

(N. 912-A)

Resoconti XIX

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1978

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

(Tabella n. 19)

Resoconti stenografici della 12^a Commissione permanente

(Igiene e sanità)

INDICE

SEDUTA DI MERCOLEDI' 19 OTTOBRE 1977

PRESIDENTE Pag. 954, 960
 CRAVERO (DC), relatore alla Commissione . . . 954
 e *passim*

SEDUTA DI MERCOLEDI' 26 OTTOBRE 1977

PRESIDENTE Pag. 960, 975, 978
 BELLINZONA (PCI) 968, 975
 BOMPIANI (DC), f.f. relatore alla Commis-
 sione 960
 CIACCI (PCI) 960, 975
 DAL FALCO, ministro della sanità . . .967, 973, 975
 e *passim*
 GIUDICE (Sin. Ind.) 974
 RAPPOSELLI (PCI) 971

SEDUTA DI GIOVEDI' 27 OTTOBRE 1977

PRESIDENTE Pag. 978, 980, 987 e *passim*
 BOMPIANI (DC) 984
 DAL FALCO, ministro della sanità 980, 995

MERZARIO (PCI) Pag. 994
 PINTO (PRI) 995
 PITTELLA (PSI) 981
 RAMPÀ (DC) 987
 RUFFINO (DC) 978

SEDUTA DI GIOVEDI' 3 NOVEMBRE 1977

PRESIDENTE Pag. 998, 1023, 1025 e *passim*
 BELLINZONA (PCI) 1030, 1031
 CIACCI (PCI) 1027, 1029
 CRAVERO (DC), relatore alla Commissione . 1000
 1025, 1026 e *passim*
 DAL FALCO, ministro della sanità 1002, 1004, 1022
 e *passim*
 DEL NERO (DC) 1020, 1026, 1027 e *passim*
 MERZARIO (PCI) 1015, 1028
 PINTO (PRI) 1024, 1026, 1027 e *passim*
 PITTELLA (PSI) 1023, 1031
 RAMPÀ (DC) 1025, 1028, 1030

SEDUTA DI MERCOLEDI' 19 OTTOBRE 1977

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 1978 (912)

— 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 1978 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

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

C R A V E R O , relatore alla Commissione. Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, dal 1° dicembre dello scorso anno, quando la Commissione sanità del Senato, espresse parere favorevole sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio 1977, sulla carta qualcosa è cambiato.

Il 29 giugno di quest'anno il Parlamento licenziò la legge 349, rispettando una data, quella del 30 giugno, anche se oggi, non sappiamo ancora — e saranno i risultati, che speriamo rapidi e buoni, dell'apposito comitato al lavoro a dimostrarcelo — anche se oggi, e lo ripeto, non sappiamo, se si trattò solo, tutti insieme, di adempiere ad una liturgia della data o dell'inizio e dei presupposti per cambiare il sistema.

Il 4 marzo, sempre dell'anno in corso, il Consiglio dei Ministri approvò il disegno di legge per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, rispondendo e positivamente alle attese di tutti se pur con quattro mesi di ritardo secondo quanto annunciato dal Presidente del Consiglio, ma ritardo essenzialmente e giustamente dovuto al doveroso raccordo fra l'efficienza del servizio ed il contenimento delle spese.

Il disegno di legge, come loro sanno, è ora all'esame della Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati; ne sono già

stati approvati più di 20 articoli, alcuni dell'originario progetto governativo, altri risultato di un giusto confronto ed alla luce della legge n. 382; altri ancora restano in discussione. Anche se l'aspettativa è di tutti, ritengo che fretta ed improvvisazione anche in questo caso potrebbero essere deleterie. Non si tratta di scrivere la filosofia di una riforma, ma di varare un qualcosa che possa essere applicato e subito, soprattutto senza creare nè vinti, nè vincitori.

Se sulla carta qualcosa è cambiato e qualcosa sta cambiando, in pratica dobbiamo ancora una volta esaminare un bilancio di transizione.

Il bilancio di previsione dello Stato per l'anno 1978 indica una maggiorazione di spesa di 11.690 miliardi, ossia dai 45.909 dell'anno scorso ai 57.600 di quest'anno, con un incremento pari al 25,5 per cento.

Lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è di 903 miliardi 682 milioni, con un incremento di spesa di 32 miliardi, pari al 3,3 per cento.

Il relatore, non può che riconstatere la ristrettezza del bilancio del Ministero della sanità in relazione al bilancio dello Stato e questo, mentre tutti siamo a conoscenza che il Ministro del tesoro ha quantificato in 10.500 miliardi il probabile costo dell'assistenza sanitaria, ospedaliera ed extra-ospedaliera, per il 1978.

La Sanità è ancora un arcipelago, nel quale Regioni, Enti mutualistici, se pur in liquidazione, Enti locali, Ministeri vari operano ciascuno per conto suo e per un tema unico, indipendenti l'uno dall'altro, con tante centrali operative non coordinate. Duplicazione quindi di interventi e di spese senza possibilità attuale nè di controllo, nè di programmazione da parte del Ministero della sanità.

Cercherò ora di esaminare in dettaglio alcuni capitoli, offrendo delle considerazioni informative e critiche se necessario, con un occhio rivolto anche ai 12 ordini del giorno proposti l'anno scorso dalle varie componenti politiche, in sede di approvazione bilancio 1977, ordini del giorno in parte accettati

come tali ed in parte come raccomandazione dal Governo.

È compito infatti del Parlamento verificare anche i risultati delle gestioni degli anni precedenti, in rapporto alle indicazioni ed agli indirizzi formulati dal Parlamento stesso.

La rubrica n. 1 — Servizi generali — propone una variazione in più, rispetto al 1977, di 1.374.999.000, principalmente per miglioramenti economici ai dipendenti dello Stato e per esigenze di servizio. Per quanto si riferisce al capitolo 1020 — rimborso spese ai nuclei antisofisticazioni alimentari — e 1111 — spese per la stampa e pubblicazioni, riferite specialmente ai farmaci — mi riservo di riferire rispettivamente nella rubrica dell'igiene degli alimenti e nutrizione e nella rubrica del servizio farmaceutico.

Ritengo inoltre utile soffermarmi per un istante sul capitolo 1112 che reca invariato l'impegno di spesa di 800 milioni per il funzionamento del Centro studi del Ministero della sanità.

Dirò subito che se il Centro studi volesse proseguire o riprendere la strada percorsa con disinvoltura sino a 2 anni or sono, di mecenate o polverizzatore di emolumenti fra miriadi di autori e di lavori, validi unicamente per tesi di laurea di media fattura, senza un nesso logico di collegamento fra di loro, 800 milioni sarebbero troppi e sprecati.

Se invece il Centro studi, giusti i compiti istitutivi del 20 giugno 1969, eserciterà le funzioni di collaborazione tecnica in materia di predisposizione ed attuazione del programma economico nazionale per il settore sanitario, 800 milioni saranno pochi.

Gli studi iniziati e programmati per il prossimo anno, ci fanno ben sperare che stiamo seguendo la seconda ipotesi.

Infatti sono in cantiere fra l'altro:

lo studio della soluzione tecnica più idonea per il trasferimento del personale delle mutue, degli ospedali, degli enti locali al Servizio sanitario nazionale;

lo studio per la valutazione del potere mutogeno e/o cancerogeno di prodotti chi-

mici, anche ai fini della formulazione di opportune proposte in sede CEE;

lo studio dei criteri e delle esperienze acquisite in ordine ai prontuari terapeutici ospedalieri, per determinare indirizzi uniformi in materia.

Nella rubrica n. 2 — ospedali — troviamo la invariata dotazione di 625 miliardi di lire per il Fondo nazionale ospedaliero, che corrisponde ai due dodicesimi della spesa di 3.750 miliardi per l'assistenza ospedaliera per l'anno 1976.

A questo proposito l'anno scorso la Commissione sanità approvava un ordine del giorno che invitava il Governo a reperire i fondi necessari per l'adeguamento al costo previsto dal CIPE e ad effettuare una nuova ripartizione del fondo in rapporto alle effettive esigenze delle singole regioni.

È pur vero che il 27 luglio del corrente anno il Senato approvava il disegno di legge n. 838 relativo all'integrazione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, ma è altrettanto vero che sinora, a quanto mi consta, non è stata messa in essere l'essenza di questo disegno di legge con l'erogazione alle Regioni della somma relativa all'esercizio in questione, nè il CIPE ha ancora indicato l'ammontare del fondo ospedaliero per il 1977.

È inoltre necessario ribadire ancora una volta che gli importi determinati dal CIPE sono ancora insufficienti a coprire il costo reale del servizio del biennio 1975-76, che è stato per il 1975 di 3.500 miliardi e per il 1976 non meno di 4.000 miliardi, mentre per il 1977 il Tesoro prevede una spesa annua di 5.000 miliardi.

A tutto questo si deve sommare il debito accumulato nel periodo antecedente il 31 dicembre 1974, che la legge n. 72 ha cercato di coprire, ma la cui lenta e laboriosa gestione crea tuttora dei paurosi vuoti, con il conseguente risultato che in buona parte degli ospedali sinora si è fatto solo fronte al pagamento degli stipendi dei dipendenti, accantonando e il pagamento dei contributi e il pagamento dei fornitori.

Inoltre occorre ipotizzare un nuovo criterio di ripartizione che non si basi sulla spe-

sa storica degli Enti ospedalieri esistenti in ogni Regione.

L'articolo 16 della legge n. 386 stabilisce infatti che i parametri di distribuzione devono avere, come principio, l'esigenza di garantire prestazioni quantitativamente e qualitativamente uniformi in tutto il territorio.

Ritengo che a tale obiettivo non si addinga se non si costituisce un meccanismo più articolato di quello previsto dall'articolo 16 della legge 386; tale meccanismo dovrebbe sostanzialmente prevedere due strumenti di intervento finanziario contestuali, uno per la copertura delle spese di investimento — edilizia ed attrezzature — in un processo di qualificazione delle spese, ed uno per la copertura di quelle gestionali, da coordinare attraverso una politica di tipo unitario.

Per quanto si riferisce, più specificatamente, alle spese di gestione, ritengo che la ripartizione debba essere fatta sì sulla base del criterio della popolazione residente, ma temperato con il correttivo del servizio effettivamente prestato dalle regioni, con un controllo sistematico dell'evoluzione nel tempo dei costi di gestione del servizio ospedaliero.

La rubrica n. 3 - Igiene pubblica - che quantitativamente propone la soppressione della competenza di 250 milioni per l'acquisto di materiale per la lotta contro la malaria, mi offre lo spunto per tre suggerimenti.

Il primo: un contributo efficace contro le malattie infettive, può essere dato dall'informazione e dall'educazione sanitaria, non solo dell'utente, ma anche dell'operatore.

La Federazione dei medici, che sembra aver trovato la strada giusta, ossia il ritorno alle origini — meno sindacalismo e più adempimenti dei suoi fini istituzionali — ha promosso recentemente una campagna periferizzata, specie nel sud, di sollecitazione alla popolazione a difendersi ed a conoscere, per difendersi meglio, le malattie infettive e i suoi pericoli.

Riterrei opportuno che il Ministero della sanità si associasse a questo tipo di propaganda, usando anche questi canali.

Il secondo suggerimento riguarda la tutela sanitaria della popolazione contro i pericoli derivanti dalle radiazioni ionizzanti, compito assegnato al Ministero della sanità. Sarebbe conveniente estendere al territorio nazionale la rete di sorveglianza della radioattività già promossa e realizzata nell'isola della Maddalena.

Terzo suggerimento: si riferisce alla necessità, come d'altra parte espresso già l'anno scorso in un ordine del giorno, che l'esame di malattie infettive all'Università diventi obbligatorio. Ritengo doveroso che il Ministro della sanità si renda interprete di tale richiesta presso la Pubblica Istruzione.

I piani di studio medico attuali lasciano allo studente la facoltà o meno di sostenere tale esame — e tutti sanno quali criteri ispirino gli studenti in queste scelte —. In Italia purtroppo si conferisce la laurea in medicina e, quant'è peggio, si consente l'esercizio della professione di medico-chirurgo a giovani che non hanno mai avuto modo di vedere un caso di febbre tifoide, di meningite o di epatite virale. Tutto ciò non può non essere motivo di vivissima inquietudine, proprio in un momento che vede tutti protesi verso la realizzazione della medicina preventiva, della quale dovrebbe essere prima, imprescindibile condizione, la conoscenza da parte del medico di quanto mira a prevenire.

Rubrica n. 4 - Malattie sociali — Oltre a variazioni di competenza per passaggio alle Regioni, promuove un aumento di spesa di 35 miliardi di lire nel capitolo 2532, per l'assistenza sanitaria, protesica, generica, farmaceutica ed ospedaliera, a favore dei mutilati ed invalidi civili. Si tratta di adempimenti d'obbligo per il Ministero della sanità, in base alla legge 30 marzo 1971, n. 118. In questo senso è stato anche soddisfatto l'ordine del giorno espresso in sede di bilancio 1977.

Vi è inoltre uno stanziamento per il Centro internazionale per le ricerche del cancro di ulteriori 140 milioni ai sensi dell'articolo 2 della legge 21 aprile 1977, n. 164.

Nella rubrica n. 4, si trovano pure, in quattro capitoli differenti e sotto varie denominazioni, interventi del Ministero della sanità a favore della Croce rossa italiana, per

un totale di circa 20 miliardi, che sommato ad interventi di altri Ministeri, sempre verso questo ente, portano a 21 miliardi e 571 milioni il contributo dello Stato, i due terzi circa delle sue entrate, alla Croce rossa italiana.

Senza entrare nei dettagli del bilancio, desidero solo far notare, a mo' di esempio, che come si sa la Croce rossa svolge anche attività di beneficenza, vendendo tra l'altro agende e calendari per ricavare fondi. Le spese per la stampa di tale materiale sono state di 38 milioni; le entrate per la vendita di 37 milioni circa. Raccolta per beneficenza, azzeccata.

La Croce rossa italiana, oltre ai suoi fini istituzionali, negli ultimi tempi ha svolto anche supplenza ad istituzioni carenti, occupandosi — tra l'altro — del soccorso stradale e delle scuole per infermieri. Per la prima attività lo Stato eroga un contributo di 1 miliardo e 250 milioni; mentre le spese sono state di 1 miliardo e 197 milioni.

Per l'attività didattica le spese sono state di 2 miliardi e mezzo.

Ritengo che il Ministero della sanità, nella sua funzione di indirizzo e coordinamento, così come già fece nel novembre scorso con il decreto ministeriale sull'istituzione dei dipartimenti, debba consigliare e raccordare le modalità per istituire una rete nazionale di emergenza, indipendentemente dalle cause che la provocano, con un numero unico telefonico di chiamata per tutto il territorio, collegata ai dipartimenti di emergenza, che già varie Regioni hanno istituito o stanno attuando. In questo contesto troverà, tra gli altri, anche spazio la Croce rossa italiana.

Per quanto si riferisce alla scuola — e di questo parlerò in seguito — ai meritevoli volontarismi di sempre è necessario sostituire una politica unitaria della materia.

Ritengo ancora che in attesa dell'approvazione dell'articolo 38 del disegno di legge governativo di riforma sanitaria, che restituisce la Croce rossa italiana ai suoi fini istituzionali, si rivedano le sue funzioni, depennandone quelle anacronistiche, con benefici, di conseguenza, anche sul bilancio dell'ente e relativo contributo dello Stato.

Rubrica n. 5. — Igiene degli alimenti e nutrizione.

È previsto un aumento di 5 milioni per indagini relative alla fissazione degli alimenti dei residui di prodotti usati in agricoltura.

In tema di igiene degli alimenti, in relazione ai trasferimenti di competenza alle Regioni, in base alla legge n. 382, è indispensabile addivenire da parte del Ministero della sanità all'emanazione di direttive precise e ferme in materia. Occorre evitare oltre a danni alle persone e alle cose anche turbamenti dell'opinione pubblica, a cui contribuiscono informazioni della stampa, che a volte fanno più di disinformazione ed anche, mi sia consentito dirlo, tentennamenti giustificati, ma non capiti, tanto da ricordare quanto scriveva un noto giornale umoristico, dei primi anni del dopoguerra, che « prima di eseguire l'ordine, attendere il contordine ».

