sanità, se non vogliamo che questi nostri discorsi rappresentino una inutile liturgia.

Ma questa diversa impostazione contabile presuppone anche la modificazione del Ministero della sanità, ove purtroppo andrebbero anche introdotti studiosi dei settori dell'igiene e della sanità pubblica, e soprattutto andrebbero aggiornati i funzionari che da anni seguono una *routine* senza eccessiva fantasia. Anche in questo caso, però, il discorso cade sulla retribuzione del personale, perchè non vi è dubbio che fin tanto che esisterà il forte squilibrio fra gli stipendi dei medici ospedalieri e mutualistici da un lato, e quelli dei medici dipendenti dal Ministero della sanità dall'altro, non sarà possibile, in coscienza, chiedere ai nostri funzionari più di quanto essi attualmente danno; senza contare, poi, che proprio per le basse retribuzioni i concorsi all'Istituto superiore di sanità vanno deserti.

Al collega Pinto confermo che sono d'accordo sul fatto che debba essere salvaguardata la libera scelta del medico e del luogo di cura. Tutta la nostra parte politica è concorde su questo punto, come ha dimostrato anche il senatore Rampa nel suo intervento; credo che il nostro documento fondamentale porti scritta a chiare lettere questa posizione. Le questioni sollevate sul fondo ospedaliero, sulla possibilità di giungere ad una riduzione delle rette di degenza e ad una maggiore efficienza del personale, dovrebbero interessare il Ministero della sanità, che con il proprio ufficio studi, con i propri servizi organizzativi, potrebbe prospettare possibili soluzioni alle Regioni perchè ne facciano tesoro nell'amministrazione degli enti ospedalieri. Il senatore Pinto ha anche lamentato

l'insufficienza dei sei miliardi previsti nel capitolo 2031 della Rubrica per l'igiene pubblica. Purtroppo, le nostre possibilità economiche sono quelle che sono. Speriamo che il buon Dio non ci faccia assistere più a drammatici eventi come quello dell'epidemia di colera di alcuni anni fa, o quelli che purtroppo talvolta sono ancora oggi una realtà in molte province italiane: i casi di salmonellosi che si verificano nei reparti per neonati degli ospedali. Il senatore Pinto ha poi affrontato il problema dei farmaci, facendo rilevare una discrasia presente in questo settore. Esiste un Ministero della sanità che si occupa dei farmaci, ma esiste anche un Ministero dell'industria che, tramite l'apposita commissione, prende decisioni sul prezzo dei farmaci stessi. Chiediamo perciò al Ministro che ci si adoperi per giungere ad una unificazione di tutti i servizi concernenti i prodotti farmaceutici; e secondo noi l'unificazione dovrebbe avvenire in seno al Ministero della sanità. Non so, però, se sarà facile portare avanti questo discorso, per le rivalità esistenti tra ministero e ministero. Il Ministero della sanità, ad esempio, ha scarsa incidenza sulla progettazione delle opere di igiene pubblica che vengono eseguite dal Ministero dei lavori pubblici. Un tempo anche il compito della costruzione dei servizi igienici era attribuito alla Direzione generale di sanità del Ministero dell'interno; ora, avvenne che quando il direttore di tale servizio fu trasferito dal Ministero dell'interno a quello dei lavori pubblici, cosa stranissima, si portò dietro anche tutte le competenze di igiene pubblica della vecchia direzione, per cui è rimasto praticamente attribuito al Ministero dei lavori pubblici quel settore che doveva invece fare capo al Ministero della sanità. Sono delle eventualità che purtroppo capitano in questo Paese. Per gli invalidi civili, ricordo che quando modificammo la relativa legge intervenni più volte su punti specifici. Certo, si tratta di un grosso problema. Oggi gli invalidi, gli handicappati che sono ricoverati in alcuni istituti efficienti trovano idonea assistenza ma in altri istituti non avviene altrettanto. In verità le dodicimila lire giornaliere che oggi riconosce il Ministero della sanità sono assolutamen-

te insufficienti rispetto a quelle che sono le necessità odierne di un'assistenza idonea a un invalido.

Il collega Pinto ha fatto cenno, poi, alla disoccupazione dei medici in Italia, ai 145 mila medici e ai 156 mila studenti universitari in medicina. Certo, se facessimo il discorso del « numero programmato » le cose andrebbero diversamente. In passato si parlava di « numero chiuso », ma si diceva che era un discorso classista. Oggi pare accettabile parlare di « numero programmato », ma secondo me è la stessa cosa. Ad ogni modo, questo discorso vale anche per l'efficienza stessa delle scuole perchè le nostre università non possono sopportare il carico attuale di studenti. L'università di Roma ha una capacità irrisoria rispetto al numero degli studenti iscritti al primo anno di medicina, che sono attualmente quattromila! Chi vuole assistere alle lezioni deve essere abituato alla lotta, altrimenti non può neanche entrare nelle aule.

Il senatore Rampa ha fatto un altissimo e qualificato intervento, al quale io cercherò di rispondere compiutamente, anche se ho preso solo degli appunti. Innanzitutto lo devo ringraziare per la difesa di ufficio che ha fatto nei miei confronti. Io ho detto, ripetuto e ripeto che le mie affermazioni sono affermazioni che hanno un nome, una firma, un indirizzo; non rappresentano forse niente, ma hanno un significato, che è quello di portare in questa sede competente — perchè tutti abbiamo parlato a livello di competenze — le mie preoccupazioni su certi punti.

Noi tutti, oggi — tutte le parti politiche perchè il problema sanitario deve interessare tutti i settori — dobbiamo trovare con urgenza una soluzione al problema sanitario, anche se tu dici giustamente che non dobbiamo vivere sotto lo spauracchio del 30 giugno. Io purtroppo credo che il 30 giugno vada valutato, anche se penso che non debba condizionare talune scelte: è una grossa realtà. Noi sappiamo che fra sei mesi gli enti mutualistici non saranno in grado di erogare nè l'assistenza generica, nè la specialistica. O riusciamo a concludere il discorso della riforma sanitaria entro il 30 giugno,

oppure dobbiamo trovare il sistema di come andare avanti il primo luglio, per dare l'assistenza. Non esiste una terza strada, questa è la realtà. D'altra parte anche il collega Rampa ha parlato di una strada intermedia, che ci può portare alla soluzione dei problemi urgenti, e ha fatto una richiesta ufficiale, cioè di stralciare l'articolo 11 dal disegno di legge n. 202. Il collega Rampa ha anche detto come si debba prendere atto che la spesa per la sanità in Italia non è l'ultima, perchè sommando tutte le erogazioni dei ministeri, degli enti pubblici non territoriali, delle regioni, dei Comuni, delle province, in fin dei conti la spesa complessiva è piuttosto notevole, se cioè si fa riferimento ai 10 mila miliardi, che stanno a rappresentare pur sempre una spesa piuttosto forte.

Il senatore Rampa ha poi proposto una cosa interessante, che faccio mia: di pregare il Ministro della sanità, che oggi è qui, di fare una specie di « bilancio della sicurezza sociale », cioè di cercare di individuare quelle che sono le spese che effettivamente in Italia vengono sostenute per la sanità.

Del resto non è questo un fatto del tutto nuovo: in Francia già esiste questo sistema, poichè annualmente il ministro si presenta al Parlamento ed espone il bilancio della sicurezza sociale; dopo la discussione del bilancio il governo decide se aumentare o meno i contributi.

Il collega Rampa ha fatto perciò una richiesta giusta e logica, che mi sento di appoggiare, perchè se avessimo veramente una anagrafe di questa costellazione di spese, che si disperdono in tanti rivoli, se avessimo la possibilità di mettere insieme tutto questo mosaico, potremmo partire da dati di fatto reali e non da supposizioni, perchè anche i diecimila miliardi sono supposizioni, non sono un dato reale. Lo stesso Ministero della sanità oggi non può dire con esattezza la cifra effettiva che si spende in Italia, a tutti i livelli — nazionale, regionale, provinciale, comunale — per la sanità.

Ancora il collega Rampa ha messo in luce tre punti specifici. Intanto ha fatto la difesa del Ministero della sanità, e condivido quest'atteggiamento. Il Ministero della sanità va riqualificato, e vanno riportati nel suo

ambito funzionari e personale qualificato, perchè possano dare l'apporto di conoscenza e di studio occorrente per far sì che il Ministero stesso sia il centro motore dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese. L'ho detto nella mia relazione: il Ministero della sanità deve essere il centro motore del sistema sanitario nazionale, e per fare questo deve avvalersi di personale qualificato, che abbia conoscenza, che abbia studiato e che sia disposto a studiare ancora, in Italia e all'estero.

Il collega Rampa ha parlato anche di studiare, unitamente alla riforma sanitaria, la riforma degli studi universitari, per quanto riguarda gli studi medici. Io mi auguro che questo discorso possa essere fatto in tempo brevissimo. Il collega Rampa ha poi parlato di prevenzione degli infortuni sul lavoro, sui quali ha chiesto un dibattito in Parlamento, perchè si possa dire tutto su questo problema che è quanto mai interessante e che, a mio avviso, va ricondotto in gran parte al Ministero della sanità, anche se non è da escludersi una competenza del Ministero del lavoro.

Il collega Rampa ha detto — e io sono d'accordo — che purtroppo in Italia si dà il caso che il Ministro del lavoro si senta Ministro della sanità e il Ministro della sanità si senta il Ministro della riforma.