Le direttive dovranno tener conto delle cause che possono determinare l'insalubrità degli alimenti, cause che non si deducono da ricerche sporadiche o da consultazioni biografiche, ma da conoscenze della realtà italiana, della contaminazione ambientale, del fatto che l'inquinamento di un lago o di un fiume rappresenta ancora problema locale, ma tali fenomeni acquistano dimensioni generali, ove si consideri che gli alimenti prodotti nelle varie località vengono consumati dappertutto.

Infine oltre che le direttive è indispensabile la vigilanza; giusto è quindi l'aumento, anche se poco, di dieci milioni per rimborso spese al Nucleo anti-soffisticazioni (Capitolo 1020), ricordando anche che l'aumento proposto per tali servizi potrà essere largamente compensato dalle entrate provenienti dalle contravvenzioni derivanti dalle attività di detti nuclei.

La rubrica n. 6 — Servizio farmaceutico — contiene solo una variazione in positivo del capitolo 3531, di 6 milioni di lire, per spese di ispezione alle officine farmaceutiche. La competenza totale per tale servizio è di 24 milioni e può sembrare anche inadeguata se si pensa che le officine per la produzione dei farmaci da vigilare sono circa 460 e

quelle per la produzione di presidi medico-chirurgici sono circa 300.

La politica del farmaco richiederebbe di per sé una ampia relazione a parte. Dal 1974 al 1976 il costo medio annuo farmaceutico è passato da 19.982 lire *pro capite* a 31.547 lire, con un aumento di 11.565 lire, mentre il numero medio delle prescrizioni per assistibile, nello stesso periodo, è aumentato da 17,15 a 21,46.

Se realizziamo la spesa, vediamo che su 100 lire di spesa in più, il 19,5 è per l'aumento degli assicurati, il 32,5 per l'aumento del costo del prodotto, il 48 per l'aumento del consumo di prodotti *pro capite*.

Solo nei primi mesi del 1977 si è dimostrato un calo di vendita del 5,2 per cento rispetto all'anno precedente.

Tuttavia ritengo che si potrà discutere ampiamente su questo argomento quando nei prossimi giorni, secondo quanto comunicati dal Ministro della sanità, la Commissione del Senato dovrà prendere in esame i disegni di legge recentemente approvati dal Consiglio dei Ministri e recanti nuove norme per la disciplina della produzione e del commercio dei farmaci e per il ticket.

Mi preme tuttavia sottolineare che produzione e brevetto, commercio e distribuzione, nonché ticket non possono andar disgiunti ed un'operazione non dovrà essere privilegiata sulle altre, pena un cattivo risultato globale.

Per quanto riguarda l'informazione e l'educazione sull'uso e sul non abuso del farmaco, ritengo, come già detto in un ordine del giorno approvato l'anno scorso, che il Governo debba farsi promotore di un'iniziativa in questo campo. Penso infatti che l'aumento di 10 milioni, al capitolo 1111 delle spese generali per stampe e pubblicazioni, destinate espressamente alla pubblicazione delle caratteristiche terapeutiche e delle controindicazioni del farmaco, sia del tutto insufficiente.

La rubrica n. 8 — Istituto superiore di sanità — contiene un aumento di 624 milioni di lire per stipendi, indennità, consulenze e spese per il funzionamento dell'istituto suddetto.

Da quanto è dato di sapere, gli organi consultivi centrali dell'istituendo servizio sanitario nazionale saranno tre:

il Consiglio sanitario nazionale a carattere partecipativo, promozionale, con compiti di indirizzo;

il Consiglio superiore di sanità con compiti tecnici;

l'Istituto superiore di sanità con compiti scientifici di ricerca.

D'altra parte l'Istituto superiore di sanità presenta un programma ambizioso per il 1978:

lo studio di tutte le sostanze chimiche che vengono a contatto con l'uomo, nell'ipotesi di una possibile loro azione cancerogena;

la determinazione degli standards genetici, biologici e tecnici necessari per stabilire la compatibilità tra soggetti donanti e soggetti riceventi in trapianto;

gli accertamenti circa la composizione e l'innocuità dei prodotti farmaceutici di nuova istituzione, valutandone il rapporto tra rischio prevedibile e beneficio ipotizzabile.

Ritengo pertanto che ogni incremento di stanziamenti a favore dell'Istituto sia doveroso. Penso tuttavia che per una migliore distribuzione della sua attività, fermo restando il rapporto ricerca 40 per cento e controllo indagine 60 per cento, la parte di stretta competenza dell'Istituto debba essere privilegiata sulle incombenze sin'ora esercitate in sostituzione di organi tecnico-sanitari periferici carenti e che dovranno trovare, in qualche modo, un loro potenziamento.

Desidererei ora, prima di concludere, esaminare brevemente, a *flash*, alcuni punti che, se pur non fanno parte del bilancio di previsione, cionondimeno sono altrettanto importanti per la politica sanitaria del Paese.

Legge n. 349. Come loro sanno è composta di due parti: trasferimento delle competenze mutualistiche alle Regioni e stipula della convenzione unica per i medici. Per trattare e concludere ciascun titolo è stato insediato un comitato o una commissione. Il comitato di raccordo fra enti interessati e regioni, a quanto mi consta, fa un buon

lavoro. Oltre a temi puramente amministrativi tenta anche di trovare punti di convergenza su problemi di operatività politico-sanitaria.

Ritengo indispensabile, anche se la gestione è regionale, ma i bilanci sono rimasti agli enti originari, superare e subito il momento autarchico di ogni singola mutua, aprendo anche gli ambulatori a tutti i cittadini, indipendentemente da chi paga i contributi.

Penso inoltre che il comitato dovrà attentamente osservare onde evitare manovre di retroguardia. Mi consta che l'INAM di Torino continua a fare concorsi, ad assumere infermieri professionali che lavorano negli ospedali, depauperando i medesimi di personale valido, con il risultato oggi di seri ostacoli all'assistenza ospedaliera, e domani, in fase di riequilibrio, del rientro di personale, che per questa passeggiata extraospedaliera ha aumentato i suoi emolumenti di circa 50.000 lire mensili: tale è la differenza stipendiale fra gli infermieri della mutua e degli ospedali.

La commissione per la convenzione unica sta ancora cercando di interpretare lo spirito dell'articolo 9 della legge n. 349.

Come proponente della legge e come componente di questa Commissione sanità del Senato, che tanto e con l'apporto di tutti, ha contribuito alla stesura della norma legislativa, ritengo che i punti della legge siano sufficientemente chiari ed esplicitivi per essere messi in pratica. Salvo che, per correto cromosomico, si sia più portati a cercare la filosofia nella legge che la sua applicabilità.

Raccomando inoltre al Ministro della sanità che svolgendosi attualmente due trattative normative-economiche, quella dei medici ospedalieri e quella dei medici generici e specialisti, si cerchi di ridurre il divario di emolumenti fra le parti, allo scopo di arrivare a quella omogeneizzazione, da tutti auspicata, che tenga conto della qualità e della quantità del lavoro prestato e non favorisca fughe verso lidi più retribuiti.

Riforma sanitaria. Ritengo irriguardoso scendere in particolari e discutere su un pro-

getto di legge attualmente in esame all'altro ramo del Parlamento. Avrò poi modo di farlo quando toccherà a noi tale fatica.

Desidero soltanto soffermarmi per un istante sull'articolo 24, quello del personale dipendente, esprimendo la mia perplessità per la macchinosa rielaborazione del testo, che da testo quadro sta per trasformarsi in testo regolamento, quasi opera necessaria ed indispensabile di mediazioni. E mi preoccupa altresì la tendenza strisciante a ritenere superata la legge ospedaliera del 1968 per quanto si riferisce al funzionamento ed all'organizzazione dell'ospedale, sostituendola con qualche principio abbastanza astratto che le regioni dovranno elaborare e gli enti locali gestire.

La legge n. 132 ed i decreti delegati hanno anticipato i tempi, infatti nell'articolo 2 di tale legge sono iscritti tutti i temi che figurano nei primi articoli del disegno di legge di riforma sanitaria, ad eccezione delle norme di decentramento non ipotizzabili allora in assenza della legge n. 132.

L'ospedale ha fatto acqua perchè ha dovuto far da supplenza alle carenze extra-ospedaliere, perchè ha agito in assenza di programmazione nazionale e di programmazioni regionali, programmazioni che il Ministro del tesoro oggi richiama anche per un corretto finanziamento della spesa.

Scuole. È stato da sempre detto che ogni riforma sanitaria, senza il riordino della facoltà di medicina e delle scuole per i non medici, si tradurrebbe in un vuoto momento di prestigio. Dapprima si pensava che la delega per le scuole fosse contenuta nel progetto di riforma. Poi si disse che i disegni di legge per le scuole sarebbero stati presentati contestualmente dal Ministro della pubblica istruzione, poi vennero i ritardi ed i silenzi, ed ora, quando il disegno di legge sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale potrebbe essere varato entro l'anno da un ramo del Parlamento, dei progetti ad opera del Ministro della pubblica istruzione non si sa più nulla.

Ritengo superfluo sottolinearne l'urgenza e l'indispensabilità se pensiamo che ai 128 mila medici attuali corrispondono 150.000

studenti in medicina, con una immatricolazione annua di 30.000 unità, pari al 18,6 per cento delle matricole in totale, con una previsione di 60.000 circa nuove unità di medici nel 1980 con un serio pericolo quindi di cannibalismo medico. Se constatiamo peraltro che in 15 anni ai 24 insegnamenti essenziali ed ai 22 complementari si sono aggiunti altri 86 nuovi insegnamenti, per un totale di 364 cattedre, e non si riesce tuttora a preparare il laureato a fare il medico, vediamo come la situazione sia tremendamente seria e stia per scoppiare.

È quindi un invito che faccio al Ministro della sanità, e spero di interpretare il volere di tutti i colleghi a fare il possibile perchè questo testo, che si diceva già pronto un anno fa sulla scuola medica, venga definitivamente e presto presentato.

Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, al termine di questa mia relazione, pur tenendo conto dei limiti e delle ristrettezze di questo bilancio, non corrispondenti certamente alle necessità né attuali né future, ma in attesa della riforma sanitaria che dovrà essere non opera di mediazione, ma scelta consapevole di tutti, forze politiche e forze sociali, con la collaborazione sincera ed apprezzata di coloro che dovranno viverla, utenti ed operatori, medici e non, invito la Commissione sanità del Senato ad approvare in sede consultivo lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1978.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Cravero per la sua ampia relazione, che, come già detto, verrà distribuita a tutti gli onorevoli colleghi, in modo che mercoledì prossimo si possa cominciare la discussione, che proseguirà giovedì mattina e, se necessario, anche giovedì pomeriggio.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame dello stato di previsione del Ministero della sanità è rinviato alla prossima seduta.

La seduta termina alle ore 11,15.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 26 OTTOBRE 1977

Presidenza del Presidente OSSICINI

La seduta ha inizio alle ore 9,40.

C I A C C I , segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1978 (912)

— 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 1978 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Comunico alla Commissione, stante l'assenza del senatore Cravero, di aver dato incarico al senatore Bompiani di svolgere le funzioni di relatore.

B O M P I A N I , f. f. relatore alla Commissione. Onorevole Presidente, ringrazio per l'incarico conferitomi e, condividendo la relazione svolta nel corso della precedente seduta dal senatore Cravero, dichiaro di farla mia.

C I A C C I . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, affrontiamo il dibattito sul bilancio di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1978 con la profonda convinzione che non si tratta di un dibattito nè di *routine* nè, tanto meno, inutile poichè consideriamo l'occasione del bilancio preventivo come un momento politico fondamentale dell'attività del Governo e del Parlamento. E anche se in quest'occasione diamo per acquisiti tutti gli importanti dibattiti dei quali, qui in Commissione ed in Aula, gli onorevoli colleghi sono stati protagonisti (potrei citare, ad esempio, la legge n. 349, il dibatti-

to sui farmaci e sul fondo nazionale ospedaliero) non sfugge a nessuno di noi il valore di verifica, di controllo, di indirizzo particolare e di orientamento politico generale che può, che deve e che di regola assume la discussione sul bilancio.

Il carattere della tabella 19 è certamente burocratico, dispersivo, anacronistico e rituale; ma le voci e le cifre contano sia per quello che dicono che per quello che non dicono. Bisogna perciò guardarsi dal pericolo di cadere nella sottovalutazione di un dibattito che può apparire di routine ma che lo stesso relatore, senatore Cravero, con una relazione che ha certamente dei limiti anche marcati ma che non è priva di spunti critici, di valutazione e di rilievi interessanti, ha indirizzato su un binario di ricerca e di confronto costruttivo.

La discussione può essere impegnata e costruttiva a patto che non sia nè troppo generale — e quindi generica — nè troppo burocratica, limitata alle sole cifre di spesa. Quello di cui oggi si discute e si deve discutere è la politica del Ministero della sanità e dell'intero Governo.

L'accordo programmatico sul quale si regge il Governo Andreotti contiene una parte specifica e ben definita sui problemi della sanità. Esso afferma la necessità di razionalizzare e riformare il settore sanitario e dice che la riforma sanitaria dovrà qualificarsi per una migliore e più economica utilizzazione delle strutture, dei servizi e del personale.

Preoccupato della situazione economica del Paese, l'accordo di Governo afferma che per ridurre il disavanzo del settore sanitario si dovrà, in particolare: sviluppare l'assistenza, in centri ed ambulatori, prima ed al di fuori delle strutture ospedaliere, al fine di ridurre i tempi di degenza e di garantire il posto di ospedale solo quando necessario; ridurre il consumo dei farmaci e razionalizzarlo applicando nei tempi brevi il *ticket* moderatore, previa revisione del prontuario e soppressione, almeno per un certo periodo, di ogni pubblicità farmaceutica; introdurre *standards* di spesa per le diverse malattie, responsabilizzando i medici con adeguate forme di controllo.

L'accordo impegna i firmatari ed il Governo anche a dare un esame molto attento dei problemi del personale della Pubblica amministrazione creando fin d'ora nuove condizioni per la mobilità e ciò riguarda, come sapete, in modo particolare il settore sanitario relativamente al personale degli enti mutualistici passati alle Regioni.

Se questo è l'accordo a sei per il settore sanitario si tratta di vedere se il bilancio preventivo per il 1978 e la politica del Ministero della sanità si muovono in questa direzione.

Voglio dire apertamente che, sia pure con notevole ritardo, con incertezze e contraddizioni, per certi aspetti ci si è mossi e ci si muove in direzione della riforma. Oggi si può dire che non siamo all'anno zero della riforma nè alla riforma, nemmeno nella forma compiuta di un testo legislativo concordato che è ancora in discussione alla Commissione sanità della Camera dei deputati.

Siamo, però, in un periodo di preriforma o di riforma avviata che deve essere compiuta sia dando attuazione alle leggi già approvate che portando a termine rapidamente (se di rapidità si può ancora parlare) l'*iter* legislativo del servizio sanitario nazionale.

E qui vorrei notare, tra parentesi, che non condivido la preoccupazione del relatore, senatore Cravero, che si faccia una cosa affrettata e improvvisata giacchè ci sono più di quindici anni di elaborazione alle nostre spalle; nè me la sento di condividere l'invito a non creare nè vinti nè vincitori in quanto, se non ci fossero nè vinti nè vincitori, bisognerebbe inventare una situazione idilliaca nella quale non esistessero avversari e nemici della riforma.

Ma così non è anche se a parole tutti sembrano convinti riformatori; se non ci fossero stati e non ci fossero avversari e nemici non si capirebbe perchè la riforma ha tanto tardato e tarda a venire.

Con questo non voglio dire che il nemico e l'avversario sia sempre con il fucile spianato. Il nemico è anche rappresentato dalle lentezze, dalle paure e dalle incapacità ad individuare le soluzioni più giuste e più corrispondenti agli interessi del Paese.