Il collega Rapposelli ha affermato delle cose quanto mai interessanti. Ha parlato dei 65.000 dipendenti degli enti mutualistici: è una grossa preoccupazione, che soprattutto deriva dal fatto che a Roma sono presenti in maggior parte alti funzionari delle mutue, i quali vivono qui da anni ormai, e tuttavia credo che non potranno avere sicuramente tutti — sono qualche migliaio — una collocazione nel Ministero della sanità oppure alla regione Lazio. Questo è facile a capirsi, per tante ragioni, ma anche perchè onorevoli colleghi, non ci facciamo illusioni: se il futuro Servizio sanitario nazionale dovesse essere portato avanti solamente dai 65.000 funzionari dell'INAM, dell'ENPDEP, eccetera, noi avremmo perduto del tempo, perchè coloro che sono stati per 20-30 anni funzionari degli enti mutualistici, non potranno non portare la loro impostazione mentale nel nuovo servizio sanitario. Quin-

di giustamente le regioni, quando si tratta di assumere questo personale, fanno delle opposizioni. Io non dimentico che qui a Roma, quando si è trattato di sciogliere l'Istituto autonomo case popolari, il Governo chiese che il relativo personale fosse assunto alla regione Lazio, la quale fece delle grosse opposizioni. E ricordo anche le tristi giornate di sciopero fatte da quei dipendenti, i quali si vedevano cacciati da una gestione sciolta e non assunti nè dal Ministero, nè dalla regione.

Quindi sono perfettamente d'accordo sulle preoccupazioni giustamente avanzate dal senatore Rapposelli. Sono anche d'accordo sul cercare di risolvere questo problema con le menzionate leggi n. 70, n. 386, n. 382, ma soprattutto sul fare qualcosa perchè non si giunga dall'oggi al domani a riforma sanitaria approvata, senza aver saputo dove sistemare questo personale che fino ad oggi ha operato, bene o male, negli enti mutualistici.

Devo dare anche una spiegazione al collega Rapposelli, circa l'interpretazione che ha dato di quella mia personale proposta riguardo agli enti sanitari periferici. Io sono d'accordo che la riforma sanitaria postula soprattutto lo scioglimento degli enti inutili, però mi chiedo anche quale fine dovrà fare tutta questa massa di funzionari e medici che esistono oggi a livello periferico e che oggi, per una ragione o per un'altra, non fanno press'a poco niente. I Consorzi provinciali antitubercolari, fino a qualche anno fa, esplicavano una certa funzione di prevenzione e di cura. Nella mia provincia c'è ancora un comitato antimalarico, ha dei dipendenti, ma non ha i soldi. Allora il problema è: o abbiamo il coraggio di dire che li chiudiamo, oppure passiamo alle regioni questi enti, i quali in qualche modo, secondo me, potranno essere utilizzati meglio, perchè oggi non sono utilizzati affatto. Ma il problema di utilizzarli sul serio comporta necessariamente richieste di aumento degli emolumenti. Allora o li sciogliamo o li utilizziamo in qualche modo, subito, ma bene.

Quando abbiamo sciolto l'ONMI, non dimentichiamo che abbiamo aggravato le province e i comuni enormemente nei loro bi-

lanci, perchè abbiamo passato una parte delle strutture ex ONMI alle province, una parte ai comuni, e oggi questi enti si trovano aggravati di spese enormi. Nella mia provincia esiste un istituto derivante dall'ONMI, cioè un asilo-nido con annessa scuola per puericulirici, che è molto costoso e non lo vuole nè il comune, nè l'amministrazione provinciale.

Per cui — questa è una mia idea personale, che non riguarda la riforma sanitaria — è necessario che si faccia qualcosa, perchè si eviti questa impressione, agli occhi del pubblico, e cioè che noi teniamo in vita tanti enti non coordinati, o che addirittura non servono a niente e costano solo, a danno del cittadino che paga le tasse.

La collega Mafai ha parlato degli handicappati, e ha riconosciuto l'onore delle armi, in questo settore dell'assistenza, agli operatori cattolici. Io mi permetterei di non riconoscere solo l'onore delle armi, perchè generalmente questo viene riconosciuto a chi si arrende. Io direi di dare il merito dovuto agli oscuri operatori cattolici, i quali da anni si sono interessati a questo problema, così come voi avete chiesto che si dia il merito dovuto ai vostri operatori marxisti.

Potrei aggiungere tante cose ancora, ma il tempo stringe e dobbiamo ascoltare il Ministro. Vorrei soltanto ricordare alcuni aspetti che pochi hanno toccato, o nessuno. L'inquadramento del terminalismo nella riforma sanitaria. La necessita di dare vita ad un provvedimento organico per quanto riguarda il riassetto del settore degli invalidi civili, (e mi ricollego a quanto hanno detto la senatrice Mafai e il senatore Pinto). Non è possibile che una legge che disciplina la qualifica e la situazione dell'invalido civile non preveda anche dei parametri per determinare l'invalidità stessa. L'INAIL e l'INPS hanno dei prontuari, nei quali si specifica che colui il quale ha la tale menomazione ha diritto a una data percentuale di invalidità: colui che ha tal'altra menomazione ha diritto ad un'altra percentuale. Noi purtroppo nella relativa legge abbiamo adottato una dizione generica, ma l'invalidità deve essere in rapporto all'attività che uno svolge, all'età e anche al sesso, perchè alcune

attività in certe situazioni è possibile farle e in altre no. Quindi sarà necessario giungere ad una individuazione, ad una tabella che ci dica qual è la percentuale di menomazione entro la quale si stabilisce che qualcuno è da ritenersi invalido.

Abbiamo parlato dell'igiene del lavoro. A questo proposito mi permetto di pregare il signor Ministro di non dimenticare che in questi giorni anche ad Aprilia, a 24 chilometri da Roma, nel mio collegio, c'è stato un doloroso caso di intossicazione collettiva di circa 200 operai. Purtroppo vi sono state delle iniziative contrastanti fra magistratura, comune, regione. Io vorrei che il Ministero della sanità, attraverso i suoi organi periferici, riuscisse a individuare i tipi di sostanze che usano queste industrie, perchè, a quanto mi è dato sapere, ad Aprilia, dove per fortuna il caso si è risolto nel migliore dei modi, per lo meno stando alle notizie in mio possesso, sembra che per sgrassare le chiavi, le serrature che la Yale produce, venga usato un prodotto francese, il bantane, che io per la verità non conosco, il quale sviluppa del dicloretano, che è analogo al cloroformio, per cui si sono avuti dei sintomi quasi uguali a quelli da avvelenamento da cloroformio.

Da molti è stato accennato al problema dei farmaci: permettetemi di fare una proposta. In una prospettiva futura, la Direzione generale del servizio farmaceutico potrebbe essere trasformata in Direzione generale dei farmaci e dei presidi sanitari, perchè oggi sulle spese quotidiane di coloro che sono malati o di coloro che sono ipotetici malati, ma soprattutto sugli ospedali, incide notevolmente la voce « presidi sanitari ». Mi riferisco a materiali da sutura, a garze, ovatta, apparecchiature scientifiche, apparecchiature tecniche, tutto il materiale « a perdere » che oggi negli ospedali rappresenta una voce importantissima. Io penso che nei prossimi anni si debba giungere anche in Italia a servirsi delle siringhe « a perdere », come da tanto tempo si usa in America. Non vedo perchè il Ministero della sanità non debba intervenire, sia nella fase di produzione, sia in quella di importazione, ma soprattutto nella fase di imposizione del prezzo, perchè

noto dei divari impressionanti oggi in Italia, da parte delle ditte, nel vendere certi materiali che risultano molto più costosi di altri.

C'è anche il problema dell'assistenza agli anziani, che mi permetto di ricordare al Ministro della sanità, in relazione alla futura presentazione dello schema di riforma.

Un ultimo accenno ai problemi del settore ospedaliero. Occorre cercare di dare, come Ministero della sanità, l'apporto di una maggiore conoscenza e di una maggiore esperienza, perchè gli ospedali italiani rispondano veramente alle esigenze. Non dico che vadano disciplinati, perchè il Ministero della sanità non ha una possibilità di disciplina, ma occorre indirizzare la scelta regionale degli ospedali periferici, della loro localizzazione e della loro strutturazione. È inutile fare ospedali tutti uguali, tutti simili, che non servono assolutamente a niente.

Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, ho cercato di rispondere a tutti coloro che cortesemente sono intervenuti nel dibattito. Certo, l'invito del Presidente a non superare nella mia replica il limite dei 45 minuti mi ha obbligato a stringere notevolmente il mio intervento. Mi auguro di avere fatto due cose: innanzitutto di avere chiarito la mia posizione; in secondo luogo di avere dato un contributo — come del resto hanno fatto tutti i colleghi — a questa discussione, che ritengo quanto mai importante soprattutto come travaso di esperienze e di conoscenze del problema, sicuro come sono che la sanità in Italia potrà trasformarsi con l'apporto di tutti indistintamente, con la conoscenza e lo studio di tutti.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il relatore, senatore Costa, della sua replica. Da ora la parola al Ministro della sanità per le sue dichiarazioni.

D A L F A L C O , ministro della sanità. Signor Presidente, onorevoli senatori, anche io cercherò di non superare il limite dei 45 minuti, anzi cercherò di restarne largamente al di sotto.

Ringrazio innanzitutto i colleghi che sono intervenuti nel dibattito per l'ampiezza, ma soprattutto per la serietà e la concretezza delle considerazioni che sono state formulate. Particolarmente ringrazio il relatore, senatore Costa, per le puntualizzazioni che ha voluto sottoporre alla nostra attenzione.