Siamo, come dicevo, in corso di riforma perchè misure di riforma sono la legge n. 349 per il passaggio delle mutue alle Regioni e le convenzioni uniche per i medici ed i decreti delegati della legge n. 382 per il trasferimento o la delega dei poteri alle Regioni ed agli enti locali; la legge n. 382 che introduce cambiamenti sostanziali (qualcuno ha detto rivoluzionari) nella struttura dello Stato; cambiamenti che riguardano in gran parte, come sapete, il settore sanitario.

Pertanto, sono d'accordo con il relatore nel definire quello del 1978 un bilancio di transizione, cioè di passaggio ad una situazione nuova. Ma se così è bisogna fare in modo che il bilancio e la politica del Ministero della sanità corrispondano agli obiettivi verso i quali vogliamo « transitare ». Bisogna consolidare i passi che sono stati fatti con le leggi nn. 349 e 382 e andare avanti verso il completamento della riforma. È da questo angolo visuale che bisogna guardare alla tabella 19 anche se si tratta di una tabella assai poco elastica e assai lontana dalla reale spesa sanitaria del nostro Paese, quantificata in 10.500 miliardi. L'angolo visuale, secondo me, è quello della razionalizzazione, della finalizzazione, della riduzione (laddove è possibile) e della produttività della spesa sanitaria.

E si potrebbe cominciare con le voci di cui ai numeri 1005-1006-1020-1021, anche se costituiscono una cosa insignificante rispetto al complesso della spesa, per domandarci se vi è bisogno di quattro voci per parlare delle stesse indennità e rimborso spese che ammontano a 529 milioni e 300 mila lire. Sarebbe interessante sapere quanta gente del Ministero si sposta con questa cifra!

Al n. 1104 si prevede, per spese per la propaganda sanitaria e l'educazione igienica, per l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi, mostre ed altre manifestazioni, la somma di lire 40 milioni. Ebbene, o si tratta di una cifra che è sfuggita per caso al compilatore della tabella o è una cifra chiaramente « fasulla » se è vero, come è vero, che proprio la settimana scorsa abbiamo approvato una legge che stanziava, per un solo congresso internazionale, ben 100 milioni di lire.

Il relatore ha già mosso alcuni rilievi critici al capitolo 1112, che prevede 800 milioni per il centro studi del Ministero della sanità. Sono anch'io convinto che gli studi e la funzione di collocazione tecnica in materia di predisposizione ed attuazione del programma economico nazionale per il settore sanitario potrebbero richiedere una maggiore spesa. Ma non sono affatto convinto — e ne chiedo spiegazione — che gli 800 milioni debbano servire per le spese dei comitati per la programmazione ospedaliera, dal momento che questa materia è ormai chiaramente di competenza regionale.

Ancora meno convinto — ed anche su questo chiedo spiegazioni — sono della spesa prevista al numero 1298 per lire un miliardo 337 milioni « per il personale della sede centrale della soppressa Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia assegnato a prestare servizio presso il Ministero ed altre spese per la medesima sede centrale ». Io vorrei sapere cosa fa tutto questo personale al Ministero e perchè non è stato decentrato secondo quei criteri di mobilità che tutti, a parole, invociamo e che sono sanciti nell'accordo a sei.

Qualche spiegazione esemplificativa dovrebbe essere data anche per la ripetizione dello stanziamento al numero 1572 di 610 milioni per « sussidi e contributi per studi e ricerche nel campo dell'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 ». Penso che, per studiare tutte queste cose, 610 milioni potrebbero essere anche pochi. Ma che cosa si è studiato in concreto? Non vorrei che tutte quelle voci relative a materie scientifiche nascondessero di fatto, e allo stesso Ministro, uno sperpero inutile e intollerabile.

Un discorso più ampio merita, alla rubrica 2, la voce 1578 riguardante il « Fondo nazionale ospedaliero » con la previsione di 625 miliardi, che corrisponde, come sappiamo, ai due dodicesimi della spesa di 3.750 miliardi per l'assistenza ospedaliera per l'anno 1976. Il relatore ha ricordato l'ordine del giorno

approvato l'anno scorso e il disegno di legge numero 838 del 27 luglio 1977 per l'integrazione del Fondo nazionale ospedaliero. Trovo giusti i rilievi del collega Cravero circa i ritardi nell'erogazione degli stanziamenti alle Regioni; i ritardi del CIPE che non ha ancora indicato l'ammontare del fondo per il 1977; l'insufficienza degli importi determinati dal CIPE per coprire il costo reale del servizio del biennio 1975-76. Ma il rilievo di fondo riguarda la mancanza o l'inadeguatezza di una precisa volontà politica di superare l'attuale disastrosa situazione finanziaria degli ospedali italiani. Appena si pagano gli stipendi; non si pagano i contributi e i fornitori; si pagano quote insopportabili e in progressivo aumento di interessi passivi. A questo punto bisogna prendere decisioni adeguate e non rinviabili, quali quelle che noi comunisti indichiamo, come abbiamo indicato alla Commissione sanità della Camera dei deputati in occasione dell'audizione del Ministro del tesoro Stammati. Bisogna consolidare il debito pregresso, diciamo il debito accumulato fino a tutto il 1977, programmando l'estinzione negli anni attraverso una rateizzazione dell'ammontare complessivo e stanziare, fin dal 1978, tutte le somme necessarie per mettere a regime, fin dal prossimo anno, il fondo ospedaliero per consentire alle Regioni di programmare realisticamente la spesa, di eliminare gli interessi passivi, di pagare regolarmente i fornitori (il che, fra l'altro, comporterebbe l'eliminazione di elementi di aggravio dei costi che il ritardo nei pagamenti comporta), di mettere in condizioni gli amministratori degli enti ospedalieri di adottare meccanismi di controllo reale e di rigore nella gestione della spesa. L'incertezza e l'affanno continuo per la mancanza dei mezzi finanziari indispensabili sono elementi di grave turbativa che, anziché contenere, come forse qualcuno pensa di ottenere con la politica della lesina, fanno aumentare i costi dell'assistenza ospedaliera. Questi costi sono certamente molto alti, tanto che assorbono circa la metà delle risorse spese per i servizi sanitari, e cioè, già nel 1977, secondo le stesse previsioni del Ministero del tesoro, 5.000 miliardi.

L'importanza economica e sociale della spesa ospedaliera è evidente, ma è altrettanto evidente che le strutture ospedaliere non sono razionalmente ed economicamente utilizzate. Gli ospedali sono un servizio molto costoso e con costi notevolmente crescenti, e quindi da usarsi solo quanto è indispensabile. L'incremento dei posti letto disponibili non porta necessariamente all'avvicinamento o al raggiungimento dell'obiettivo dei posti letto necessari. È provato che anche la disponibilità, oltre ad altri fattori, crea la domanda, e può anche non migliorare affatto l'accessibilità alle categorie che ne hanno più bisogno. L'ospedale — come affermano gli esperti — per essere efficiente deve essere nel posto giusto, della giusta grandezza, con la giusta struttura interna e — ed ecco il punto — deve ammettere solo quei pazienti che lo necessitano e deve dimetterli non appena essi non abbiano più bisogno di cure che solo in ospedale possono ricevere.

Da questo punto di vista bisogna agire, anche come Ministero della sanità, in due direzioni: verso i medici che sono determinanti ai fini anche di questo consumo sanitario (e qui si investono problemi di formazione, di orientamento e di educazione sanitaria) e verso le strutture, sollecitando la creazione di quei dipartimenti di emergenza che tante resistenze trovano specialmente negli ospedali clinicizzati e che potrebbero rappresentare un utile filtro sia per ricoverare il paziente nel posto giusto che per risolvere molti casi che non hanno bisogno di ricovero. Come è il caso di molti pazienti che vengono ricoverati soltanto per fare delle analisi che potrebbero essere eseguite bene anche ambulatoriamente, evitando così che una analisi che può costare 80.000 lire fuori dell'ospedale, venga a costarne dentro 400.000.

Per quanto riguarda la rubrica n. 3, che concerne l'igiene pubblica, c'è da rilevare che il Ministero della sanità ha davanti a sé un vastissimo campo di intervento. Intervenire per salvaguardare l'igiene pubblica significa fare della prevenzione ed agire, quindi, direttamente sia per salvaguardare la salute dei cittadini che per ridurre, nel tempo la spesa sanitaria.

Sono d'accordo col relatore quando invita il Ministero ad associarsi alle campagne, per esempio, contro le malattie infettive. Ma, più che associarsi, il Ministero deve promuovere grandi iniziative che siano di orientamento generale. E qui vorrei notare, per esempio, che il Ministero della sanità non è stato presente o adeguatamente presente nel discorso sui pericoli reali della radioattività in relazione alla costruzione di centrali elettronucleari. Sarà anche giusto quello che dice il senatore Cravero circa la necessità di estendere la rete di sorveglianza della radioattività già promossa e realizzata nell'isola della Maddalena a tutto il territorio nazionale. Ma, a parte la considerazione sulla fragilità dell'osservazione di fronte a pericoli di catastrofi, come potrebbe essere un incidente ad un sommergibile nucleare, bisogna operare per avere una cognizione più esatta possibile dei rischi — sempre presenti in ogni impresa umana — in rapporto all'utilità dell'impiego dell'energia nucleare per fronteggiare le necessità dello sviluppo economico del Paese.

Sempre trattando della rubrica 3, il relatore ha richiamato la necessità di una migliore preparazione del personale medico manifestando la sua « vissima inquietudine », inquietudine che, oltre ad essere vivissima, poichè proviene da un collega medico, è anche molto indicativa e probante. Il senatore Cravero ha detto che « In Italia, purtroppo, si conferisce la laurea in medicina e, quant'è peggio, si consente l'esercizio della professione di medico-chirurgo a giovani che non hanno mai avuto modo di vedere un caso di febbre tifoide, di meningite o di epatite virale ». Ma spesso si esce della facoltà di medicina senza saper fare nemmeno una iniezione endovenosa. È un problema molto grosso, del quale il Ministero della sanità deve farsi carico. Ormai non ci sono più scuse che tengano. Ogni ritardo in questo campo diventa sempre di più una grande colpa anche del Ministero della sanità. L'accordo a sei richiama esplicitamente la necessità di applicare rigorosamente criteri di serietà nello studio e nell'insegnamento. Andiamo a vedere come realmente si studia e si insegna, e ci accorgeremo che spesso — ma del resto lo sanno tutti — prevalgono considerazioni

che con lo studio e l'insegnamento hanno ben poco da spartire. E, in ogni caso, c'è da capovolgere il criterio con il quale oggi si apprende la professione medica, se si vuole affrontare realmente la prevenzione che forse, più ancora che in temute maggiori spese, trova qui il suo più grande punto di forza o di debolezza.

Venendo alla rubrica 4, che ha per titolo le malattie sociali, vorrei dire qualche parola su tre aspetti: l'assistenza agli invalidi, la lotta contro il cancro e la Croce rossa italiana.

Circa gli invalidi, di cui parla il numero 2532, si registra un aumento da 100 a 135 miliardi. Gli invalidi, ancorchè in presenza della nota epidemia invalidante che ha colpito l'Italia e, in modo particolare, certe zone del paese dove sarebbero quasi più gli invalidi dei sani, sono naturalmente, meritevoli di tutta la nostra attenzione. Ed io capisco, per esempio, le spese per l'assistenza protesica. Ma non capisco, e vorrei che mi venissero spiegate, le altre voci. Gli invalidi-invalidi (se uno non è invalido, che invalido è?) sono anche pensionati, e, come tali, godono del diritto all'assistenza « generica, farmaceutica, specialistica ed ospedaliera », tutte voci che ritroviamo in questo capitolo. Francamente non riesco a vederci chiaro e a trovare una giustificazione che, se esiste, deve essere resa, almeno per me, molto più esplicita.

Sulla lotta contro i tumori, della quale si occupano i numeri 2588, 2589, 2593 (contributo al centro internazionale di ricerche per il cancro con sede a Lione), 2595 e 2596, vorrei rilevare che per la lotta contro il cancro non si spenderà mai abbastanza. La conquista della luna, ormai appannata, impallidirà del tutto il giorno in cui questo male oscuro e terribile sarà vinto. « Il problema dei tumori — come dice la nota congiunta PCI-PSI pubblicata il 19 ottobre — in cui una parte preponderante dell'intervento, specie preventivo, deve avvenire a livello del territorio, rappresenta senz'altro un contenuto prioritario se si vuole operare incisivamente per socializzare l'intervento sanitario ». E, come dice il comunicato, « per la complessità dei problemi e l'esigenza della definizione di scelte corrette ed efficaci, soprattutto in ma-

teria di sviluppo organico della ricerca scientifica e di definizione delle iniziative che meglio potranno promuovere un più elevato impegno dell'organizzazione sanitaria nella lotta contro i tumori come uno dei temi prioritari di intervento », si impone la necessità di approfondire il dibattito per la definizione di adeguate linee di intervento.

Fin d'ora, però, a me pare che si possa dire che manca un lavoro di coordinamento tra i vari centri di ricerca. Va da sé che l'autonomia dei vari centri è indispensabile proprio ai fini della ricerca e della sperimentazione.

Ma se non vi è coordinamento vi può essere, e probabilmente vi è, una dispersione di risorse e di energie tecniche, scientifiche e umane. Vorrei a questo proposito chiedere se il Ministro può fornirci delle informazioni sui risultati delle ricerche, sull'impiego dei mezzi e sulla loro corrispondenza o meno alle necessità. E soprattutto quello che si fa in questo campo a livello preventivo nel territorio.

Il Ministro della sanità può e deve dare alle ricerche sul cancro e alla lotta contro i tumori maggiore impulso, vigore e incoraggiamento.

Sulla Croce Rossa il relatore ha già detto cose abbastanza pungenti come quelle che riguardano l'iniziativa del calendario stampato per ricavare fondi con una spesa di 38 milioni ed un ricavo di 37 milioni. Ma la questione di fondo riguarda il destino della Croce Rossa così come è delineato nella legge n. 382 e nel progetto del Servizio sanitario nazionale. In sostanza l'organizzazione dell'associazione dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico dell'organizzazione. I compiti della Croce Rossa dovranno essere determinati in relazione alle finalità del proprio statuto ed agli adempimenti connessi alle vigenti convenzioni internazionali.

In ogni caso, dice l'articolo 27 della legge n. 382, non oltre il 31 dicembre 1979, saranno trasferite alle Regioni le attività sanitarie e assistenziali svolte dall'ente nei settori di competenza delle Regioni, con esclusione di quelle attuate in adempimento di convenzio-

ni internazionali o di risoluzioni di organi della Croce rossa internazionale.

Siamo anche qui, come si vede, in una fase di transizione e poichè si deve « transitare » verso la nuova strutturazione e poichè d'altra parte, l'attività assistenziale in ogni campo viene oggi coperta da altre strutture, non si capisce proprio perchè si deve continuare a spendere venti miliardi l'anno per la Croce Rossa, organismo che chiaramente vive, per la maggior parte delle attività tradizionali, una vita fine a se stessa e al proprio apparato burocratico. Non è obbligatorio aspettare che la pera marcisca del tutto: la si può cogliere e svuotare anche prima.

Circa l'igiene degli alimenti e della nutrizione, dirò soltanto che si impone, oltre al passaggio di competenze alle Regioni e agli enti locali, un coordinamento a livello nazionale, di cui deve essere promotore il Ministro della sanità. Ci sono tante leggi che rimangono inapplicabili, ci sono tanti organismi che dovrebbero occuparsi della materia, ma siamo sicuramente di fronte ad una situazione frastagliata che non permette di operare quegli interventi efficaci e tempestivi che sarebbero necessari.

Una attenzione particolare merita la voce riguardante il servizio farmaceutico, di cui avremo modo di parlare più ampiamente quando esamineremo i preannunciati disegni di legge del Governo sulla nuova disciplina della produzione e del commercio dei farmaci e sul *ticket* moderatore. La relativa rubrica n. 6, destina la fetta maggiore alle « spese per le ispezioni alle officine farmaceutiche » che sono di 24 milioni con un aumento di 6 milioni rispetto all'esercizio precedente. Già il relatore rilevava l'inadeguatezza dello stanziamento in rapporto alle officine da vigilare, che sono per i farmaci 460 circa e per la produzione di presidi medico-chirurgici circa 300.