La crisi che investe il Paese in tutte le sue componenti non risparmia ovviamente il settore sanitario, settore che sta attraversando — è opportuno richiamarlo anche in questo ramo del Parlamento, come ho già avuto occasione di fare alla Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati proprio a conclusione del dibattito sul bilancio di previsione per il 1977 — un momento di passaggio e di transizione, sia perchè è in atto un preciso assestamento delle strutture regionali, sia perchè ormai sta per essere avviato concretamente un processo ben più profondamente rinnovatore delle strutture e degli obiettivi sanitari del nostro Paese, cioè la riforma sanitaria.

Per quanto riguarda i contenuti della riforma il Governo resta fermo ai punti programmatici indicati dal presidente Andreotti in occasione della presentazione dell'attuale gabinetto al Parlamento; punti programmatici che avevano e hanno come base di partenza e come punto di riferimento le conclusioni raggiunte in sede referente dalla Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati prima dello scioglimento anticipato del Parlamento; punti programmatici che non rientrano e non possono rientrare in alcun modo — questo è il giudizio del Governo — nell'ipotesi di provvedimento formulata in questa sede; punti programmatici i quali, attraverso un discorso organico avente le caratteristiche di una legge-quadro, cioè la legge di riforma sanitaria, potranno, a nostro avviso, rinnovare e riqualificare la spesa sanitaria nel suo complesso e, rispetto agli obiettivi futuri del Servizio sanitario nazionale, eliminare certamente sprechi e disagi.

Il riferimento alle conclusioni alle quali era pervenuta la Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati prima dell'anticipato scioglimento del Parlamento nella passata legislatura, rappresenta — oltre

che un atto di rispetto della volontà espressa dal Parlamento — un modo concreto anche per accelerare i tempi di attuazione della riforma stessa, attraverso l'utilizzazione dell'ampio lavoro svolto in quella sede

Per quanto riguarda i tempi di presentazione del disegno di legge di riforma sanitaria, il Governo, nella riunione del Consiglio dei ministri tenuta il 28 ottobre scorso, ha approvato le linee fondamentali del futuro Servizio sanitario nazionale, sulla base dei punti programmatici indicati dal presidente Andreotti nel discorso di presentazione dell'attuale gabinetto, dando contemporaneamente incarico ad un ristretto gruppo di Ministri (bilancio, tesoro, regioni, lavoro e sanità) di approfondire e di specificare ulteriormente i costi aggiuntivi della riforma, in rapporto alle risorse disponibili. E ciò anche in relazione ad un invito espresso dai rappresentanti dei partiti e delle forze dell'arco costituzionale in occasione delle consultazioni avute dallo stesso presidente Andreotti per il voto di « non sfiducia » — lo ricorderete — alla Camera dei deputati sulle misure economiche anticrisi predisposte dal Governo. Tale esame si sta facendo e si sta ormai avviando, credo, alla conclusione nella giornata di domani o di dopodomani e, in occasione del prossimo Consiglio dei ministri o di quello immediatamente successivo, il disegno di legge per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale sarà presentato per la definitiva approvazione del Consiglio e per la conseguente presentazione alla Camera dei deputati. La presentazione all'altro ramo del Parlamento, cioè alla Camera dei deputati, per ragioni ovvie di aggancio, direi, con il lavoro fatto nella passata legislatura, sul testo governativo, ovviamente non esimerà il Governo, signor Presidente, da una doverosa e compiuta informazione di questo ramo del Parlamento, cioè della Commissione igiene e sanità del Senato, anche secondo, tra l'altro, la richiesta che poco fa ha formulato il senatore Rampa.

In riferimento alla data del 30 giugno 1977, cioè alla definitiva liquidazione giuridica degli enti mutualistici, il Governo riconferma anche in questo momento il proprio orientamento a favore della costituzione di

una Commissione mista interministeriale che individui e predisponga gli atti necessari, collegati a tale evenienza. Il Ministero della sanità ha già provveduto a richiedere le designazioni alle singole parti interessate. Tali designazioni sono state completate proprio nel corso di questi ultimi giorni, per cui non resta che la stesura materiale del relativo provvedimento di nomina della Commissione.

Il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera si è dimostrato insufficiente, è noto a tutti, rispetto alle reali necessità dell'assistenza, ponendo problemi di reperimento di ulteriori fondi, necessità aggravate dall'attuale situazione economica e finanziaria del paese. La spesa per l'assistenza ospedaliera ha subito, come è noto, negli ultimi anni incrementi progressivi passando dai 1.112 miliardi del 1970 ai 2.176 miliardi del 1974, ultimo anno di gestione di tale fondo di assistenza da parte degli enti mutualistici, per toccare la cifra di 3.300 miliardi per il 1975 e di 3.750 miliardi per il 1976. È prevedibile che l'incremento della spesa subirà un'ulteriore accelerazione nei prossimi anni a decorrere molto probabilmente dallo stesso 1977.

Di fronte a questa prospettiva è necessario — mi pare che anche in questa sede ci sia stata una eco in questo senso — pensare seriamente a come influire sul numero dei ricoveri, sulla durata media delle degenze, sull'adeguamento e sulla funzionalità della rete ospedaliera, sulla partecipazione eventuale degli utenti alla gestione del servizio, sulla incisività degli interventi di carattere preventivo, sulla creazione di strutture sanitarie capaci di fungere e di funzionare seriamente da filtro rispetto all'assistenza ospedaliera vera e propria.

Per quanto riguarda i 1.400 miliardi riguardanti la copertura dei debiti delle mutue e dei comuni verso gli ospedali a tutto il 31 dicembre 1974 — vedi provvedimento legislativo approvato a fine marzo 1976 — è disponibile fin dal mese di settembre una somma pari a circa 1.100 miliardi, esattamente 1.077. L'erogazione di tale somma a tutt'oggi è stata di soli 350 miliardi, essendo l'erogazione della restante parte subordinata

alla esibizione della documentazione da parte degli enti ospedalieri.

Poco fa il Tesoro mi ha comunicato che ulteriori 300 miliardi saranno disponibili entro 30 giorni, cioè entro la fine di dicembre.

Il comitato di vigilanza previsto dall'articolo 3 della legge n. 386 si è ripetutamente riunito sotto la presidenza del sottosegretario onorevole Russo, e anche in quella sede non si è mancato di sollecitare l'esibizione dei documenti necessari alla erogazione dei fondi attinenti alla gestione ospedaliera del 1975, esibizione che dopo l'ultima riunione del comitato ha subito notevoli, positivi incrementi. In particolare, per quanto riguarda la mancata integrazione, fino a questo momento, del fondo globale ospedaliero, determinata come è noto in 600 miliardi per il 1975 e in 1.050 miliardi per il 1976, non si può non rilevare come tale fatto abbia già determinato un progressivo indebitamento del settore ospedaliero nei confronti del resto dell'economia nazionale. È quindi una sottrazione di mezzi creditizi altrimenti disponibili e impiegabili per il finanziamento delle attività produttive. Tale mancata integrazione, secondo le autorità monetarie, è da collegare alle difficoltà che presenta il mercato finanziario per l'assorbimento della relativa necessaria quantità di titoli. Comunque, il Tesoro si riserva di dare l'indicazione conclusiva nel breve giro dei prossimi giorni, più precisamente al rientro del Ministro del tesoro, che in questo momento si trova in missione ufficiale in Romania.

Da parte loro sia il Ministero del tesoro che quello della sanità, hanno già provveduto alla determinazione e alla ripartizione dei 1.650 miliardi aggiuntivi tra le singole regioni.

I posti di confine per il controllo veterinario — porti, aeroporti, dogane interne — aperti al traffico internazionale degli animali, delle carni e di altri prodotti di origine animale, sono 78, a cui si devono aggiungere talune dogane interne, circa una trentina, dove possono avvenire certe operazioni sulle carni bovine congelate e provenienti dai paesi terzi, in attesa dello sdoganamen-

to. Il relativo servizio di controllo sanitario è assicurato da veterinari di Stato operanti negli uffici periferici del Ministero della sanità, nonché da veterinari provinciali, comunali o liberi professionisti, incaricati del servizio nei posti di minore rilevanza. Al momento attuale solo 27 veterinari di Stato, contro le 47 unità del 1972, risultano in forza nei 23 uffici di confine dipendenti tuttora dal Ministero della sanità, sei dei quali risultano affidati per reggenza a veterinari provinciali tuttora dipendenti dal Ministero, o a veterinari di altri uffici di confine. Al loro fianco operano 14 veterinari coadiutori. Alla data odierna risultano disponibili 37 posti nel ruolo di veterinario. Per la copertura di detto contingente è stata chiesta alla Presidenza del Consiglio l'autorizzazione necessaria per bandire il regolare concorso. Tale autorizzazione ci sarà rilasciata, però limitatamente ad una percentuale pari al 25 per cento. Vedremo quale sarà l'afflusso dei concorrenti al concorso.

Veniamo ora al problema del risanamento del patrimonio zootecnico. Fin dalla applicazione della legge n. 615 del 1975, la prima che ha finanziato una lotta programmata in questo importante settore zoonosanitario, risultava già avviato un piano di lotta per il risanamento degli allevamenti nazionali: dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi bovina e ovina, in armonia anche con le direttive comunitarie; l'attività di identificazione degli animali infetti e la loro eliminazione ha portato al riconoscimento in tutte le regioni di allevamenti ufficialmente indenni da tubercolosi bovina, e la circolazione dei rispettivi capi di bestiame è ora libera nell'ambito nazionale e comunitario. Attualmente il 90 per cento degli allevamenti è sotto controllo, e l'80 per cento degli allevamenti è ufficialmente indenne da tubercolosi bovina.