Questo della vigilanza, se fatta seriamente e con mezzi adeguati, è un aspetto certamente molto importante. Ma a me preme riprendere, perchè sono altrettanto importanti e anzi più importanti dal punto di vista del consumismo e della spesa farmaceutica, altri accenni che ha fatto il relatore, come quello che riguarda l'informazione e l'educazione

sull'uso e sul non abuso del farmaco per il quale il Governo dovrebbe farsi promotore di una iniziativa specifica.

Le cifre sul consumo (o sul consumismo) di farmaci sono ormai abbastanza note e anche in questa occasione sono state ricordate. Troppe prescrizioni, troppe confezioni: l'Italia primeggia in Europa con 15.000 prodotti e 36.000 confezioni. Troppa propaganda per la quale nel solo 1974 le industrie farmaceutiche italiane hanno speso circa 200 miliardi di lire. Non sarà mai denunciato abbastanza l'effetto deleterio di tale propaganda che, prima ancora dell'entrata in funzione del Servizio sanitario nazionale, dovrebbe essere proibita. E credo che in questo senso dovremo muoverci in occasione dell'introduzione del *ticket*.

La sfrenata ricerca della preferenza per il consumo farmaceutico, oltre ad essere terribilmente costosa, finisce per generare corruzione oltre che sfociare in una completa disinformazione dei medici, sia a causa delle distorte informazioni, sia a causa del volume di tali informazioni che finiscono per subissare il medico, disorientandolo e confondendolo. Già nel 1970, secondo una media che è stata fatta, ciascun medico ricevette: 7168 pagine di periodico, 2400 stampati, 3200 saggi; 500 visite di propagandisti. Con tali sistemi si finisce per incrementare il gravissimo fenomeno dei farmaci inutili e delle duplicazioni che si calcola raggiungano il 65/70 per cento.

Arriveremo al *ticket* moderatore e noi non saremo contrari, come abbiamo dimostrato sottoscrivendo l'accordo programmatico a sei; anche se diciamo subito che saremo decisamente contrari — perchè fra l'altro, ma non solo per questo, l'accordo a sei non lo dice — all'applicazione del *ticket* sui farmaci essenziali, sui quali non vi può essere dubbio di abuso consumistico. Ma il *ticket* sarà quasi completamente inutile se non si affronteranno altri aspetti, se — come si dice oggi — non si andrà a ricercare a monte le cause del consumismo farmaceutico. Lì troveremo le industrie e la loro sfrenata pressione propagandistica, ma troveremo anche i medici i quali svolgono sicuramente un ruolo determinante. Si parla molto del guadagno dei

medici e, per esempio, di quanto verranno a costare le convenzioni mediche. Il ministro Stammati, tanto per complicare le cose già complicate, riguardo alla trattativa per le convenzioni ha detto, il 5 ottobre alla Commissione sanità della Camera, che a suo giudizio la legge n. 349 del 1977 andrebbe rivista perchè può essere fonte di spese per il personale.

Si pensi invece — e a questo dovrebbe puntare una robusta iniziativa ministeriale — quanto può far risparmiare allo Stato un'attività attenta, sapiente e oculata dei medici. I medici sono, senza ombra di dubbio — e i colleghi medici che siedono su questi banchi me lo possono confermare — i protagonisti principali del consumo sanitario. Dipende essenzialmente dal giudizio del medico se si deve fare o no un esame del sangue o un esame radiografico; dipende essenzialmente dal giudizio del medico se un paziente deve essere ricoverato in ospedale a 40.000 lire al giorno o può, invece, essere curato ambulatoriamente; dipende dalle prescrizioni del medico una grandissima parte del consumo di farmaci, poichè è certamente ridotta l'auto-diagnosi e l'autoprescrizione.

Come si vede quella del medico è una figura centrale che deve essere valorizzata perchè svolge un ruolo di fondo nel servizio sanitario. È a questo ruolo che bisogna guardare e tendere, uscendo dalle secche dei meschini calcoli economici di convenienza personale nelle quali possono rimanere impigliati anche i medici se manca una iniziativa di largo respiro che punti ad un svolta decisiva sull'educazione sanitaria.

Mi sia concesso ora di aggiungere qualche considerazione sulla rubrica n. 8, riguardante l'Istituto superiore di sanità, del quale riconosciamo tutti la grande importanza. È recentissimo il provvedimento approvato all'unanimità da questa Commissione per il miglioramento del trattamento economico del personale dell'Istituto. Il programma dell'Istituto, ricordatoci qui dal senatore Cravero, è certamente interessante e degno di attenzione e di appoggio. Secondo me il criterio della programmazione delle ricerche deve essere ancora più largamente applicato. Così come deve essere aumenta-

ta la spesa destinata alla ricerca scientifica. I due miliardi e cinquecento milioni che si spendono attualmente corrispondono appena a 250 metri di autostrada. Questo è lo stato della ricerca e della spesa pubblica nel nostro Paese. Uno stato che va profondamente modificato, e il Ministero della sanità deve agire per modificarlo.

Anche alla luce di queste considerazioni, non riesco a comprendere perchè abbiamo, per il personale dell'Istituto, una situazione di fatto che riduce la spesa di 180.749.840, mentre se c'è — io credo — un posto dove il personale è necessario e produttivo, è proprio in un istituto che ha il preminente compito della ricerca scientifica e del controllo. Gradirei in proposito delle spiegazioni da parte del Ministro. Vorrei aggiungere che noi non possiamo condividere quanto detto dal relatore circa gli organismi centrali del futuro Servizio sanitario nazionale. Già il ministro Dal Falco, quando recentemente riferì alla nostra Commissione sul dibattito circa la riforma sanitaria, era stato — almeno così a me apparve — nebuloso e contraddittorio.

D A L F A L C O , *ministro della sanità.*
Forse le ho fatto questa impressione perchè, in effetti, nebuloso era lo stato dei lavori della Commissione.

C I A C C I . Non intendevo dire il contrario. Comunque questa è l'occasione per fare chiarezza. Secondo noi gli organi consultivi centrali devono essere due e non tre, e cioè il Consiglio sanitario nazionale e l'Istituto superiore di Sanità. Non riusciamo a vedere quale utilità tecnica (di compiti tecnici ha parlato il relatore) possa avere un Consiglio superiore di sanità che finirebbe per sopravvivere ad una situazione che andrà profondamente modificandosi con la riforma e con il Servizio sanitario nazionale, che non avrà certamente bisogno di un organismo che fungerebbe da cassa di risonanza di istanze non propriamente congeniali agli scopi e agli obiettivi del servizio. Se vi fosse un orientamento a favore dei tre organismi, si sappia fin d'ora che questo non è il nostro.

Vi può essere invece, e lo voglio sottolineare, l'esigenza di cointeressare e di coinvol-

gere in positivo il mondo medico, nelle sue espressioni sindacali, agli organismi del Servizio sanitario nazionale. Secondo noi questa esigenza va tenuta presente con il proposito di trovare una soluzione adeguata.

Su vari altri aspetti — introdotti dal relatore come *flashes* — sarebbe necessario soffermare ancora l'attenzione. Ma ho parlato già troppo. Altri colleghi riprenderanno certamente altri aspetti interessanti e urgenti come l'applicazione della legge n. 349 per la quale non mancano gli interrogativi: a che punto siamo con il trasferimento alle Regioni delle strutture mutualistiche? Perchè si registra un ritardo, che potrebbe farsi preoccupante, nella definizione delle convenzioni? Quali sono a questo proposito gli ostacoli da superare? Come partecipa il Governo alle trattative? Con quale rappresentanza?

Con grande serietà e a tempi veramente ravvicinati deve essere affrontato il problema delle facoltà di medicina.

La situazione, ha detto il senatore Cravero, è tremendamente seria e sta per scoppiare: 128.000 medici attuali; 190.000 studenti in medicina; 30.000 immatricolazioni all'anno!

Vi è anche qui una distorsione che va eliminata e che non si elimina con la corsa alla quantità, alle modifiche di statuto ed alla proliferazione degli insegnamenti verso la quale è troppo spesso proteso il mondo accademico quando invece non si riesce, come è stato detto, « a preparare il medico a fare il medico ». E non credo che si debba aspettare la conclusione della riforma universitaria anche perchè essa mi pare vada abbastanza a rilento e sarà, nel migliore dei casi, un avvio alla riforma.

Il riordino della facoltà di medicina e delle scuole per il personale medico, anche a nostro parere, non può essere ulteriormente rinviato.

Di fronte a tutta questa gamma di problemi e di esigenze sanitarie appare sempre più chiaramente quanto fossero e siano nel giusto i sostenitori del decentramento alle regioni ed agli enti locali. Ma sbaglierebbe profondamente chi pensasse o temesse una perdita di importanza del Ministero della sanità che proprio dal decentramento e per

il decentramento vede esaltata la propria importantissima funzione nel campo dell'indirizzo generale della politica sanitaria, del coordinamento, della ricerca scientifica ed epidemiologica per dare, con adeguate iniziative, impulso alle attività sanitarie, per vigilare sul corretto funzionamento del sistema e sull'impiego razionale ed efficace delle risorse.

Tutto, cioè, meno che la passività e la routine amministrativa.

B E L L I N Z O N A . Onorevole Presidente, signor Ministro, avevo previsto di fare questo mio intervento partendo da una attenta rilettura della relazione svolta dal senatore Cravero sulla tabella in esame e, comunque, sono facilitato nel suo svolgimento dal fatto che il senatore Ciacci, nella sua esposizione così puntuale ed ampia, ha illustrato ampiamente le valutazioni che sono anche del nostro Gruppo politico in ordine alla situazione sanitaria del Paese che siamo chiamati ad esaminare in occasione del bilancio.

Il mio intervento sarà parziale e coglierà soltanto alcuni aspetti dell'intera problematica e, da questo punto di vista, risulta per me opportuno il richiamo che il senatore Ciacci ha fatto ad una affermazione del relatore e che è bene cogliere in tutta la sua importanza: ancora una volta siamo chiamati ad esaminare un bilancio di transizione!

Ebbene, io credo che tale constatazione, e cercherò di dimostrarlo più avanti, mai come questa volta sia pertinente; e ciò non solo per effetto della legge n. 349 e dell'imminente varo della riforma sanitaria, ma soprattutto in relazione al disposto del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del luglio scorso (decreto di attuazione della legge n. 382) che inciderà in modo sostanziale sulle strutture e sull'entità dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità riportate dalla tabella n. 19.

La spesa sanitaria — e qui posso limitarmi a brevi considerazioni dopo quanto detto dal senatore Ciacci — rappresenta oggi un punto focale della spesa pubblica sia per i suoi effetti, o mancati effetti, sulla salute

dei cittadini, sia per la sua entità che va ben al di là dei 903 miliardi previsti dalla tabella in esame in quanto raggiungerà, secondo valutazioni condivise dal Ministro del tesoro Stammati, i 10.500 miliardi.

Anche nel convegno sulla spesa pubblica tenutosi recentemente a Pavia è stato sottolineato con forza il fatto che la spesa per la sanità ha registrato, dal 1964 ad oggi, costi crescenti a ritmi notevolmente superiori rispetto alla dinamica del prodotto nazionale lordo, a fronte di livelli sempre meno qualificati delle prestazioni.

Pertanto, si pone l'imperativo di controllare, di contenere, di ridurre la spesa operando contemporaneamente per una netta riqualificazione della stessa, eliminando sprechi, incongruenze, duplicità di interventi.

Certamente, numerose sono le cause di questa situazione e non sempre vi è concordanza nella loro individuazione; ciò che invece a me pare trovi generale consenso è la necessità di pervenire rapidamente alla definizione di una politica globale nel campo della salute pubblica.

Il fatto che numerosi Ministeri e una miriade di enti pubblici, parapubblici e privati operino in questo settore con finalità e criteri del tutto scoordinati tra di loro, è alla base dei poco edificanti risultati che si devono registrare sia sul piano della salute che su quello della spesa.

L'istituzione del servizio sanitario nazionale ed il nuovo ruolo che viene assegnato alle regioni ed agli enti locali sono appunto tesi a superare, nell'intento generale, l'attuale insostenibile situazione. Ma, anche su questo punto, mi rimetto a quanto già detto dal senatore Ciacci.

In questa ottica va comunque vista la portata sia della legge n. 349 che del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 anche per quanto attiene al bilancio del Ministero della sanità, ovviamente collocato nel quadro più generale del bilancio dello Stato.

È un aspetto, questo, che mi è sembrato sia rimasto relativamente in ombra nella relazione del senatore Cravero ed io spero di offrire qualche spunto di riflessione per i colleghi e qualche occasione di puntualizzazione per l'onorevole Ministro.

È noto che il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 completa il trasferimento e la delega di funzioni amministrative alle regioni ed agli enti locali, il che comporta, ovviamente, un trasferimento di mezzi finanziari e di personale.

Orbene, se tale constatazione vale in senso generale, vale soprattutto per il Ministero della sanità data l'ampiezza e la portata del trasferimento stesso. Non vi è dubbio che il bilancio di previsione per il 1978 o meglio, la tabella n. 19, non riflette ancora questa nuova realtà. Sono solo 3 i capitoli soppressi in relazione al trasferimento di funzioni; per l'esattezza, i capitoli 2034, 2531 e 2575 per un importo complessivo di 450 milioni.

Credo perciò che tutti assieme dovremmo essere convinti che di ben altra portata ed entità saranno, ai fini di bilancio, i risultati dell'attuazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 616. Il Ministero della sanità cesserà, di fatto, di essere un ministero di spesa per diventare sempre più, come è giusto che sia, un ministero politico, responsabile di tutta la politica sanitaria nazionale, nel senso che dovrà assolvere qualificanti ed impegnativi compiti di indirizzo e coordinamento di tutto il servizio sanitario nazionale.

Poste così le cose — e a me sembra estremamente corretto — anche l'osservazione che il relatore fa sulla ristrettezza del bilancio del Ministero della sanità in relazione al bilancio dello Stato va vista con ben altra ottica. Comunque, per avere presenti gli effetti che l'attuazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 avrà sul bilancio del Ministero, basterà richiamarne gli articoli dal 27 al 34 (costituenti il capo IV « Assistenza sanitaria e ospedaliera »), che determinano le competenze dei vari livelli istituzionali, e gli articoli dal 111 al 133, che fissano le modalità del trasferimento dei mezzi finanziari e del personale, nonché la futura sorte degli enti — pubblici e privati — che operano nel settore che qui ci interessa. Sulla base di queste disposizioni sarà quindi possibile individuare alcuni fondamentali « canali » di trasferimento sia delle funzioni amministrative che dei fondi di

bilancio, individuando anzitutto le somme che devono affluire al « Fondo comune per le regioni » (istituito ai sensi dell'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281) già col bilancio 1978. Si tratterà in primo luogo della soppressione di capitoli di spesa per l'integrale trasferimento di funzioni.

E qui voglio citare solo alcuni esempi: il capitolo 1575, che compare ancora nella tabella 19 e riguarda i « Contributi per l'impianto e il funzionamento dei centri autorizzati alla raccolta del sangue umano, alle trasfusioni e alla produzione degli emoderivati; Contributi per l'incremento della produzione dei derivati del sangue umano non destinati alla vendita; contributi per il funzionamento delle Associazioni dei donatori del sangue; contributi per favorire corsi di aggiornamento per sanitari e tecnici addetti ai servizi trasfusionali; contributi per incrementare gli studi sulla trasfusione del sangue umano e sulla immunoematologia », per un importo di 700 milioni; il capitolo 1577 che riguarda un « concorso nei maggiori oneri derivanti alle province e agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici e centri o servizi di igiene mentale, nonché alle province da cui dipendano istituti medico-psicopedagogici, ai sensi dell'articolo 5 della legge 18 marzo 1968, n. 431 e degli articoli 2, 3 e 4 della legge 21 giugno 1971, n. 515; contributi alle province per le finalità di cui all'articolo 6 della legge 18 marzo 1968, n. 431, per un importo di 23 miliardi 394 milioni; il capitolo 2532 inerente le spese per l'assistenza sanitaria, protesica, specifica, generica, farmaceutica, specialistica ed ospedaliera a favore dei mutilati ed invalidi civili, di cui ha già trattato anche il collega Ciacci, per un importo di 135 miliardi; e il capitolo 2577 — vorrei fermarmi qui con le citazioni — che riguarda i contributi per l'istituzione, l'adeguamento delle attrezzature e il funzionamento di centri per le malattie sociali presso cliniche ed istituti universitari nonché presso istituti a carattere scientifico, per un miliardo e mezzo.