Quanto alla brucellosi bovina, il 35 per cento degli allevamenti è controllato dal Ministero, mentre il 20 per cento ha conseguito la dichiarazione di ufficialmente indenne, e il 10 per cento quella di allevamento indenne, proprio perchè in questi ultimi tempi si è praticata la vaccinazione anti-brucellare.

Per la brucellosi ovo-caprina, la più direttamente contagiosa anche per l'uomo, si può dire che oggi una provincia, esattamente quella di Bolzano, è completamente, ufficialmente indenne. In tre anni sono stati vaccinati oltre 3 milioni di agnelli di allevamento.

Già nel 1964 lo stanziamento di 40 miliardi appariva insufficiente a pagare le spese della lotta contro le due malattie, presenti in oltre 19 milioni di capi. Anche le leggi del 1968 e del 1972 provvedevano ad integrare gli stanziamenti, ma le operazioni di risanamento apparivano condizionate nella loro ampiezza ed intensità, purtroppo, dalla carenza di fondi.

Con l'ultima legge, quella del marzo 1976, sono stati messi a disposizione 80 miliardi da spendere in cinque esercizi finanziari, fino al 1981, anche se purtroppo l'inflazione con l'aumento dei costi, e l'aumento degli indennizzi agli allevatori, rende sostanzialmente questo stanziamento insufficiente.

L'azione del Ministero è intesa a sollecitare la massima collaborazione da parte degli allevatori e dei veterinari, collaborazione che non è mai mancata, per la verità. Altrettanto l'azione del Ministero è orientata a sollecitare concretamente la solidarietà comunitaria europea, attraverso programmi comunitari di lotta contro le malattie degli animali, il che rappresenta una costante direttiva che ha cominciato — proprio nell'ultimo Consiglio dei ministri dell'agricoltura e della sanità a Bruxelles — ad ottenere concreti riconoscimenti.

Un brevissimo cenno per quanto riguarda gli alimenti e la nutrizione, un settore particolarmente importante per la tutela della salute.

Nel corso del 1976 sono state emanate direttive alle regioni per l'esercizio delle funzioni delegate, direttive che riguardano l'attività di vigilanza sulla produzione e sul commercio delle sostanze alimentari e delle bevande. Inoltre sono state eseguite ispezioni, ad esempio, nei settori della produzione e del commercio dei prodotti dietetici e di alimenti per la prima infanzia, e degli antiparassitari, nonché interventi dei nuclei antisofisticazioni dei carabinieri.

Per quanto riguarda gli interventi ispettivi, sono state effettuate 25 ispezioni a stabilimenti di prodotti dietetici e di alimenti per la prima infanzia, e 27 ispezioni a stabilimenti di antiparassitari per uso agricolo.

Per quanto riguarda l'attività — permettemi di dire — veramente benemerita dei NAS, sono state effettuate 20.000 ispezioni ed è stata ordinata la chiusura di 84 stabilimenti.

Per l'anno 1977, nonostante l'esiguità degli stanziamenti in bilancio — 170 milioni per rilevazioni, studi e ricerche e settecento milioni di contributi per i laboratori di igiene e profilassi — saranno continuati gli interventi del tipo di quelli ricordati, avendo però cura di coordinare ulteriormente l'attività di tutti gli organismi operanti sia a livello centrale, sia a livello periferico.

Veniamo al problema dei farmaci. Dopo l'emanazione del prontuario farmaceutico, diretto a disciplinare in categorie i farmaci a seconda del loro impiego — cioè distinguendo gli essenziali dai complementari —, la scadenza più immediata riguarda l'attuazione delle direttive comunitarie sulla registrazione dei farmaci stessi. L'innovazione sostanziale di tali direttive concerne la limitazione della registrazione a cinque anni e il controllo dei farmaci a livello comunitario attraverso un comitato farmaceutico e un comitato delle specialità medicinali. Il relativo disegno di legge è in corso di diramazione; una volta concluso l'iter interministeriale spero possa essere presentato a questo ramo del Parlamento.

Per il resto, ribadisco quanto già ho avuto occasione di dire avanti a questa Commissione. Con l'approvazione del nuovo prontuario terapeutico nazionale si è compiuto un primo passo verso la razionalizzazione non solo dell'assistenza farmaceutica, ma anche dell'intero settore della distribuzione e regolamentazione dei farmaci.

A questo primo passo, altri importanti e più incisivi devono seguire, per corrispondere a quegli obiettivi di economicità della spesa farmaceutica, di economicità e di razionalizzazione che rappresentano finalità precise della politica dell'attuale Governo. Per altro, come qui pure è stato detto e io ricon-

fermo, tali obiettivi vanno inseriti nel più vasto sistema di interventi che prevede adeguati orientamenti all'azione medico-scientifica, all'educazione sanitaria, alla collaborazione dei medici (lo avete ricordato nel corso di questo dibattito), alla prescrizione terapeutica, nonché alla disciplina delle attività di propaganda e promozione delle vendite da parte delle ditte farmaceutiche.

Debbo dirvi che, a questo riguardo, è in corso di elaborazione una direttiva comunitaria che sarà molto interessante e positiva.

Va, infine, ricordato che può considerarsi pressochè concluso il procedimento amministrativo, previsto dalla legge n. 685 del 1975, per l'approvazione delle tabelle definitive delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui all'articolo 11 della stessa legge. Infatti tali tabelle, predisposte dal Ministero, sono state sottoposte all'esame del Consiglio superiore della sanità, che ha espresso il proprio parere nell'ottobre scorso, e saranno esaminate senz'altro entro il corrente mese dal Comitato tecnico interministeriale di cui all'articolo 8 della legge in questione. Sarà quindi possibile, dopo il parere di tale organo tecnico, adottare il formale provvedimento di approvazione.

Tra gli obiettivi primari della riforma sanitaria emerge un preciso orientamento a favore della medicina preventiva, che dovrà concretarsi in un più diretto coordinamento tra i servizi e le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione. In tale prospettiva va considerata la prevenzione delle malattie infettive e, primariamente, di quelle infezioni che tuttora purtroppo ricorrono nel nostro Paese. Febbre tifoidea, salmonellosi, epatite virale sono malattie che si diffondono attraverso l'inquinamento biologico dell'ambiente o attraverso veicoli alimentari e che quindi denotano certe carenze nelle strutture di produzione. E qui valgono le considerazioni avanzate dal senatore Pinto, considerazioni che vanno condivise, specie per quanto riguarda il rapporto Ministero-Regioni, considerazioni che dovrebbero attentamente e serenamente essere valutate da tutte le forze politiche, per corrispondere ad esigenze di funzionalità e immediatezza.

In relazione all'intervento del senatore Pino per quanto riguarda l'assistenza agli handicappati, che è stata trattata precedentemente dal senatore Ossicini e successivamente dalla senatrice Mafai, credo che a parte le carenze finanziarie, purtroppo condizionate dalla situazione di carattere più generale, un dibattito approfondito per quanto riguarda l'assistenza agli handicappati, in sede di Commissione, potrebbe essere di reciproca utilità e di reciproco vantaggio.

È all'ordine del giorno, nel Paese, la nuova minaccia rappresentata dall'inquinamento ambientale di carattere chimico e fisico, strettamente collegato ai fenomeni di forte espansione industriale, la quale è indispensabile, d'altra parte, per soddisfare l'altrettanto forte aumento di domanda di beni e servizi di una collettività in continua espansione demografica e sempre più orientata in un atteggiamento che viene giudicato generalmente con il termine di consumismo.

In Paesi economicamente e tecnicamente più progrediti, gli effetti sull'uomo e sulla vita in genere delle diverse forme di inquinamento chimico e fisico hanno posto molti problemi di ordine sanitario, problemi che polarizzano l'attenzione sia degli studiosi che dei pubblici poteri. È appena sufficiente ricordare l'inquinamento atmosferico, la contaminazione chimica delle derrate alimentari, dell'acqua potabile, l'inquinamento del suolo, in dipendenza dell'accumulo di grandi quantità di scorie chimiche delle più svariate provenienze.

L'insieme degli interventi deve rivolgersi su punti precisi, considerando che sempre, a mio avviso, attraverso la riforma sanitaria sarà possibile disporre di un criterio, di un principio chiaro e, vorrei dire, di un punto di forza — politicamente parlando — ai fini di un riferimento e di un coordinamento organico di questo tipo di interventi.

Acquista al riguardo importanza la legge quadro emanata nel maggio scorso per la tutela del patrimonio idrico del Paese. Il risanamento dell'ambiente, la sua protezione dall'inquinamento a mezzo di realizzazione di opere igieniche — acquedotti, rete fognaria, impianti di depurazione dei liquami, impianti di trattamento dei rifiuti solidi — costi-

tuisce una tematica ancora aperta, come pure l'adeguamento delle strutture tecniche di sanità pubblica e di vigilanza ed infine una più consapevole condotta igienica e informazione igienica nei confronti della collettività, utilizzando anche i mezzi di informazione cosiddetti di massa.