Si tratterà inoltre della riduzione di capitoli per i quali il trasferimento di funzioni è stato parziale. Al momento è per me im-

possibile quantificare il trasferimento, in quanto bisognerà completare calcoli e valutazioni in base ai singoli capitoli. Comunque, da un primo approccio, la dotazione complessiva dei capitoli interessati al parziale trasferimento risulta dell'ordine di un miliardo 400 milioni, una cifra, quindi, non molto impegnativa neanche per la tabella 19.

In terzo luogo si tratterà di capitoli da sopprimere entro il 1978, in quanto gli stanziamenti devono affluire al « fondo comune » per essere ripartiti tra le regioni con i criteri già stabiliti dalle leggi speciali dello Stato che li hanno autorizzati. E questo si evince dalla lettura dell'articolo 126, ultimo comma, e del terzo comma dell'articolo 128 del decreto del Presidente della Repubblica numero 616, ove si afferma che « tra i capitoli soppressi ai sensi del precedente primo comma sono compresi quelli relativi a fondi destinati ad essere ripartiti fra le regioni per finalità previste dalle leggi che li hanno istituiti, con l'esclusione delle quote che tali fondi attribuiscono alle regioni a statuto speciale ». Questo significa, in buona sostanza, che entro il 1978 bisognerà procedere alla soppressione di numerosi e significativi capitoli di bilancio. Voglio ricordare, sempre a mo' di esempio, il capitolo 1576, che prevede uno stanziamento di 10 miliardi 500 milioni per « Contributi e sussidi agli enti ospedalieri, nonché agli ospedali psichiatrici per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e dei servizi di igiene mentale, eccetera ». Mi si consenta di aprire una parentesi: bisognerebbe verificare anche le dizioni di alcuni capitoli, perchè la *routine* e la forza d'inerzia portano anche a perpetuare certe modalità: si prevede infatti questo stanziamento nei casi in cui la quota della retta di degenza non sia sufficiente. Mi sembra alquanto anacronistico, nel bilancio di previsione 1978, parlare di quote di retta di degenza. Questo è probabilmente frutto di inerzia; se questa inerzia dovesse però valere non solo per le dizioni, ma anche per la impostazione quantitativa dei capitoli, certamente le conseguenze sarebbero pesanti. E chiudo la parentesi.

Un altro dei capitoli da sopprimere in virtù della disposizione citata è il 2603: « Fon-

do da assegnare alle regioni per il finanziamento delle attività relative alla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, nonché per la prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza », per l'importo di 3 miliardi 600 milioni.

La cosa più importante è però che uno dei capitoli da sopprimere è il 1578: « Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera », che vede, sia pure limitatamente ai due dodicesimi, una postazione di 625 miliardi nella tabella 19, cioè oltre il 60 per cento dell'intera dotazione complessiva della tabella stessa. Con il trasferimento inevitabile di questa postazione dal bilancio del Ministero della sanità al fondo comune per le regioni vediamo che non è azzardata la mia affermazione iniziale per cui, realizzando i trasferimenti di funzioni, e quindi di mezzi, previsti dal decreto n. 616, il Ministero della sanità cesserà di fatto di essere un ministero di spesa per diventare un ministero di carattere politico, della qual cosa credo tutti ci dovremo rallegrare.

E infine si tratterà di somme che dovranno affluire al fondo comune ai sensi degli articoli 9 e 12 della legge n. 281 del 1970 assegnati direttamente a determinate regioni e dei fondi che dovranno affluire agli enti locali. Va perciò detto che da calcoli fatti, (che andranno ovviamente verificati e precisati), per quanto riguarda la tabella n. 19 si presenta il seguente quadro: capitoli da sopprimere ai sensi del terzo comma dell'articolo 128 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616, 644 miliardi; capitoli relativi a funzioni da trasferire successivamente al 1° gennaio 1978, 200 miliardi su un totale di dotazione della tabella 19 pari a 903 miliardi.

Stando così le cose, acquista tutto il suo peso l'osservazione del relatore, quando afferma che siamo in presenza di un bilancio di transizione.

Il che ovviamente nulla toglie all'importanza e alla necessità del nostro dibattito sulla tabella n. 19, ma ne modifica sostanzialmente, a nostro giudizio, gli obiettivi e — noi auspichiamo — gli sbocchi.

Se non possiamo ignorare, infatti, la portata quantitativa e qualitativa delle ripre-

cussioni del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 sulla tabella n. 19, d'altro canto abbiamo ben presente che l'articolo 134 dello stesso decreto del Presidente della Repubblica n. 616 afferma che le soppressioni e le riduzioni da apportare secondo i criteri che sono ben specificati, saranno determinate per ciascun Ministero entro il 31 ottobre 1977 con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con i Ministri interessati, eccetera. Ora al 31 ottobre mancano cinque giorni e tra non molto, forse prima dell'approvazione del bilancio in Aula, dovremo essere chiamati ad esaminare e discutere le variazioni alla tabella n. 19.

Non abbiamo dubbi, infatti, che il ministro Stammati parlasse a nome di tutto il Governo quando il 12 ottobre, nell'Aula del Senato, affermò che i decreti saranno emanati certamente entro il mese di ottobre. Ritengo che l'onorevole ministro Dal Falco vorrà fornirci alcune informazioni in proposito nel corso del suo intervento. Ed ora mi consenta, signor Ministro, a conclusione del mio intervento, di rivolgerle un'altra preghiera. Poichè nella stessa seduta del 12 ottobre il ministro Stammati affermava anche che da parte delle singole amministrazioni centrali (con riferimento ai singoli capitoli interessati ai trasferimenti) erano pervenute numerose e circostanziate obiezioni « che hanno bisogno di approfondimento », non occorre certo essere maligni per leggere in questa formulazione la rilevanza di certe contestazioni circa l'interpretazione delle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica n. 616. Non vorrei essere frainteso, ma mi pare di percepire che sia in atto un tiro alla fune per mantenere, o comunque tentare di non cedere determinate funzioni. Signor Ministro, le sarò grato se vorrà rassicurarmi sulla piena disponibilità del Ministero della sanità sia a livello politico che a livello di apparati, ad assecondare una piena, tempestiva e corretta attuazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 616, anche per quanto attiene agli aspetti di bilancio, trattandosi di un fatto la cui portata politica supera di gran lunga l'aspetto puramente tecnico.

R A P P O S E L L I . Chiedo scusa alla Commissione del fatto che il mio intervento sarà improvvisato e quindi certamente disorganico. D'altra parte non ero iscritto a parlare questa mattina. Tuttavia essendovi disponibilità di tempo, non ho difficoltà ad intervenire. Il mio intervento si basa su un punto specifico e parte da una considerazione di carattere generale. Dalla relazione del collega Cravero emerge una massa di finanziamenti per il settore della Sanità di 10.500 miliardi. Cioè il bilancio generale dello Stato prevederebbe una spesa per il '78 di 10.500 miliardi per la sanità.

Nel consultare il bilancio generale dello Stato dopo la presentazione al Senato da parte del ministro Stammati, ho notato una gran massa di trasferimenti di fondi alle regioni, ma non sono riuscito a precisarne il volume, forse perchè non ho dimestichezza con le cifre. Registriamo quindi un notevole trasferimento di poteri dallo Stato alle Regioni in attuazione al decentramento, che avviene in due momenti.

Il primo momento è costituito dalla discussione del bilancio. Abbiamo di fronte un bilancio di settore di circa 10.000 miliardi che rappresentano un decimo, grosso modo, dell'intera previsione del bilancio generale dello Stato, il che ci dà le dimensioni dello sforzo finanziario che si sta compiendo nel passaggio delle competenze dallo Stato alle Regioni. Ciò pone di fronte al Governo ed al Parlamento una grave responsabilità in ordine al mantenimento ed all'estensione di una collaborazione che deve avvenire sino da questa fase di transizione, collaborazione del centro con le Regioni che deve avvenire nel pieno rispetto delle prerogative e l'autonomia delle spese.

Questo — però — dal bilancio in esame non appare in quanto sembra che tutto sia rinviato alla riforma sanitaria; non appare cioè affrontato il discorso in merito all'aiuto da dare, da parte dello Stato, alle Regioni in questa fase di recepimento di competenze.

Porto un esempio: nel 1972 è stata trasferita ai comuni parte dell'assistenza ma, da quanto è dato di vedere dal bilancio, nulla è stato previsto per far fronte a questi nuovi

oneri. A questo punto, poichè il problema esiste o se ne deve tenere conto nel bilancio dello Stato, oppure si dovrà far ricorso ad una legge *ad hoc*. Si tratta comunque di un problema da affrontare in quanto esso comporta costi enormi non sopportabili nè dai comuni nè dalle Regioni.

Il secondo momento importante che attualmente il settore sanitario sta vivendo è legato al dibattito, alla discussione in atto presso l'altro ramo del Parlamento sulla riforma sanitaria nazionale. In proposito vi è innanzitutto da osservare che non vi devono essere vuoti, carenze in questo periodo di transizione; il trasferimento di poteri dal centro alla periferia comporta, ovviamente, una diminuzione di competenze al centro ed un allargamento delle stesse in periferia ma le responsabilità del Governo centrale restano e, anzi, son più gravi. Se è vero infatti che si demandano alle Regioni, agli enti locali competenze previste dall'articolo 117 della Costituzione, precisate dalla legge n. 382 e sancite dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616, è anche vero che si tratta pur sempre di materie nuove in merito alle quali gli enti locali avranno la necessità di avvalersi di tutto l'aiuto centrale.

Ad esempio, per quanto concerne il trasferimento di personale alle Regioni è evidente che si tratta di problemi che devono essere seguiti con particolare attenzione dal Governo centrale in modo che vengano date certe garanzie nella mobilità dello stesso particolarmente nell'arco del tempo necessario per organizzare una diversa collocazione nei vari compiti nelle nuove strutture.

Detto questo, passo ad un'altra considerazione di carattere generale che deve richiamarci al valore ed all'importanza che riveste l'esame di questo bilancio.

Se pensiamo che un sesto dei 60.000 miliardi previsti per il bilancio dello Stato per il 1978 rappresenta, come detto dal senatore Cravero, la spesa a favore del Ministero della sanità, ci rendiamo conto che, in definitiva, il settore sanitario grava sul bilancio statale in una misura proporzionalmente considerevole.

Pertanto, nella discussione della tabella 19 dovremmo sforzarci (mi permetto di fare

questa osservazione più a me stesso che agli altri) di stare attenti oltre che alla ripartizione dei vari compiti, funzioni e ruoli, al modo in cui avviene l'integrazione di questi ruoli nell'ambito della nuova realtà che si sta determinando. E qui va detto che pur senza intervenire nelle autonomie delle Regioni, anzi esaltandone le prerogative, bisogna comunque tener conto che lo Stato non può appaltare certi suoi compiti dei quali, in ogni caso, si deve far carico. È affiorato qui il discorso sul trasferimento del personale. Se leggiamo le proposte avanzate dal Comitato delle Regioni per quanto concerne la nuova collocazione del personale degli ospedali e quelle sindacali di rinnovo del contratto di lavoro della categoria degli ospedalieri, e le paragoniamo, ci rendiamo conto della esistenza di differenze piuttosto marcate tra le due posizioni.

Si tratta senza dubbio di contrasti che devono essere sanati e vi è quindi un ruolo che il Governo centrale deve giocare, che non si può pensare di scaricare sul Comitato delle Regioni le quali, pur se esprimono interessi di carattere generale non sgravano con ciò compiti che spettano al Governo centrale. Il Governo centrale, per quanto concerne il delicato settore della sanità, deve svolgere un ruolo importante, ripeto, in quanto deve qualificare le proprie responsabilità certamente su un piano diverso da quello passato.

Abbiamo da questo punto di vista due possibilità di intervento, almeno per quanto riguarda il personale: quella di operare un raccordo sul passaggio dal centro alle nuove strutture decentrate in maniera di organizzare il trasferimento di personale di risulta dagli enti negli ospedali; e quella per cui, se le nuove strutture sono fatte anche per rispondere meglio alle necessità dei cittadini e ad esigenze di sviluppo del progresso scientifico e della medicina in rapporto alle nuove possibilità determinate dal processo tecnologico ed ai riflessi che esercita all'interno dei posti di lavoro e nella società. Si pone a questo proposito la necessità di elevare i livelli professionali del personale dipendente. I sindacati hanno rivendicato una riduzione dei vecchi livelli con una collocazione della professionalità a ventaglio, per qualifi-

che nello stesso livello, in quanto questo risponderebbe meglio alla complessità delle esigenze che la nuova struttura e lo sviluppo della medicina richiedono anche in rapporto alla possibilità di utilizzare all'interno del singolo ente, o di alcuni reparti o settori del singolo ente, lo stesso personale.

Viene con ciò contestata, partendo da questa ottica, la posizione delle Regioni, che a mio avviso rappresenta un consistente passo avanti rispetto al passato, per cui auspico che si possa trovare un punto d'incontro. Il sindacato parte dal fatto che in Italia, su 300 mila addetti, 120 000 appartengono a categorie ausiliarie. Ciò significa che il 40 per cento del personale addetto agli ospedali italiani non ha qualifica, o meglio ha solo la qualifica iniziale, che è quella di « manovale », qualunque sia poi la collocazione del dipendente. Ora, se consideriamo che siamo in presenza di un continuo sviluppo della scienza e della tecnica e della conseguente necessità di accelerare la professionalità degli addetti, vediamo che, rispetto a tali esigenze, questa parte del personale resta dequalificato all'interno degli ospedali. La stessa cosa avviene all'esterno dei nosocomi, per quanto riguarda le professioni libere, mediche o paramediche.

Per quanto riguarda gli ospedali, credo che la discussione debba svolgersi sulle due proposizioni presentate dalle Regioni e dai sindacati, e che il Governo non possa disinteressarsene né fare la parte del mediatore, come spesso fa — e deve anche fare — per risolvere i problemi.

DAL FALCO, *ministro della sanità*. Mi sembra che lei faccia riferimento al contratto degli ospedalieri.

RAPPOSELLI. Alle proposte di rinnovo del contratto. Vorrei sapere se per il Governo questa posizione dei sindacati risponde, da un punto di vista generale, alle esigenze di sviluppo della professionalità all'interno degli enti. Credo che sia le istituzioni regionali che i sindacati dei lavoratori debbano essere aiutati ad avere una visione complessiva del problema, possibil-

mente unitaria, che certo non potrà essere valida una volta per tutte, visto che andiamo verso la riforma, e che quindi avremo altre esperienze da sperimentare sulla base delle nuove strutture che saranno realizzate nel Paese.