Una parola brevissima vorrei dire per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità, nell'ambito dei compiti ad esso assegnati dalla legge di riforma dell'agosto 1973, resa operante dal decreto di ristrutturazione del 30 aprile 1976. In questa prima fase il compito essenziale dell'Istituto è stato quello di coordinare le precedenti strutture, essenzialmente di controllo e di ricerca, con le nuove, sorte dai compiti di indirizzo indicati per l'Istituto dalla legge, dovendo cioè l'Istituto stesso divenire lo strumento tecnico-scientifico della medicina preventiva. Pertanto, oltre al compito di controllo dei farmaci, degli alimenti, del grado di contaminazione ambientale, l'Istituto ha iniziato una serie di indagini multidisciplinari, riunendo in gruppi di lavoro le competenze presenti nei diversi laboratori, e cioè riunendo i tossicologi, i chimici, i biostatistici, i biochimici, gli ingegneri sanitari e microbiologici in unità specifiche, per affrontare da prospettive diverse problemi prioritari quali, ad esempio, le contaminazioni industriali e gli inquinamenti. Per quanto riguarda le malattie, è stato iniziato un programma di controllo epidemiologico che dovrà essere sviluppato in stretta collaborazione con le strutture regionali, per un'armonizzazione e un potenziamento dei servizi di sanità pubblica.

Programmi-pilota sono, ad esempio, le indagini compiute sui portatori di meningococco, eseguiti su tutto il territorio nazionale, con la diretta partecipazione dei laboratori di igiene e profilassi di varie provincie; nonché quelle, veramente interessanti, che nascono da uno scambio e da un accordo sanitario fra noi e il Governo dell'Unione Sovietica, sulle cardiopatie coronariche.

Infine è stato compiuto uno studio sulla situazione del morbillo in Italia, per meglio studiare le modalità di attuazione nella campagna di vaccinazione in rapporto al fatto-re-rischio per la popolazione infantile.

A parte le carenze di personale qui ricordate — purtroppo vere — ma sulle cui cause sarebbe utile un esame più approfondito, per quanto riguarda l'utilizzazione dei fondi assegnati per l'attività dell'Istituto e per il suo funzionamento, essi sono stati ripartiti fra i vari laboratori con due provvedimenti, rispettivamente del 20 dicembre 1974 e 2 dicembre 1975.

Per le spese in conto capitale, gli stanziamenti per l'anno 1975 risultano impegnati per due terzi, cioè per un miliardo.

Poichè nel corso della discussione è stato fatto riferimento ai rilievi formulati dalla Corte dei conti sul rendiconto del 1975, si osserva anzitutto che i residui passivi possono distinguersi in residui derivanti da impegni formali e in residui derivanti da somme mantenute in bilancio in virtù di leggi particolari (residui di stanziamento). L'incremento dei primi è in gran parte strettamente connesso alle procedure di erogazione di sussidi e contributi, erogazioni per le quali, successivamente all'accettazione delle domande (e quindi all'impegno delle somme), i beneficiari debbono produrre una serie di documenti (fatture, approvazioni, pronunce di organi tecnici, eccetera) che non sono di immediata acquisizione da parte degli interessati. Ciò rallenta l'erogazione del sussidio o del contributo, con permanenza di residui imputabili a esercizi precedenti e con la conseguente dilatazione dell'ammontare globale degli stessi. Per i residui di stanziamento l'incremento è dovuto al loro accumularsi nel corso di più esercizi. Secondo una stima fatta, tra il 1976 e il 1977 tali sussidi saranno praticamente assorbiti.

Per quanto riguarda la spesa annuale sul capitolo 1020, riguardante le missioni nel territorio nazionale, essa si riferisce non soltanto alle missioni effettuate dal personale del centro, ma, anche a quelle effettuate dal personale periferico.

A questo personale va aggiunto, poi, quello dei NAS, la cui attività si è notevolmente dilatata nell'ultimo periodo di tempo.

Il senatore Giudice, che ringrazio per il suo concreto e puntuale intervento, ha chiesto delucidazioni in merito al contributo di

lire 50.000, di cui al capitolo n. 1225, al comune di Palermo per spese di assistenza e di difesa sanitaria. Tale contributo si riferisce a un mutuo cinquantennale di lire 10 milioni emesso il 29 marzo 1929 dal Banco di Sicilia a favore del comune di Palermo, occorrente per la sistemazione idrica della città. L'annualità di ammortamento di lire 402.544 venne garantita per lire 367.418 da una corrispondente tangente di sovrimposta fondiaria e per lire 35.126 dalla cessione, consentita dal comune, di un corrispondente importo del contributo statale fissato dal regio decreto 5 dicembre 1929, n. 2636. L'importo di lire 50.000, suddiviso in lire 35.125 a favore del Banco di Sicilia e in lire 14.875 a favore del comune di Palermo, si riferisce pertanto al pagamento degli interessi sul mutuo soprascripto. Tale importo è ormai in fase di estinzione, che si avrà precisamente con l'esercizio 1977.

Prima di concludere — a prescindere dallo scottante problema del sovraffollamento delle facoltà di medicina italiane, a proposito del quale sono d'accordo sul concetto del numero programmato, che io credo verrà ripreso dal disegno di legge che sta preparando il Ministero della pubblica istruzione — vorrei ricordare l'importanza che riveste la formazione del medico, anche nella prospettiva della riforma sanitaria, nonchè l'aggiornamento periodico professionale delle categorie mediche e paramediche.

A questo proposito è stato predisposto dal Ministero della sanità un programma che tiene nel dovuto conto le nuove esigenze che si pongono, in relazione all'intento di migliorare nella sostanza la realtà sanitaria del Paese, sotto l'aspetto di una migliore preparazione degli operatori del settore. La Direzione generale dei servizi di medicina sociale sta portando a termine, presso il Centro italiano per la formazione del medico, una rilevazione che consentirà di mettere a punto un completo quadro degli interventi che, nell'attuale stato di preparazione delle categorie mediche e paramediche del Paese, sarà necessario porre in atto perchè si possa disporre di sanitari con un migliore grado di competenza professionale.

Le linee lungo le quali si sviluppa l'intervento del Ministero della sanità, e alle quali vanno aggiunte le costruttive proposte del senatore Bompiani, possono essere così riassunte: insistere, in sede di perfezionamento del disegno di legge di riforma sanitaria, affinché l'educazione permanente del personale medico e paramedico costituisca una caratteristica del servizio sanitario nazionale a tutti i livelli e sia integrata con i servizi relativi; prendere in esame l'opportunità di segnalare alle scuole infermieristiche la recente guida pedagogica dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1976, che a detta dei tecnici è un documento estremamente interessante e positivo; stabilire una piattaforma comune di coordinamento di tutte le iniziative, attraverso un incontro collegiale, a tempi brevi, fra Ministero, sindacati medici e Federazione nazionale degli ordini dei medici.

Signor Presidente, sul bilancio di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1977 innegabile incidenza ha avuto la trasformazione delle linee fondamentali dell'intero assetto sanitario, prevista dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale. Il progetto governativo di riforma dovrà prevedere, come prevede, l'imputazione delle spese ad un unico centro di riferimento, consentendo in tal modo al Parlamento la programmazione e il controllo dei costi che deriveranno dalla tutela della salute nel suo complesso.

Perché ciò avvenga è necessario un definitivo superamento dell'attuale sistema e lo sviluppo di un piano che coinvolga, secondo il dettato costituzionale, gli enti regionali ai quali dovrà far carico la competenza delle attività e delle prestazioni finora assicurate dagli enti mutualistici.

L'esigenza è tanto più avvertita se si considera che, nonostante il parallelo, progressivo deteriorarsi della situazione economica del Paese, non è stato possibile — a causa dell'anticipato epilogo della VI legislatura — raccordare, con provvedimenti legislativi, il trasferimento dell'assistenza ospedaliera alle Regioni con le altre forme assistenziali extraospedaliere, restate nell'area di intervento degli enti mutualistici.

Sono queste alcune considerazioni che ci sollecitano, tutti insieme, a guardare con rigoroso impegno e con grande senso di responsabilità alle prossime, impegnative scadenze legate all'attuazione del Servizio sanitario nazionale.

P R E S I D E N T E. Passiamo ora all'esame degli ordini del giorno.

Il primo, presentato dai senatori Pittella e Minnocci, è il seguente:

La Commissione igiene e sanità del Senato, nella consapevolezza che la disinformazione degli operatori sanitari e del pubblico è una delle principali cause dell'abuso di farmaci e del loro uso indiscriminato,

impegna il Governo:

a promuovere un programma di educazione e di informazione farmaceutica che illumini periodicamente sulla efficacia e sulla tossicità dei farmaci, articolandolo attraverso dibattiti radiotelevisivi, corsi divulgativi nelle scuole, pubblicazioni per il personale medico e non medico, e per quello delle fabbriche, corsi di aggiornamento obbligatori per i medici,

impegna altresì il Governo:

a modificare lo stanziamento della rubrica 6, prevedendo un trasferimento di fondi da altri capitoli.

(0/280/1/12-tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.* Indubbiamente l'ordine del giorno tocca un argomento di grande importanza. Non so come possa essere trasformato in attualità da parte del Ministero, perché è tutta una tematica difficile. Penso che l'ordine del giorno possa essere accettato come raccomandazione, affinché il Ministero studi il problema.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.* Sono d'accordo con il relatore.

P R E S I D E N T E. Allora l'ordine del giorno si intende accolto da governo come raccomandazione.

Il secondo ordine del giorno, presentato dai senatori Pittella e Minnocci, è il seguente:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

consapevole che la difesa della salute non può che essere un fatto globale ed unitario, e che la prevenzione primaria non è tanto un concetto tecnico e medico, quanto piuttosto un concetto politico collegato al modello di sviluppo del Paese,

auspicando che la riforma sanitaria preveda l'inserimento dei servizi psichiatrici nel Servizio sanitario nazionale, con la contestuale modifica della legge manicomiale del 1904,

impegna il Governo:

a provvedere in modo che il Ministero della sanità gestisca le proprie competenze in merito, in ossequio ai principi sopra enunciati.

(0/280/2/12-tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.* Sono favorevole all'accoglimento di questo ordine del giorno.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.* Sono d'accordo, tanto più che nel testo della riforma è proprio previsto un punto specifico che riguarda la psichiatria.

P R E S I D E N T E. Allora l'ordine del giorno si intende accolto dal Governo.

Il terzo ordine del giorno, presentato dai senatori Pittella e Minnocci è il seguente:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

nella consapevolezza che una vera rivoluzione tecnologica sta avvenendo nel settore degli alimenti e della nutrizione, che una maggiore iniziativa ed un più puntuale coordinamento si impongono, sia per la propa-

ganda che per la ricerca, i controlli, la lotta contro le frodi, eccetera,

impegna il Governo:

a ricercare nuovi fondi per rendere possibile un'azione concreta e a creare uno strumento di promozione e di coordinamento capace di dare efficacia ed omogeneità all'intervento.

(0/280/3/12 - tab. 19)

D A L F A L C O, *ministro della sanità.* Il mio impegno può essere quello di chiedere al Ministro del tesoro. Quindi posso accogliere questo ordine del giorno in quanto impegna unicamente a ricercare nuovi fondi.

C O S T A, *relatore alla Commissione.* Sono d'accordo con il Ministro.

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno viene accolto dal Governo con la suddetta precisazione del Ministro.

C'è poi un altro ordine del giorno, presentato dai colleghi De Giuseppe, Pinto, Del Nero, Minnocci, Costa, Rampa, Trifogli, Ruffino. Ne dò lettura:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

in occasione della discussione della tabella 19 del bilancio di previsione dello Stato per il 1977, ha preso atto dell'importanza del termalismo come momento sia di prevenzione che di terapia e riabilitazione della salute dei cittadini, ed invita il Governo:

a voler tener presente l'inserimento nello schema di riforma sanitaria dell'erogazione delle cure termali;

a voler studiare l'eventualità di giungere ad una classificazione, ai fini sanitari, dei centri termali stessi;

a voler provvedere ad una regolamentazione più idonea per l'autorizzazione ed il funzionamento dei centri termali, evidenziando maggiormente l'aspetto sanitario di dette istituzioni, studiando anche, se necessario, la possibilità di giungere ad una di-

sciplina unica nazionale per le convenzioni con le mutue e con il futuro Servizio sanitario nazionale;

a voler farsi promotore presso i Ministri competenti della ricomposizione degli organi statuari dell'EAGAT, che attualmente è senza presidente, recentemente deceduto. Quanto sopra perchè il protrarsi del vuoto di potere in questo ente, che amministra i più importanti centri termali nazionali, potrebbe portare a notevoli conseguenze negative sulla gestione di un patrimonio nazionale di rilevante consistenza.

(0/280/4/12 - tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.*
Sono naturalmente d'accordo, avendo anche io sottoscritto l'ordine del giorno.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.*
Sulla sostanza sono d'accordo, però mi trovo in imbarazzo ad accettarlo come ordine del giorno, perchè essendo in sostanza evocate competenze anche di altri Ministeri e delle Regioni, dovrei prima sentirli. Per cui accetto il primo punto dell'ordine del giorno senza limitazioni; gli altri come raccomandazione.

P R E S I D E N T E. Allora d'accordo, il primo punto dell'ordine del giorno è accettato senza limitazioni e gli altri come raccomandazione.

Ordine del giorno dei senatori Costa e Merzario:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

in occasione della discussione della tabella 19 del bilancio dello Stato per il 1977 ha preso atto della grave situazione finanziaria delle Regioni per quanto riguarda il Fondo nazionale ospedaliero che non consente più, data la sua inadeguatezza, di far fronte alle sempre maggiori spese, ed invita il Governo:

a reperire i fondi necessari per l'adeguamento del Fondo stesso previsto dal CIPE per gli anni 1975 e 1976;

a voler effettuare una nuova ripartizione del Fondo stesso in rapporto alle effettive esigenze delle singole Regioni;

a voler particolarmente studiare la grave situazione economica del Fondo ospedaliero della Regione Lazio, nei cui ospedali vengono ricoverati per il 25 per cento cittadini di altre Regioni d'Italia e soprattutto del Mezzogiorno. Infatti, in considerazione di quanto sopra il Pio Istituto ed Ospedali riuniti di Roma riceveva per il passato un contributo straordinario di lire 50 miliardi che consentiva di fronteggiare le spese della spedalità della capitale. Attualmente detto contributo è stato abolito e non ne è stato tenuto conto nella ripartizione del Fondo nazionale ospedaliero;

a voler provvedere con ogni urgenza ad effettuare operazioni finanziarie per il completamento del risanamento dei debiti previsti dalla legge n. 386. Sembra infatti che siano ancora da erogare circa 500 miliardi, che devono essere distribuiti agli ospedali, alle cliniche universitarie, agli istituti scientifici ed alle case di cura private, creditori degli enti mutualistici al 31 dicembre 1974. La Commissione invita il Governo a voler esaminare con ogni urgenza e tempestività la grave situazione dianzi esposta, significando che l'ulteriore protrarsi di carenza di mezzi necessari per l'assistenza ospedaliera porterebbe all'aggravarsi dell'attuale situazione e non certo al suo miglioramento e renderebbe difficile l'attuazione di ogni legge di riforma, che presuppone, per la sua attuazione, l'azzeramento delle passività.

(0/280/5/12 - tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.*
Sono ovviamente d'accordo.

P I T T E L L A. Vorrei dire che globalmente mi trovo d'accordo su questo ordine del giorno, tranne che per il terzo punto. Infatti non mi pare che si debba appuntare l'attenzione sulla condizione degli ospedali di una sola Regione, e cioè non in funzione di una programmazione e quindi di una messa a disposizione di dati da parte

di tutte le Regioni. Non ha significato, a mio giudizio, oggi — forse ne aveva ieri, dieci anni fa — dare 50 miliardi in più agli Ospedali riuniti di Roma, senza tenere conto della condizione in cui versano gli ospedali di tutte le altre Regioni. Quindi, su questo terzo punto non mi trovo d'accordo.

C I A C C I. Vorrei associarmi al rilievo fatto dal collega Pittella, perchè potrebbe configurarsi, in questo ordine del giorno, un provvedimento settoriale.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.* Premetto che sono ovviamente d'accordo sulla sostanza di questo ordine del giorno. Vorrei soltanto fare alcune osservazioni. Sul secondo punto: la ripartizione avviene non solo ad opera del Ministero della sanità, perchè partecipa anche il Tesoro. Sul terzo punto: mi rimetto completamente alla Commissione, anche se devo dire, per informazione, che quando la Regione Lazio fece presente questa particolare situazione degli Ospedali riuniti, effettivamente c'erano tracce di un debito che risaliva a molti anni addietro e che il Tesoro aveva di fatto riconosciuto, attraverso un contributo.

Per quanto riguarda il quarto punto: cosa significa operazioni finanziarie? Emissione di titoli obbligazionari?

C O S T A, *relatore alla Commissione.* Questo punto è sostanzialmente superato dalla sua stessa replica.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.* Allora avrei riserve solo sul secondo punto, oltre che sul terzo punto, per il quale mi rimetto alla Commissione. Quindi questi due punti vorrei pregare di intenderli come raccomandazione.

D E L N E R O. Vorrei cogliere l'occasione della discussione del terzo punto per far presente al Ministro l'opportunità che sia esaminata, in sede di ripartizione del Fondo ospedaliero, la situazione delle Regioni che ricevono molti malati da altre Regioni, in modo eccezionale. Questo era il significato

del terzo punto. Il collega Costa l'ha segnalato per il Lazio. Qui a Roma arrivano molti malati che vengono da altre Regioni, che non hanno strutture adeguate. È giusto che si tenga conto di questo fatto in sede di ripartizione. Un discorso analogo possiamo farlo noi in Toscana, perchè abbiamo alcune strutture di un certo rilievo, dove vengono parecchi ammalati dell'Italia meridionale. Quindi occorre esaminare quali sono quelle zone dove c'è un'affluenza eccezionale di malati da altre zone, cosa che fino a ieri non sollevava alcun problema, perchè si procedeva con il sistema della retta e quindi c'era il rimborso. Oggi, non funzionando più la retta, viene ad esserci una disparità. In questo modo si vengono a punire le Regioni più attive, quelle che sono all'avanguardia, che devono caricarsi anche degli oneri di altre Regioni. È tuttavia solo una raccomandazione al Ministro.

P I N T O. Questa sarebbe la perpetuazione di una discriminazione, perchè è indubbio che a Roma, nella Toscana o magari in Lombardia la gente ci va perchè c'è una organizzazione migliore. Ora, se noi andiamo a dare a queste Regioni, che già hanno una organizzazione migliore, una somma maggiore, quelle che hanno una organizzazione peggiore andranno sempre più giù.