Per quanto concerne le professioni libere, emergono una serie di elementi che ormai premono affinché alcune delle cose più urgenti vengano risolte. Si può anche essere in disaccordo sul modo di vedere le questioni, come è accaduto anche recentemente in una discussione sul problema degli psicologi, però bisogna trovare soluzioni il più possibile unitarie. Ho visto con una certa soddisfazione, scorrendo qualche giorno fa le decisioni assunte dalla Commissione della Camera dei deputati che sta preparando i progetti di riforma sanitaria, che l'articolo 30 affronta il problema della scuola per quanto riguarda la qualificazione, la preparazione, la formazione della professionalità e i nuovi compiti circa il ruolo del volontariato. Per assicurare però una politica unitaria in questa materia è necessario garantire un coordinamento dei vari problemi man mano emergenti. Da questo punto di vista sarà opportuno esaminare una adeguata ripartizione dei relativi compiti. Resta però il fatto che, circa la professionalità esterna, siamo ormai ad un punto di rottura per quanto riguarda alcune categorie, come gli ottici e gli odontotecnici: ci sono continue denunce di scuole che sorgono senza autorizzazione, e tuttavia il Ministero ammette questi allievi agli esami, pur conoscendo la loro situazione, per cui una notevole percentuale degli addetti del settore è composta di gente che non ha la qualifica richiesta. Ci sono, ad esempio, molti odontotecnici che fanno i dentisti, perché c'è gente che si rivolge ad essi, e non si può non tener conto di questo fatto. Per quanto riguarda gli ottici, accade la stessa cosa: se la gente ne fa richiesta, significa che la società richiede l'esistenza di queste categorie, il che ne provoca l'allargamento della presenza. Probabilmente con un lavoro di coordinamento, di qualificazione e di formazione si potrebbe anche diminuirne il numero, ma

questo dipende dal ruolo che assumeranno i nuovi presidi sanitari.

Volevo sottolineare, nel concludere, che non abbiamo assolutamente bisogno di un rapporto verticale di ripartizione dei compiti; bensì di un concorso, di una integrazione orizzontale tra Stato, Regioni, Enti locali. È necessario perciò che si determinino livelli di coordinamento e di responsabilità di interventi che possono produrre notevoli impulsi positivi in sede locale.

G I U D I C E . Mi scuso con i colleghi perchè, avendo anticipato il mio breve intervento, quanto io dirò risulterà un poco scoordinato. Sfoglierò le pagine del bilancio e mi soffermerò sulle singole voci, per cui avverrà che cose più importanti saranno trattate dopo altre meno importanti. Il primo capitolo su cui vale la pena di fermare la nostra attenzione è il 1583, che tratta delle borse di studio per l'addestramento e lo aggiornamento del personale tecnico sanitario, da versare alla regione Sardegna. A mio avviso i cinque milioni messi a disposizione non sono sufficienti a raggiungere lo scopo che ci si prefigge. Inoltre ritengo che anche altre Regioni dovrebbero essere messe nelle condizioni di avvalersi di certi contributi, allo stesso fine, anche se mi è stato detto che esistono motivi particolari che giustificano questo stanziamento in favore della regione Sardegna.

Circa il capitolo 1578, che stanziava 625 miliardi come Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, condivido quanto ha già detto a chiare lettere il relatore, cioè che si tratta di una somma insufficiente. E non ho motivo alcuno per dubitare dei dati forniti dal collega Cravero, il quale è un profondo conoscitore dei problemi del settore.

Tuttavia vorrei sottolineare un'altra esigenza di fondamentale importanza: la puntualità nell'erogazione dei fondi. È una raccomandazione particolare che io faccio, perchè a questo capitolo è legato il problema di fondo che agita l'intero settore.

Nota che è stato trasferito il capitolo 2034 riguardante le spese per acquisto di materiale per la lotta contro la malaria, contro

le mosche e gli altri artropodi vettori di agenti patogeni.

Certamente, questa disposizione è obbligatoria in quanto questo campo di attività viene trasferito alle Regioni; il mio augurio è però che non si verificino intervalli temporali negli interventi da attuare in quanto attualmente, purtroppo, assistiamo ad una recrudescenza delle infestazioni con tutte le conseguenze negative, sul piano sanitario, che ben conosciamo. Pertanto, auguriamoci — ripeto — che tale trasferimento avvenga senza soluzione di continuità e con tempestività.

Il senatore Cravero, nella sua relazione, ha proposto di rendere obbligatorio l'esame di malattie infettive per il conseguimento della laurea in medicina; mi rendo ben conto dell'importanza delle malattie infettive avendo io stesso studiato medicina, ma devo aggiungere che non ho studiato questa branca della medicina come materia a sè in quanto le malattie infettive costituiscono un grosso capitolo di più vaste materie e cioè, la patologia medica, la pediatria nonché molte altre materie obbligatorie. Pertanto, pur riconoscendo la rilevanza che le malattie infettive rivestono non vi è — a mio avviso — la necessità di farne oggetto di uno studio, di una materia a sè stante.

L'onorevole relatore ha posto il problema in termini piuttosto drammatici: ci si può laureare in medicina senza conoscere le malattie infettive! Ma devo obiettare che questo non accade neanche oggi in quanto non vi possono essere piani di studio accettati dai quali si possa stralciare la patologia medica nel cui ambito le malattie infettive costituiscono un capitolo importante.

Colgo comunque l'occasione per sottolineare l'esigenza di un profondo coordinamento tra la riforma universitaria e quella della facoltà di medicina. Si è sempre tanto parlato della riforma di tale Facoltà, e ne ha fatto cenno poc'anzi anche il senatore Ciacci affermando che non possiamo aspettare la riforma universitaria nei confronti della quale, a quanto pare, egli non nutre un'eccessiva fiducia!

C I A C C I . La nostra proposta di legge per la riforma universitaria, saggiamente, si intitola « Avvio della riforma universitaria », il che costituirebbe già qualcosa di importante! Noi non nutriamo molta fiducia sulla rapidità dell'*iter* della riforma in esame presso l'altro ramo del Parlamento.

P R E S I D E N T E . Permettetemi di dire che, personalmente, mi sento più vicino alla posizione, alle preoccupazioni del senatore Ciacci che non all'ottimismo del senatore Giudice.

C I A C C I . Come si fa ad essere ottimisti se dopo sei mesi di lavoro si è ancora all'esame dell'articolo 1? È dunque più realistico parlare di « avvio » della riforma.

G I U D I C E . Ciò che comunque mi sembra necessario, al di là di ogni osservazione pessimistica od ottimistica sull'argomento, è il profondo collegamento da tener presente tra la riforma universitaria e quella della facoltà di medicina. Non dimentichiamo, infatti, che la facoltà di medicina è contesa da due Ministeri e deve in qualche modo subire le conseguenze di due diverse tendenze: una che vorrebbe attribuire tale facoltà alla competenza della Sanità e l'altra che vorrebbe invece mantenere tale competenza alla Pubblica istruzione.

Poichè ambedue i Ministeri svolgono un ruolo importante ai fini della riforma della facoltà di medicina un coordinamento tra queste due branche dell'Amministrazione statale è quanto mai necessario per arrivare ad un risultato positivo.

Al capitolo 2577, pagina 18, è previsto un contributo per l'istituzione e l'adeguamento di attrezzature ed il funzionamento di centri per le malattie sociali presso cliniche ed istituti universitari nonché presso istituti a carattere scientifico: ebbene, ritengo che il contributo di un miliardo e mezzo, invariato rispetto al bilancio dello scorso anno, non sia da ritenersi sufficiente. Tuttavia, è molto importante che, qualunque sia lo ammontare di tale contributo, vi sia un coordinamento tra questo intervento del Ministero della sanità e l'operato del Consiglio

nazionale delle ricerche e, in particolare, del Comitato biologia e medicina. Tale coordinamento, come già detto altre volte, è assolutamente necessario perchè — altrimenti — vi sono istituti che ricevono contributi da varie fonti di finanziamento ed altri, invece, che non ne ricevono alcuno.

Tale considerazione mi porta, ancora una volta, a ritenere valido il ruolo che potrebbe svolgere un Ministro che si occupasse della ricerca scientifica coordinando tra loro tutti gli interventi decisi a favore di tale settore.

P R E S I D E N T E . Mi permetta, senatore Giudice, ma tale Ministro già esiste!

G I U D I C E . Esiste il Ministro per i beni culturali ed ambientali con incarico per la ricerca scientifica; la mia proposta sarebbe quella di un Ministro che si occupasse solo di quest'ultima materia che costituisce un capitolo molto importante nella vita del Paese. Naturalmente, sarei favorevole a qualsiasi altra iniziativa si volesse assumere al riguardo purchè ripeto, tendesse al fine di un effettivo coordinamento tra tutti gli interventi che lo Stato dispone a favore della ricerca scientifica.

Al capitolo 2585 del bilancio si fa riferimento alla Croce rossa e, in proposito, sono d'accordo con quanto detto dall'onorevole relatore nonché dal senatore Ciacci: lo Stato dà oltre 21 miliardi a favore di tale ente ed è opportuno che si proceda quanto prima a rivedere le strutture ed il funzionamento.

B E L L I N Z O N A . Se non sbaglio, il contributo dello Stato è di 30 miliardi in quanto lo scorso anno vi è stata una modifica di bilancio.

D A L F A L C O , *ministro della sanità*. Tale modifica è da mettere in rapporto con gli interventi nel Friuli.

G I U D I C E . Al capitolo 3071 si fa riferimento ai contributi alle amministrazioni provinciali per il potenziamento e lo aggiornamento dell'attrezzatura tecnica dei

laboratori di igiene e profilassi in rapporto alla evoluzione della tecnologia alimentare e per l'adeguamento alle effettive esigenze del servizio del personale dei laboratori stessi e dei vigili sanitari. I contributi previsti sono necessari in quanto destinati alle finalità di cui sopra; tuttavia, a me pare che la funzione dei laboratori di igiene e profilassi sarebbe meglio svolta se coordinata, in primo luogo, con le istituzioni universitarie. Molte volte, infatti, si assiste al fatto che ci sono le attrezzature ma non le competenze necessarie e viceversa, per cui un coordinamento con le università potrebbe ovviare a questo grave inconveniente.

Comunque, la soluzione definitiva del problema relativo alla sorveglianza del territorio dal punto di vista dell'ecologia e, in particolare, della tecnologia alimentare, mi pare sia raggiungibile attraverso la creazione di istituti regionali o interregionali di sanità; ho già detto altre volte, e tengo a ripeterlo, che noi abbiamo un Istituto nazionale superiore di sanità a Roma mentre gli altri organismi preposti alla sorveglianza del territorio sono i laboratori provinciali di igiene e profilassi.

I laboratori possono fronteggiare situazioni routinarie, ma non intervenire su situazioni nuove, di emergenza, in quanto possono non avere la competenza necessaria per farvi fronte. Ad esempio sulla situazione verificatasi a Seveso un laboratorio provinciale di profilassi non poteva certamente decidere cosa fare; anche rivolgendosi alla Regione non ci sarebbe stato alcun organismo atto a dare un consiglio di ordine superiore o ad effettuare un intervento scientifico per aiutare il laboratorio provinciale. La questione arriva quindi direttamente all'Istituto superiore di sanità, il quale si trova oberato da richieste che provengono dall'intero territorio nazionale. A me sembra perciò che istituti simili, coordinati dall'Istituto superiore di sanità, debbano essere creati in una prospettiva di evoluzione del territorio per fiancheggiare appunto l'Istituto superiore di sanità e costituire l'anello intermedio tra questo ed i laboratori provinciali di igiene e profilassi, che ne rappresentano la rete capillare periferica.

Il capitolo 3073 parla di « Contributi 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 », per un importo di 20 milioni. È una somma molto piccola: quelli di noi che si occupano di ricerca scientifica sanno benissimo che è assolutamente insufficiente. Anche qui ancora una volta devo ricordare che, a mio avviso, è importante un coordinamento con le altre attività di finanziamento della ricerca scientifica.

Per il servizio farmaceutico sono d'accordo su quanto detto dal collega Ciacci circa l'opportunità della introduzione del ticket, purchè coordinato con la soppressione della propaganda, che non solo fa spendere troppo, ma soprattutto danneggia i pazienti. Un terzo delle epatopatie deriva da farmaci, specialmente dai famosi disintossicanti; non esiste infatti « intossicazione » se non seguita dalle parole: « da mercurio » o altro. Mi sembra perciò necessario insistere ulteriormente sulla indispensabilità di un ridimensionamento drastico della propaganda. Un altro aspetto importante della questione è costituito dalla introduzione dei brevetti: questo rappresenta infatti un passo importante in avanti sulla strada del potenziamento della ricerca scientifica italiana in questo campo, che altrimenti potrebbe ridursi al semplice inscatolamento, con belle etichette, di prodotti acquistati altrove.

Capitolo 4085: « Borse di studio per i veterinari e per il personale addetto al servizio veterinario ». Vale quanto ho già detto: 4 milioni mi sembrano assolutamente pochi, e sempre con la raccomandazione del coordinamento.

È invece importante il contributo annuo a favore degli istituti zooprofilattici sperimentali: 5 miliardi. È un capitolo robusto, e quindi mi pare estremamente importante conoscere — e di ciò faccio richiesta all'onorevole Ministro — quale sia il legame della erogazione a questo titolo con il Consiglio nazionale delle ricerche: desidererei sapere se c'è già e, se non c'è, se è possibile istituire un coordinamento con l'attività del

Consiglio stesso che, ricordo, per l'intero capitolo della ricerca di biologia e medicina dispone di soli 7 miliardi per tutti gli istituti universitari ed extra-universitari.

Per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità, nel capitolo 4505: « Indennità e rimborso spese di trasporto per missioni nel territorio nazionale », c'è stato un piccolo aumento assolutamente benvenuto. Forse lo stanziamento potrà anche non essere ancora adeguato alle necessità, comunque benvenuto l'aumento, perchè i funzionari dell'Istituto sono costretti a spostarsi frequentemente per servizio in tutto il territorio nazionale.

Capitolo 4506: « Indennità e rimborso spese di trasporto per missioni all'estero ». Anche qui si è registrato un aumento assolutamente benvenuto, anche se forse ancora una volta non sufficiente. Pur comprendendo che i fondi sono quelli che sono, a me pare che un Istituto come quello superiore di sanità non possa assolutamente sopravvivere ad un buon livello senza tenersi in stretto contatto con quanto avviene all'estero. Devo ricordare che nel campo della biologia in altre nazioni più progredite si fa mille dove da noi si fa uno: questa è la proporzione. Allora, o c'è uno stretto collegamento con questi paesi o si è tagliati fuori dai progressi della ricerca.

Giusto l'aumento previsto nel capitolo 4535: « Abbonamento, impianto e manutenzione dei telefoni », dovuto alla lievitazione delle tariffe, come è giusto l'aumento per la biblioteca previsto al capitolo 4540. Questa è infatti una delle migliori biblioteche in materia di biologia, e soprattutto di medicina, esistenti in Italia, e poichè i prezzi degli abbonamenti alle pubblicazioni scientifiche sono addirittura triplicati, è necessario adeguare lo stanziamento.

Absolutamente insufficiente è il capitolo 4541: « Spese per congressi, simposi, conferenze e spese di rappresentanza; concorsi a favore di Enti, Accademie, Istituti scientifici per lavori, ricerche, studi e collaborazione effettuata nell'interesse dell'Istituto superiore di sanità », per lo stesso motivo per cui mi sono già espresso circa l'aumento delle spese per viaggi all'estero. Spesso per conoscere una nuova tecnica si scrive, si

leggono libri, si acquistano riviste, ma se fosse possibile, invece, mandare un giovane già preparato, per 15 giorni, in un laboratorio estero dove quella ricerca viene effettuata, si eviterebbe uno spreco di tempo e di denaro, e si avrebbe la immediata acquisizione pratica della tecnica che interessa. Consentire quindi questo tipo di scambi con adeguati finanziamenti mi sembra molto importante.

Vorrei affermare che nell'ambito dell'Istituto superiore di sanità non c'è penuria di finanziamenti nel complesso, perciò si potrebbe pensare ad un eventuale storno, indicando anche l'obiettivo: ad esempio, i finanziamenti attuali sono più che adeguati per quanto riguarda le attrezzature. Altri capitoli che attengono al funzionamento, come quello citato poc'anzi, potrebbero quindi essere incrementati, magari a spese del capitolo attrezzature. Sono d'accordo sul fatto che ci sia in Italia almeno un istituto scientifico che possa permettersi attrezzature adeguate, però queste sono forse un po' sovrabbondanti. Essendoci quindi un'abbondanza di mezzi in questo capitolo, non voglio assolutamente suggerire tagli al bilancio dell'Istituto, ma forse uno storno interno potrebbe essere opportuno.