D E L N E R O. Io distinguerei nettamente le spese di gestione da quelle per impianti nuovi. Quando si parla di impianti nuovi, è chiaro che si dovrà tenere conto delle zone più depresse per dare ad esse maggiori fondi. Ma quando si tratta di spese di gestione, se io gestisco diecimila malati in più, ho spese per diecimila malati in più. Quindi le spese di gestione non si possono ignorare.

P E C O R I N O. Mi pare, se non vado errato, che le Regioni diano i fondi agli ospedali in base ai posti letto esistenti, non in base ai posti effettivamente occupati.

P R E S I D E N T E. Comunque, essendo stati accolti come raccomandazione il se-

condo e il terzo punto dell'ordine del giorno, e senza limitazione i restanti punti, il problema verrà valutato a tutti i livelli.

Abbiamo ora un ordine del giorno del relatore Costa:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

in occasione della discussione della tabella 19 del bilancio dello Stato per il 1977, preso atto della necessità di incoraggiare ed incrementare la ricerca scientifica riguardante il settore della sanità, e preso altresì atto della diversità di trattamento esistente oggi nella categoria dei medici addetti al settore pubblico, invita il Governo a farsi promotore presso il Ministero del tesoro perchè venga concessa ai ricercatori dell'Istituto superiore di sanità una « indennità di ricerca » che possa loro consentire di impegnarsi in piena serenità ed evitando l'esodo degli stessi verso altre attività lavorative;

a farsi promotore di un contratto unico nazionale che interessi i medici, i veterinari, i farmacisti ed i biologi attualmente impegnati nel settore pubblico a livello di Ministero, di Regioni, di province, di comuni e di enti mutualistici onde evitare le attuali sperequazioni esistenti, specie se rapportate agli attuali emolumenti ospedalieri ed alle retribuzioni dei medici operanti nella mutualità quali liberi professionisti.

(0/280/6/12 - tab. 19)

M E R Z A R I O. Noi abbiamo non poche perplessità su questo ordine del giorno, perchè concedere un'indennità di ricerca ai ricercatori equivale — secondo noi — a stabilire un'indennità di magazzino ai magazzinieri oppure un'indennità di insegnamento agli insegnanti.

Per quanto riguarda il secondo punto, è valido l'auspicio dell'uniformità contrattuale, però esistono delle strozzature, per quanto riguarda gli ospedalieri, che non sono poi trattati da nababbi sotto il profilo dei compensi. Comunque il problema va valutato con rigosità, senza appiattare le caratteristiche professionali. Non è giusto, quindi,

mettere i funzionari del Ministero insieme con le Regioni, le Province e gli enti mutualistici, peraltro di prossimo scioglimento. Per queste ragioni il mio Gruppo non può accettare questo ordine del giorno.

D A L F A L C O, *ministro della sanità*
Vorrei pregare il presentatore di intendere, se fosse possibile, come raccomandazione l'ordine del giorno. Io ho parlato recentemente, non dell'indennità di ricerca ma della situazione dell'Istituto superiore di sanità, per quanto riguarda particolarmente le borse di studio, con il Ministro del tesoro. Quindi una certa azione è stata iniziata. Però non posso comunque accettare l'ordine del giorno come impegno, perchè la sua operatività è condizionata da decisioni che sono di pertinenza del Tesoro.

Per quanto riguarda il secondo punto dell'ordine del giorno — il contratto unico — sono d'accordo che il problema si pone, ma condivido anche le osservazioni fatte dal senatore Merzario. Il problema non può essere affrontato e risolto con la votazione di un ordine del giorno.

C O S T A, *relatore alla Commissione.*
Mi rendo conto della necessità che l'ordine del giorno sia accolto dal Governo solo come raccomandazione. A me preme solo questo: che si ponga all'attenzione degli organi competenti il problema delle retribuzioni dei ricercatori.

P I N T O. Io sono del tutto contrario all'ordine del giorno, anche come semplice raccomandazione, per gli stessi motivi addotti dal senatore Merzario.

C O S T A, *relatore alla Commissione.*
Però, poi, non dobbiamo fare il discorso che in Italia la ricerca è carente!

P I N T O. La ricerca la devono fare gli istituti universitari.

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno, con il dissenso di alcuni Gruppi, è accolto come raccomandazione.

BILANCIO DELLO STATO 1977

12ª COMMISSIONE

Comunico alla Commissione che i senatori De Giuseppe, Costa, Del Nero, Rampa, Bompiani, Lombardi, Ruffino hanno presentato il seguente ordine del giorno:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

considerato che da diverso tempo alcuni medicinali essenziali, tra cui l'insulina, sono introvabili nelle farmacie;

considerato che trattasi di medicinali assolutamente necessari alla cura di malattie gravi e diffuse, per cui gli interessati sono costretti, con notevole disagio e con rilevanti spese, a procurarseli, quando possono, all'estero,

impegna il Governo ad adottare con urgenza i necessari, idonei provvedimenti per assicurare il normale rifornimento di tali prodotti alle farmacie.

(0/280/7/12 - tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.*
Sono d'accordo, ovviamente.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.*
Il problema non è molto difficile, ma è abbastanza complesso. L'insulina è collegata, tra l'altro, ad un livello di costi di materie prime totalmente importate. Il problema è stato oggetto di un primo esame da parte del Cipe e quindi del Cip. La disponibilità dell'insulina può essere collegata con l'aumento dei prezzi. Fino ad ora, comunque, non risulterebbero fenomeni di imboscamento. Quindi il destinatario dell'ordine del giorno, il Ministero della sanità, è destinatario solo di principio, perchè il destinatario reale è il Ministero dell'industria: il problema è più di sua competenza. Lo accetto comunque come raccomandazione.

P R E S I D E N T E. I senatori De Giuseppe, Rampa, Cravero e Trifogli hanno presentato il seguente ordine del giorno:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

considerato che numerose Commissioni provinciali per gli invalidi civili non sono

operanti, per il rifiuto opposto da alcuni componenti a prendere parte alle riunioni a causa del « gettone » ritenuto non adeguato;

considerato che tale situazione crea profondo disagio per i cittadini che da lungo tempo attendono di essere sottoposti a visita medica per l'accertamento della loro infermità,

impegna il Governo a far fronte con ogni sollecitudine al suddetto disagio ed all'esigenza prioritaria del cittadino di vedere riconosciute le condizioni giuridiche necessarie per il godimento dei diritti previsti dalle leggi.

(0/280/8/12 - tab. 19)

P I N T O. Secondo me, il problema non è di dare ai componenti delle Commissioni il « gettone » di presenza ma di fare qualche cosa di concreto per dare delle direttive precise ai componenti di queste Commissioni, tenuto conto della situazione che si è creata nel nostro Paese, dove gli invalidi civili sono diventati milioni. Molti di questi invalidi sono in età giovanissima. I componenti di queste Commissioni hanno dei doveri verso la società. Sull'argomento ho presentato un'interrogazione al Ministro della sanità. Se il Ministro fosse così cortese da volere rispondere in questa sede, potremmo discutere il problema. Nell'interrogazione ho sostenuto la necessità di rivedere il problema sulla base di una legge che preveda l'invalidità solamente per gli invalidi di guerra e gli invalidi del lavoro. Quindi non si tratta solo di stabilire il « gettone », che oltre tutto comporterebbe una spesa notevole.

D E G I U S E P P E. Vorrei rispondere al collega Pinto chiarendo un punto essenziale. Una cosa è rivedere le attribuzioni delle qualifiche di invalidità, per le quali si può anche rivedere la legge (e sotto questo profilo concordo con il senatore Pinto), stabilendo che si è invalidi civili, ad esempio, non con il 35 per cento ma con il 99 per cento di invalidità, altra cosa è quello che sta avvenendo in alcune province. In

base all'incapacità delle Commissioni a potersi convocare, centinaia e centinaia di persone, che hanno richiesto il titolo di invalido civile, non vengono sottoposte ad accertamenti. Alcuni di costoro probabilmente invalidi non lo sono affatto, ma altri purtroppo lo sono, e drammaticamente. Mi sembra che questa sia una situazione non accettabile e da modificare. Se è possibile, la modifichi il Ministro attraverso un suo intervento, che in questo momento non so ipotizzare. Se è necessario rivedere la legge, rivediamola, ma il diritto degli invalidi civili, di quelli che realmente sono invalidi civili, ad ottenere il riconoscimento della loro invalidità, mi sembra che non possa essere disconosciuto.

R A M P A . Nell'ordine del giorno che ho presentato insieme con alcuni colleghi, è stata inserita una considerazione sul « gettone ». Però non si chiede al Governo di rivalutare *sic et simpliciter* il gettone stesso. L'ordine del giorno chiede tempestivi provvedimenti. Quindi si chiede una discrezionalità, per il Governo, nell'individuare le ragioni reali di questi ritardi e nell'intervenire tempestivamente e adeguatamente. In questo senso l'ordine del giorno andrebbe votato. Non credo però che vada accorpato all'altro ordine del giorno.

P R E S I D E N T E . Infatti, non può essere abbinato all'altro ordine del giorno in quanto il Ministro non l'accetta se non come raccomandazione.

M E R Z A R I O . Per evitare di frantumare i problemi, sarebbe opportuno che la tematica degli invalidi civili sia oggetto di discussione in quella seduta che tratterà dell'interrogazione del senatore Pinto.

Al di là della giusta differenziazione che faceva il senatore De Giuseppe, dal momento che sappiamo come è dissestato questo settore — tanto che siamo arrivati al 74 per cento di pensioni di invalidità per certe categorie, rispetto a quelle di vecchiaia — aumentare i gettoni di presenza avrebbe un

effetto psicologico veramente deteriore. Quindi raccomanderei ai colleghi di rinviare il problema a quella riunione.