D'accordo anche sull'aumento per le spese postali e telefoniche: le tariffe relative aumentano, e quindi non c'è niente da fare.

Per finire vorrei dire ancora qualche parola sull'ammontare dei fondi stanziati per la concessione di borse di studio da parte dell'Istituto superiore di sanità.

Credo che il limite di 150 milioni dovrebbe essere elevato per consentire la formazione di nuovi giovani ricercatori. Mi è giunta notizia di un provvedimento in corso di approvazione per aumentare questo stanziamento.

DAL FALCO, *ministro della sanità*.
Il provvedimento cui lei fa riferimento è stato approvato dal Consiglio dei ministri quindici giorni orsono in analogia con altri provvedimenti adottati in precedenza per aumentare gli stanziamenti per la concessione di borse di studio da parte di altri organismi.

G I U D I C E. Accolgo con piacere questa comunicazione.

Prima di concludere, sempre a proposito delle borse di studio, voleva fare un'ultima osservazione che mi riconduce all'opportunità di creare dei centri regionali o interregionali di sanità, che dovrebbero rappresentare un anello di congiunzione tra l'Istituto superiore di sanità e i laboratori, e che risolverebbero alcuni degli attuali problemi. Infatti è vero che gli stanziamenti per le borse di studio sono esigui, ma è anche vero che è molto limitata la possibilità di utilizzare in modo adeguato i borsisti. Questi vengono creati per avere poi a disposizione nuovi ricercatori. Ora, è vero che ci sono dei ruoli ancora liberi nell'Istituto superiore di sanità, ma non si può pensare che tutti i nuovi ricercatori debbano e possano trovare impiego nell'Istituto; essi dovrebbero invece andare a potenziare i vari laboratori di igiene e profilassi, i quali riceverebbero così nuova linfa e ben preparata. Però è difficile che data l'esiguità degli stipendi, un ricercatore romano vada a lavorare nel laboratorio di igiene e profilassi di Messina.

E non si deve permettere che un laureato di Messina chiamato a Roma come borsista dell'Istituto superiore di sanità, sia poi costretto a piantare tutto in asso e a tornarsene a Messina perchè con i soldi della borsa di studio non riesce a sopravvivere.

La creazione di alcuni istituti regionali o interregionali di sanità e l'aumento dell'entità delle borse di studio avrebbero come conseguenza l'utilizzazione piena di tutti i borsisti, i quali avrebbero la possibilità di esercitare in zone più favorevoli come ubicazione e con maggiori mezzi a disposizione. Ci troveremmo allora di fronte ad una spesa maggiore ma che darebbe i suoi frutti, e si eliminerebbe lo spreco di denaro pubblico che abbiamo attualmente, perchè le borse di studio insufficienti finiscono per essere uno spreco in quanto non danno alcun frutto.

P R E S I D E N T E. Con l'intervento del senatore Giudice si esaurisce l'elenco de-

gli iscritti a parlare in questa seduta. Riprenderemo domani il seguito dell'esame della tabella n. 19.

La seduta termina alle ore 11,40.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 27 OTTOBRE 1977

Presidenza del Presidente OSSICINI

La seduta ha inizio alle ore 9,15.

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 1978 (912)

— 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 1978 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Proseguendo nella discussione generale, do la parola al senatore Ruffino.

R U F F I N O. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, un impegno urgente, non rinviabile, mi impedisce di essere presente al seguito del dibattito: di ciò chiedo già sin d'ora scusa ai colleghi e in particolare a coloro che intervengono dopo di me.

Credo di poter affermare che la discussione del nostro bilancio, sia pure limitata al settore di nostra specifica competenza, non possa prescindere da alcune considerazioni di carattere generale e politico che ne costituiscono in qualche misura la base ed il substrato. Non c'è dubbio che oggi ci troviamo ad esaminare il nostro bilancio di previsione per l'anno 1978 in una situazione diversa rispetto all'anno scorso: diversa per

circostanze di carattere economico; diversa per considerazioni di carattere politico; diversa sul piano legislativo anche per gli interventi che nel nostro specifico settore sono intervenuti e per quelli che sono all'esame delle due Camere.

Allorchè, infatti, esaminammo il bilancio di previsione del 1977, ci trovavamo in presenza di una spirale « inflazione-svalutazione » che rappresentava fin d'allora il problema impellente e che costituiva una fonte di gravissima preoccupazione per ciascuno di noi. Nel corso del 1977, però, il disavanzo pubblico è stato contenuto, la bilancia dei pagamenti di parte corrente è tornata in pareggio, le riserve valutarie sono aumentate (e ciò nonostante consistenti rimborsi di prestiti a Paesi esteri), il livello del cambio è rimasto stabile, il tasso di inflazione è sceso dal 25 al 15 per cento nel periodo gennaio-agosto di quest'anno. Ora, questi risultati positivi si sono ottenuti senza applicare strumenti che, in qualche misura, potevano isolare il nostro Paese e senza pervenire soprattutto a quella crescita « zero » del nostro sistema, che per alcuni sembrava inevitabile.

L'attuale situazione peraltro ci preoccupa perchè è caratterizzata da un grave, pesante rallentamento dell'attività produttiva, dall'indebitamento sempre maggiore delle imprese (stamane un giornale accenna al fatto che le industrie non sarebbero più in grado di garantire la possibilità del pagamento dei salari) e quindi dalle conseguenti preoccupazioni per i livelli di occupazione e per la persistente grave disoccupazione giovanile.

Questo è l'aspetto economico che, al limite, potrebbe dare oggi maggiori preoccupazioni di quante non ne desse allora, anche perchè appunto allora c'era, a mio avviso, una certa vocazione psicologica al sacrificio, che forse oggi è venuta meno. Non è il caso, onorevoli colleghi, che io mi trattenga sulla diversità della situazione politica: dal Governo della non sfiducia e delle astensioni si è passati all'attuale accordo programmatico a sei, sia pure contenuto nei limiti e negli obiettivi.

Infine c'è una diversa collocazione e prospettiva per quanto attiene il piano le-

gislativo: basti pensare alla legge n. 349; basti pensare — e sottolineo questo aspetto — alla legge di attuazione della legge numero 382, cioè del decreto del Presidente della Repubblica n. 616, che apre prospettive nuove in senso autonomistico allo Stato, alle Regioni, ai comuni, alle province. Noi della Democrazia cristiana non possiamo non compiacerci che il disegno regionalistico, tracciato dalla Costituzione con lo apporto originale e determinante dei cattolici, venga ora pienamente realizzato. Con lo sviluppo delle autonomie e con il rinnovamento dei poteri centrali noi possiamo contribuire al superamento dell'attuale difficoltà, sempre che accompagnamo la nostra azione con una visione unitaria e sistematica delle linee di fondo della politica economica e finanziaria; di qui la necessità di una razionale programmazione, che sappia indicare le linee di fondo sulle quali muoversi per un ordinato sviluppo del nostro Paese in un quadro rigoroso di priorità, senza dispersioni di energie e di risorse, al fine di conseguire quell'obiettivo che ci hanno indicato il Ministro del bilancio ed il Ministro del tesoro, quello cioè di una ripresa del nostro Paese senza inflazione.

Occorre, quindi, a mio avviso, affrontare con decisione, con coraggio e con coerenza quelli che sono stati definiti dal ministro Stammati proprio ieri, in un incontro che abbiamo avuto, i punti di fuga della spesa pubblica, dalla finanza locale al sistema previdenziale e, per venire a noi, al sistema sanitario.

Su questo aspetto, per la verità, si è già svolta una proficua discussione qui in Commissione allorchè il Ministro della sanità ha avuto la compiacenza di venirci ad esporre le sue interessanti comunicazioni nella seduta del 29 settembre 1977. Egli ci disse allora — mi consenta il ministro Dal Falco di citarlo testualmente — che « si impone una responsabile presa di coscienza da parte di tutti, amministratori, assistiti, operatori, sull'esigenza di contenere la spesa globale entro limiti compatibili con l'attuale grave situazione economica del Paese ». Sempre nella circostanza che ho richiamato, sono state poste in rilievo, in modo opportuno,

le richieste urgenti del Ministro del tesoro, che, prevedendo una razionalizzazione del sistema sanitario ed una sua più adeguata organizzazione, dovrebbero avere, come naturale conseguenza, una contrazione delle spese nel settore della sanità.

Sarà opportuno richiamare alla nostra attenzione il fatto che il Ministro del tesoro ha ribadito l'esigenza che gli assistiti contribuiscano alla spesa mediante il versamento di una modesta quota a loro carico e la necessità di una responsabilizzazione degli operatori del servizio sanitario nazionale a qualsiasi livello.

Il contenimento della spesa servirà, ne sono certo, a riqualificare l'assistenza, che costituisce — non vi è dubbio, direi — la prova della civiltà di un Paese.

Rimane quindi comunque valido l'obiettivo che ci siamo prefissi e che dovremo conseguire — io mi auguro — in tempi abbastanza brevi.

Prima di concludere, vorrei soffermarmi brevemente ancora su tre aspetti della nostra vicenda: il *ticket* farmaceutico; le malattie sociali; Seveso.

Per quanto riguarda il *ticket* farmaceutico, non sarà inopportuno ricordare il contenuto dell'accordo programmatico fra i sei partiti. In esso è detto testualmente: « Per ridurre il disavanzo del settore sanitario si dovrà in particolare ridurre il consumo dei farmaci e razionalizzarlo, applicando nei tempi brevi il *ticket* moderatore, previa ulteriore revisione del prontuario, almeno per un certo periodo, di ogni pubblicità farmaceutica ». Non vi è dubbio quindi che il *ticket* dovrebbe, in qualche misura, frenare l'abuso nel consumo dei medicinali; anche se i benefici finanziari derivanti dalla sua applicazione — ci ricordava il Ministro della sanità — non sono facilmente individuabili. A consumi costanti, essi possono stimarsi infatti attorno ai 250-260 miliardi, pari cioè al 15 per cento della spesa per l'acquisto di prodotti farmaceutici nell'anno 1975.

Ho già manifestato, onorevole Ministro, alcune mie personali perplessità sulla proposta esenzione dal *ticket*, sia pure limitata, nei confronti di determinate e ben individuate categorie di cittadini. Per la verità, l'ac-

cordo programmatico a sei non faceva alcun riferimento a tale esenzione e a tale beneficio. Ebbene, ribadisco in questa sede fermamente questa mia perplessità, ricordando come nel nostro Paese sia inevitabile, per ragioni, al limite, storiche, che la fascia delle ben individuate categorie beneficiarie di alcuni vantaggi tenda a dilatarsi in modo pauroso ed incontrollato. Non vorrei, in altri termini, che con la prevista esclusione dal *ticket* di alcune categorie si ottenesse il perverso effetto di accrescere e di porre a carico della collettività ulteriori più gravosi oneri.

Ieri il ministro Stammati ci ricordava che sono ben 5 milioni e 200.000 i cittadini italiani beneficiari di pensione di invalidità. Io mi sono permesso di ricordare già in altra occasione — ed i colleghi mi perdoneranno se ripeto questa mia considerazione, ma, come si sa, *repetita iuvant* — che ai tempi della leggendaria spedizione dei Mille, allorchè il governo Crispi concesse nel 1890 ai « garibaldini » che vi avevano partecipato la pensione, cioè 30 anni dopo, per cui nel frattempo molti erano morti in guerra ed altri per cause naturali, i richiedenti il beneficio ascesero al numero considerevole di 100.000. Questo lo scrive con grande amarezza Giuseppe Cesare Abba, che aveva partecipato alla spedizione.

Non so, per la verità, nè ho mai accertato quanti siano stati gli effettivi beneficiari di questo trattamento pensionistico.

D A L F A L C O , *ministro della sanità*. C'è un dubbio storico addirittura sulla effettiva consistenza della spedizione: non si sa infatti se i garibaldini fossero mille o meno di mille.

R U F F I N O . Erano sicuramente meno, ma sono apparsi, trent'anni dopo, centomila.

P R E S I D E N T E . Ottocentosessanta, secondo un censimento di uno storico molto autorevole, non italiano.

R U F F I N O . Il che aggrava la situazione, Presidente.

Per quanto riguarda le malattie sociali, registriamo con soddisfazione l'aumento previsto in bilancio, nella rubrica 4, di 35 miliardi. Nella discussione dell'anno scorso il nostro Gruppo aveva presentato un ordine del giorno, primo firmatario il collega Rampa, nel quale erano stati sollecitati interventi del Governo in questo settore. Successivamente il nostro Gruppo presentò anche una interpellanza per stimolare l'attenzione del Governo su questo problema. Siamo lieti che il Governo abbia preventivato come spesa un aumento di 35 miliardi. Auspico anche, e richiamo le considerazioni che ieri ha fatto il collega Ciacci, un adeguato maggiore stanziamento per quanto riguarda la lotta per la prevenzione dei tumori, una malattia veramente grave che turba i nostri animi e per la quale ogni ulteriore stanziamento è particolarmente atteso e gradito.

Infine — e concludo — un accenno a Seveso desidero farlo quale membro della Commissione parlamentare di inchiesta, non tanto per riferire sui primi risultati del nostro lavoro, quanto per rendere una testimonianza. Abbiamo ascoltato nel corso dell'indagine conoscitiva il Presidente della regione Lombardia, che ha manifestato il vivo apprezzamento della Regione per l'attività del Governo in questa drammatica vicenda e in particolare l'apprezzamento della regione Lombardia nei confronti del Ministro della sanità, con cui la Regione e gli enti locali hanno svolto una intelligente ed incisiva azione di collaborazione e di intervento. Mi è parso doveroso concludere con questo riconoscimento, non senza aver prima ringraziato il relatore Cravero per la sua essenziale ed esauriente relazione.

P I T T E L L A. Onorevoli senatori, traspare nella discussione in corso un diffuso senso di malessere, permeato a tratti da pesante rassegnazione, che scaturisce dal contrasto esistente tra la gravità della crisi economica e sociale, le urgenti necessità che travagliano il Paese in ogni settore, e non soltanto in quello sanitario, e l'aridità di cifre che anche quest'anno sono state prefegurate come staccionate invalicabili, entro

le quali, anche se scalpitanti, devono trovar freno gli aneliti di rinnovamento e di risanamento della società. Se in questo clima si sta muovendo il dibattito, trovano spiegazione i toni dimessi con cui si è criticato il bilancio di previsione per il 1978, tabella 19, e la stessa relazione del ministro Stamatì, fatta alla Camera il 15 settembre 1977, nella quale si è chiaramente indicato il dissesto del sistema finanziario in cui viene ad inserirsi la riforma sanitaria. Disavanzo economico di esercizio nel 1977 di 2.550 miliardi di lire, per la sola tutela sanitaria, 1.400 miliardi per il fondo nazionale per la assistenza ospedaliera, 1.985 miliardi per il ripianamento del *deficit* patrimoniale del sistema sanitario al 31 dicembre 1976, 1650 miliardi per l'integrazione del fabbisogno del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera per gli anni 1975-1976, fondi per il ripiano dei disavanzi patrimoniali degli enti ospedalieri al 31 dicembre 1974, cifre da capogiro, che non trovano nell'opinione pubblica alcuna comprensione, a fronte di una salute pubblica peggiorata, di una tutela insufficiente, di un ritardo inammissibile per provvedimenti ormai maturi, di guasti umani e sociali sempre più vistosi.

Queste considerazioni, in aggiunta a quelle politiche già conosciute, inducono alla richiesta inderogabile di razionalizzazione e di rinnovamento del sistema sanitario, e quindi, di rapida approvazione di una legge di riforma che comporti la revisione dei sistemi erogativi, sia per il consumo dei farmaci, sia per la lunga degenza, sia ancora per l'elevato e non comprensibile costo della ospedalità, sia per la riduzione delle malattie in atto attraverso la prevenzione efficace sul territorio.