D A L F A L C O , ministro della sanità. Per quanto riguarda l'ordine del giorno a firma De Giuseppe, Rampa, Cravero, Trifogli, in riferimento all'inadeguatezza del gettone di presenza delle Commissioni provinciali per gli invalidi civili, lo accetto come raccomandazione. È necessario infatti che le Commissioni come tali possano funzionare e quindi è necessario anche sanare questa inadeguatezza del gettone di presenza.

L'altro ordine del giorno, sugli invalidi civili, che verrà discusso successivamente a firma Rampa, Del Nero, Ruffino, De Giuseppe, è molto più ampio e proprio perchè è più ampio, il discorso è diverso. Siccome c'è stata una proposta da parte del senatore Pinto, e anche della senatrice Mafai, di fare in altre sedi una discussione più ampia su questo problema, proporrei di assorbire entrambi gli ordini del giorno in questo impegno di fare un dibattito specifico. Lo accetto comunque come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Comunico ora alla Commissione che i senatori Del Nero, De Giuseppe, Bompiani, Cravero e Rampa hanno presentato il seguente ordine del giorno:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

considerato che, mentre sta per compiersi un anno dallo scioglimento dell'ONMI, lo stato di liquidazione dell'ente e particolarmente il pagamento dei debiti dell'ONMI verso dipendenti e fornitori è in eccessivo ritardo,

atteso che l'articolo 1 della legge 23 dicembre 1975, n. 698, fa richiamo in merito ad una normativa generale e cioè alla legge n. 1404 del 6 dicembre 1956, normativa che si è rivelata inidonea e macchinosa e nel caso in esame ha pressochè bloccato la liquidazione dei debiti,

impegna il Governo ad accelerare al massimo le procedure di liquidazione dei debiti dell'ONMI adottando eventualmente an-

BILANCIO DELLO STATO 1977

12^a COMMISSIONE

che provvedimenti legislativi di urgenza per modificare la normativa stabilita dalla predetta legge n. 1404 del 6 dicembre 1956.

(0/280/9/12-Tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.* Il problema esiste. Sono d'accordo.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.* Anch'io sono d'accordo.

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno è accolto dal Governo.

Comunico alla Commissione che i senatori Rampa, Del Nero, Ruffino e De Gisueppe hanno presentato il seguente ordine del giorno:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

considerate le gravi scoperture di assistenza socio-sanitaria e di reale possibilità di recupero per tutto il complesso settore degli invalidi civili,

impegna il Governo a rivedere i criteri ispiratori, le disponibilità finanziarie e le conseguenti misure amministrative — comprese quelle di un oggettivo controllo della spesa — delle norme che regolano la suddetta assistenza, tenendo conto della necessità di una più vasta attuazione dell'assistenza familiare.

(0/280/10/12-Tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.* Sono d'accordo. Vorrei proporre, se i colleghi sono d'accordo, un'aggiunta: « a rivedere le norme di classificazione degli invalidi civili ».

P R E S I D E N T E. Il Ministro però si è già espresso precedentemente su questo ordine del giorno.

Comunico alla Commissione che il senatore Pinto ha presentato il seguente ordine del giorno:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

a conoscenza della notevole incidenza delle malattie infettive in Italia, non sempre

contrastata da mezzi di prevenzione e terapia efficaci;

considerata la generale carenza, in tale settore, di preparazione teorico-pratica da parte dei medici, che pur rappresentano gli operatori di primo intervento nel riconoscimento delle malattie infettive e, quindi, nella attuazione dei provvedimenti atti ad evitare il contagio e la diffusione;

considerato, altresì, che questa carenza è anche dovuta alla posizione di materia complementare assegnata alla disciplina "malattie infettive" dal vigente ordinamento di studi della Facoltà di medicina e chirurgia;

impegna il Governo:

in sede di revisione delle strutture didattiche universitarie a rendere obbligatorio l'esame di "malattie infettive", similmente a quanto previsto negli ordinamenti universitari degli altri paesi della Comunità Europea.

(0/280/11/12-Tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione.* Ritengo che questo ordine del giorno vada inteso come raccomandazione. In tal caso sono d'accordo.

D A L F A L C O, *ministro della sanità.* Accetto questo ordine del giorno come raccomandazione.

P R E S I D E N T E. Comunico alla Commissione che il senatore Pinto ha presentato anche il seguente ordine del giorno:

La Commissione igiene e sanità del Senato,

tenuto presente che si verificano notevoli e gravi manifestazioni di malattie del lavoro;

tenuto presente che è necessario che i medici ne acquisiscano maggiore coscienza, attraverso lo studio e l'insegnamento della patologia del lavoro;

impegna il Governo ad operare per rendere obbligatorio l'insegnamento e l'esame di medicina del lavoro in tutte le facoltà di medicina del Paese.

(0/280/12/12-Tab. 19)

C O S T A, *relatore alla Commissione*. Sono favorevole, se però l'ordine del giorno viene inteso come raccomandazione.

G I U D I C E. Io sono d'accordo sull'importanza fondamentale di questo insegnamento, però non vedo quale sia il mezzo a disposizione del Governo per renderlo obbligatorio. Gli studenti scelgono le materie di studio e di esame in base ai piani di studio che le facoltà elaborano autonomamente e nei quali alcune materie sono facoltative. Nessun Governo può imporre ad una facoltà di considerare un insegnamento, seppure importantissimo, obbligatorio.

D A L F A L C O, *ministro della sanità*. Accetto l'ordine del giorno come raccomandazione, come invito a segnalare il problema al Ministro della pubblica istruzione.

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno presentato dal senatore Pinto sull'obbligatorietà dell'insegnamento di « medicina del lavoro » è accolto dal Governo come raccomandazione e con la precisazione espressa dal Ministro.

C I A C C I. Avevo chiesto in precedenza la parola, mi limito invece ad una dichiarazione di voto, rinunciando quindi ad un intervento organico.

Data l'ampiezza e l'interesse assunto dal dibattito, in futuro si tratterà di far centro sui risultati della presente discussione, per esami particolari di singoli argomenti. Quindi ci sarà veramente molta terra da arare per la nostra Commissione. Rinuncio, ripeto, a fare un discorso organico quale avevo previsto. Soltanto su due punti vorrei porre l'accento, signor Ministro (lei ha risposto ad alcune cose, ad altre no): sulla Riforma sanitaria e sul Fondo nazionale ospedaliero.

Per quanto riguarda la riforma, noi apprendiamo che il prossimo Consiglio dei ministri — o quello successivo — approverà il disegno di legge relativo. Lei, signor Ministro, ha ricordato che durante la consultazione con le forze costituzionali il problema dei costi è stato posto; siamo dell'idea che

questo problema vada approfondito e guardato con attenzione, perchè naturalmente si deve dare un servizio migliore, riducendo — possibilmente — costi e sprechi. Perciò la nostra parte politica consente pienamente con questo esame del problema dei costi, però deve rilevare che di fronte alla necessità che spinge verso quel piano di cui lei parlava, di fronte alla necessità che si superi il sistema attuale, come lei ha sottolineato energicamente, di fronte alla necessità che il drammatico problema degli inquinamenti industriali venga affrontato, non si può non essere preoccupati. Noi siamo di fronte a quella che il collega Costa ha qualificato come una situazione al limite del collasso e del fallimento. Allora bisogna accelerare i tempi. Signor Ministro, acceleri i tempi! Punti i piedi, nel Governo, in modo che vada avanti il disegno di legge di riforma!

In merito al Fondo ospedaliero, il Ministro ha fatto un accenno un pochino preoccupante. Forse non ho capito bene. Il Tesoro dice che il debito degli ospedali è un debito verso l'economia nazionale.

D A L F A L C O, *ministro della sanità*. Lo diciamo noi.

C I A C C I. Che implicazioni ha questa affermazione? Voglio dire: qui c'è la situazione drammatica degli ospedali, che non hanno da pagare nemmeno il fornaio. Non è una battuta, perchè l'ospedale di Siena deve dare 12 milioni alla piccola cooperativa di fornai del posto. Ebbene, voi dovete dire agli ospedali come si debbono comportare: gli amministratori devono andare in galera? Noi insistiamo perchè si cerchi il modo di sanare questa situazione, per mettere gli ospedali in grado di funzionare, perchè non riaccadano, da qui a poco tempo, le situazioni drammatiche che si sono verificate a Napoli, Milano, eccetera.

Su questi due punti volevo insistere. Per il resto, avremo modo di discutere ancora.

Quanto ai propositi del Governo: si farebbe un torto a dire che i propositi non sono stati manifestati, è stato manifestato

quello, per esempio — riguardo al personale dell'INAM e delle altre mutue — di costituire una commissione *ad hoc* perchè il problema venga esaminato. Tuttavia ci troviamo di fronte alla necessità di intraprendere un'azione più stringente. Ciò che chiediamo è che si vada più speditamente, al di là dei semplici propositi.

Poichè vi sono carenze marcate — com'è stato rilevato — e poichè c'è una certa lentezza, il nostro voto rimane quello di una astensione fortemente critica, ma contemporaneamente molto costruttiva.

P R E S I D E N T E . Non facendosi obiezioni, resta inteso che la Commissione conferisce al senatore Costa il mandato di trasmettere alla 5ª Commissione il rapporto sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

La seduta termina alle ore 14,05.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. RENATO BELLABARBA