L'informazione mirata e selettiva, capace di indurre una sperimentazione clinica severa, la revisione dei proutuari farmaceutici, con l'eliminazione delle voci inutili quando non dannose, l'introduzione della brevettabilità di materia prima, oltre che di procedimento, per la produzione dei farmaci, come sostenuto nel disegno di legge presentato dal Gruppo socialista al Senato, la creazione di una coscienza sanitaria nei cittadini, ritengo siano utili elementi su cui puntare per

ridurre drasticamente l'uso dei farmaci e comunque per vietarne l'abuso.

L'opera di prevenzione, articolata sul territorio, non investe le fonti di energia, quelle nucleari in modo speciale, per le quali non è mai troppo avere più prudenza e più senso di democrazia, l'industria chimica, lo ambiente di lavoro in genere, superando i momenti di incertezza e le resistenze di vario genere che ancora si incontrano, quasi che la salvaguardia della salute sul posto di lavoro comporti un carattere sovvertitore nell'attuale sistema produttivo, e per ciò stesso debba essere rinviata nel tempo, le varie fasce sociali, i vari servizi, che agisca tenendo conto dell'esposizione al rischio, e lo studio attento delle modificazioni demografiche, con il responsabile adattamento dell'economia alla trasformazione dei bisogni (il problema degli anziani ed il costo sociale di essi spiegano ampiamente il mio pensiero in proposito), rappresentano molto più che le coercizioni e i controlli elementi sufficienti per ridurre la richiesta di spedalità e soprattutto la lungo-degenza, così negativa per il sovrappeso che essa comporta. Tanto più se si pensa non tanto a imporre la riduzione della richiesta, azione questa che comporterebbe un giudizio selettivo non raggiungibile attraverso l'attuale preparazione e costituzione mentale del personale sanitario, parasanitario e amministrativo del settore, ma invece a contenere la spesa oggi troppo elevata della degenza, ingiustificabile sul piano medico, su quello dei servizi logistici, su quello umano.

Uguale ragionamento può farsi per il settore della psichiatria, dove la volontà politica di abbattimento della legislazione del 1904, il trasferimento dell'azione sul territorio, la ricerca di « spazi di ricovero » nelle comuni corsie degli ospedali generali non ancora è riuscita a scalfire l'enorme interesse che gira intorno agli ospedali psichiatrici pubblici e privati, che tanto spesso trasformano il giorno della vita in tramonto senza domani.

Ho desiderato fare questi accenni per richiamare alcuni obiettivi che, se non raggiunti, rendono sterile ogni pur sincera volontà di rendere produttiva la spesa, crean-

do migliori condizioni di vita nei cittadini. Ma nell'esame del bilancio dello Stato per il 1978, e più ancora della tabella 19, non compare, a mio avviso, un orientamento confortante. Mi soffermerò soltanto su alcuni paragrafi che mi sembrano dare più esplicitamente il senso di ciò che ho affermato.

Capitolo 1576: contributi e sussidi agli enti ospedalieri e agli ospedali psichiatrici per il rinnovo delle attrezzature per lire 10 miliardi e 500 milioni.

Capitolo 1577: concorso nei maggiori oneri derivanti alle province da cui dipendono ospedali psichiatrici e centri di igiene mentale per lire 23 miliardi e 394 milioni.

Traspare con chiarezza la discordanza tra cifre consistenti e servizi prestati. Nel primo caso, un censimento non difficile delle attrezzature esistenti darebbe il quadro della inutilità di ulteriori spese (in ogni ospedale, in ogni laboratorio è dato di trovare casse non aperte di apparecchiature nuovissime, così come è dato di vedere apparecchi costosissimi mai usati per impreparazione specifica del personale, o anche perchè manca la richiesta nell'ambito del quale essi potrebbero essere utilizzati): nel secondo caso uno studio non difficile porterebbe ad escludere « un concorso nei maggiori oneri » perchè, senza ombra di dubbio, ricondurrebbe al giusto numero gli utenti degli ospedali psichiatrici, oggi appesantiti dai cosiddetti « indesiderati dalle famiglie », depositati nei nosocomi, oppure dalla dislocazione in reparto di cura di chi invece per malattia ortofrenica, secondo le norme vigenti, dovrebbe restare in « reparto ortofrenici », con minore spesa perchè coperto da rette differenziate.

Capitolo 1578: fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera per miliardi 625. Il ministro Stammati, nella sua relazione, ha detto che « il fabbisogno dell'attuale sistema mutualistico e ospedaliero, prendendo a base i costi del 1977, è da valutare in 10 mila 500 miliardi di lire ». A questa cifra, già ottenuta impropriamente, senza cioè tener conto della lievitazione di spesa tra il 1977 e il 1978, c'è da aggiungere il costo relativo alla stipulazione della convenzione unica per i medici, cioè quello relativo all'ampliamento indispensabile della prevenzione, e quello re-

lativo alle 1.100 unità sanitarie locali e ai 5.000 distretti sanitari di base.

In considerazione di questa previsione di spesa e dei fabbisogni sociali che ad essa si riferiscono, mi sarei aspettato di trovare nel bilancio la voce del finanziamento.

Essa però non c'è. Si trova nel bilancio la voce riferibile ai 2/12 e cioè 625 miliardi. I 4.400 miliardi, per i quali non ci sono leggi di competenza, sono nella massa spendibile degli 80 mila miliardi che rappresentano una cifra che va oltre la spesa di cassa dello Stato che si aggira intorno ai 59 mila miliardi.

Bisogna inoltre tener conto del fatto che 2.000 miliardi dei 4.400 finalizzati alla spesa ospedaliera saranno spendibili solo se verranno accesi i mutui; con l'esperienza dell'anno 1977 vien fatto di credere che probabilmente saranno spesi 625 più 2.400 miliardi, mentre non saranno spesi i 2.000 miliardi soggetti a mutuo per la loro spendibilità.

Dalla massa spendibile bisogna trarre i soldi per attuare la legge di riconversione e di ristrutturazione industriale già approvata, quelli per tener fede alla legge del Friuli, altri soldi per dare copertura alla 382, e così via, cioè si stabilirà una contesa in relazione alla priorità che renderà estremamente difficile una scelta, nonostante ogni nostra appassionata azione.

Di fronte a questa situazione economica ed anche a questa sottovalutazione da parte del Tesoro della spesa sanitaria, non può apparire appagante il giudizio di transizione del bilancio dato dal relatore; chè anzi, emerge, a mio avviso, un indirizzo di costrizione su binari prefissati, che non solo obbligherà alla inefficienza il sistema, ma porterà inesorabilmente all'ulteriore deterioramento del tessuto sociale e della crisi.

L'opinione dei socialisti in proposito rimane quella di dover giungere attraverso una analisi globale dei bisogni sociali ad un tetto di spesa, non, invece, di costringere la spesa entro un tetto prestabilito; derivando, dalla valutazione delle somme da spendere, l'urgenza dei provvedimenti di controllo della spesa pubblica, non settoriali e disancorati dalla realtà, come quello con-

cernente il cumulo, ma di più ampio respiro, di maggiore giustizia sociale, con finalità produttive e quindi intesi alla ripresa vera degli investimenti.

Capitolo 2585 e capitolo 2586, concernenti i fondi da erogare alla Croce rossa. In proposito faccio mie le osservazioni che sono venute in questa Commissione dal senatore Ciacci e dal senatore Giudice sulle quali non ritorno.

Capitoli 2588 e 2589, concernenti contributi contro i tumori. Non si può non sottolineare l'incongruità delle somme previste a fronte dell'enorme incidenza sociale della malattia tumorale e della sua traumatica estensione. La cosa è ancor più stridente se si guardano le modeste cifre che si intendono impegnare per lo studio, la ricerca, il controllo della salubrità e la difesa dell'igiene dell'ambiente e dell'abitato, (capitolo 2038 per lire 450.000) per le borse di studio nel campo delle malattie sociali (capitolo 2578 per 73 milioni), per il controllo degli alimenti (100 milioni) e infine per la stessa ricerca scientifica che non può essere affidata esclusivamente all'Istituto superiore di sanità, certamente qualificato e meritevole, ma nella impossibilità a mio avviso di svolgere un'azione omnicomprensiva dello scibile sanitario senza le dovute articolazioni sul territorio.

Esistono valori che non hanno bisogno di valutazione per occupare il primo posto nella scala delle priorità; uno di questi è certamente la integrità fisica e psichica; per essa ogni azione deve essere compiuta, ogni sacrificio diventa giustificato.

Onorevoli colleghi, ho voluto esprimere con questo mio intervento l'angoscia che preme di fronte ad una previsione di bilancio che si muove nella logica del passato, che non consente la certezza di un moderno e civile sistema di sicurezza sociale, nonostante il Paese richieda una terapia rapida per l'emorragia delle risorse pubbliche e una più realistica sensibilità circa i problemi sociali; ma ho inteso anche riaffermare la volontà del Partito socialista di continuare la lotta per vincere una battaglia di alto valore umano, civile e sociale.

B O M P I A N I. Signor Presidente, onorevole Ministro, vorrei anch'io — molto brevemente — partecipare a questa discussione sul bilancio del Ministero della sanità che, condotta con molta serietà e precisione tecnica da parte di vari colleghi, si avvia ormai alla conclusione.

Vorrei sottolineare in maniera particolare quella parte dell'ottima relazione dell'amico Cravero che riguarda la riforma dell'insegnamento della medicina: vi si fa riferimento in due punti diversi. Una prima volta per esaminare la particolare disfunzione settoriale riguardante l'insegnamento, sovrabbondante per lo studente, di materie complementari e la correlata dispersione dei docenti in incarichi di insegnamento per materie che in realtà interessano e formano più lo specialista che non il medico di base, discipline cioè destinate alla fase di « secondo grado » della istruzione medica più qualificata. Una seconda volta per dibattere, sia pure molto rapidamente, la tematica della necessità di una riforma degli studi di medicina e l'introduzione anche nel nostro ordinamento, come del resto in quasi tutti i Paesi, del numero programmato.

Credo che questo argomento, sebbene non sia di stretta competenza del Ministero della sanità, presenti senz'altro dei collegamenti importanti e non eludibili con la gestione della sanità pubblica e quindi non possa essere ignorato dalla nostra Commissione. Peraltro, abbiamo espresso più volte nel passato la nostra disponibilità ad affrontare, assieme ai colleghi della Commissione pubblica istruzione, la tematica stessa, e la stessa disponibilità manifestiamo oggi.

Se riteniamo che lo scopo fondamentale della riforma degli studi di medicina sia quello di preparare un personale sanitario più adeguato alle finalità che si propone il servizio sanitario nazionale, è necessario che anche noi della Commissione sanità esprimiamo il nostro punto di vista su tale argomento. Fatte queste premesse, ed entrando nel merito, io credo che non si possa migliorare nella qualità questo personale, cioè renderlo più preparato ai compiti che riteniamo propri del Servizio sanitario nazionale, se non riconduciamo anzitutto a di-

mensioni più agibili il rapporto docenti-discenti; cioè se non riduciamo il numero di allievi affidato a ciascun docente, oggi veramente straripante e tale da non consentire un buon insegnamento. Ma ciò non può farsi solo aumentando il numero dei docenti o delle sedi di insegnamento; dobbiamo anche riequilibrare il numero degli addetti al Servizio sanitario nazionale, sia nella fascia del personale paramedico (oggi carente) sia nella fascia di personale laureato (presto esuberante) alle reali esigenze della nazione.

Il relatore non ha trascurato di considerare il fenomeno preoccupante del progressivo aumento — di anno in anno — delle iscrizioni alla facoltà di medicina, se confrontato alle iscrizioni ad altre facoltà nell'ambito dell'università. Quest'anno, pur non essendo ancora chiuse le iscrizioni, siamo per la medicina al 18 per cento del totale.

Ora, affrontando questi problemi, dobbiamo considerare da un lato l'esigenza di garantire al cittadino il diritto ad una libera scelta del suo avvenire, ad una preparazione professionale adeguata e ad una vera libera professione, ma dall'altro abbiamo anche una reale esigenza di proteggere la salute pubblica, esigenza che si fonda sulla necessità che coloro i quali si dedicano alla medicina abbiano una preparazione professionale adeguata ai compiti che sono chiamati a svolgere nella società.

Quindi, il cittadino deve essere difeso da una pleora di medici che non abbia caratteristiche tecniche di una buona professionalità.

Per queste ragioni, l'introduzione del numero programmato viene vista con favore, io penso, da quasi tutte le parti politiche, perchè è una risposta a questa esigenza della collettività; inoltre, per noi, non rappresenterebbe altro che un adeguamento al modo di comportarsi delle altre nazioni europee ed extraeuropee che ne hanno già da tempo riconosciuto l'esigenza. Sotto questo aspetto, pertanto, non si dovrebbero incontrare difficoltà di principio, non superabili.

Bisogna poi considerare molte altre esigenze che, oggi, si prestano nell'ambito di una possibile iniziativa legislativa di rifor-

ma degli studi medici universitari. Ne accennerò alcune.

Innanzitutto, l'inserimento nel programma formativo, non solo dei corsi di specializzazione ma — in qualche misura — anche di laurea, di quel personale ospedaliero che sia idoneo all'insegnamento. Questo per consentire un periodo di contatto con realtà assistenziali — che fanno parte dell'insegnamento pratico — degli studenti in quelle sedi (per esempio gli ospedali regionali), ove la gestione della medicina applicativa sia riconosciuta altrettanto qualificata come nelle sedi universitarie; si potrebbe in tal modo fare fronte alle esigenze della pleora didattica, almeno sino a che i benefici effetti del numero programmato non siano realizzati.

Altra esigenza è quella di recuperare adeguatamente la dimensione della « ricerca » nell'ambito dell'università, perchè il personale delle facoltà di medicina, purtroppo oberato oltre misura di compiti didattici ed assistenziali (che interessano ovviamente l'università in primo luogo nella finalità formativa degli allievi), è distolto dal tradizionale e glorioso ruolo di ricercatore: e la ricerca spesso langue nell'ambito dell'università proprio per la impossibilità di far fronte in termini di tempo a tutte le necessità.

L'adeguamento al modo di comportarsi delle altre nazioni europee, di cui parlavo prima, richiede, come primo atto, che si riconosca la necessità di tener distinti due corsi di laurea. Il primo è destinato alla formazione del medico di base; un medico che riceva meno nozioni specialistiche come quelle che riceve oggi ed abbia invece una migliore formazione globale di tipo internistico con una maggiore estensione verso la medicina preventiva. Qualche nozione di tipo chirurgico generale non deve mancare; ma certamente vale il principio che tutto ciò che corrisponde nella realtà assistenziale di oggi ad un servizio altamente specialistico va tolto dall'ambito della formazione primaria del medico e va travasato invece nell'ambito delle scuole di specializzazione.

Un secondo è il corso in laurea in odontostomatologia e qui vorrei motivare un certo personale disaccordo con la proposta, ascoltata poco fa, di una valorizzazione della pro-

fessionalità degli odontotecnici attuali, per portarli a livello di laureati in odontostomatologia. A mio parere si tratta di due formazioni professionali diverse anche sul piano qualitativo. Ben venga la laurea in odontostomatologia, non venga invece una promozione sul campo degli odontotecnici od odontoiatri.

Continuando nella rapida carrellata sui problemi della riforma della facoltà di medicina, certamente si potrebbero dire tante altre cose. Per quanto riguarda, ad esempio, lo stato giuridico dei docenti ed il modulo di aggregazione, che indubbiamente sarà di tipo dipartimentale.

Dovremmo anche delineare il modello del dipartimento biomedico e medico clinico, che vorremmo istituire; ma non insisto, perchè tutto questo fa riferimento piuttosto alla tematica generale della riforma universitaria. Dirò solamente che, fermo restando lo inserimento nei compiti assistenziali (evidentemente ineliminabile) del docente medico, non può non tenersi presente anche la necessità di considerare lo stato giuridico del docente medico nella visione generale della riforma universitaria. Riforma che, come tutti sapete, è in fase di discussione in Comitato ristretto della Commissione pubblica istruzione e procede, sia pure con la cautela imposta dal confrontarsi delle divergenti ipotesi, e che sicuramente arriverà al suo traguardo.

Vi è ancora un'altra esigenza che a me sembra interessante richiamare: la necessità di recuperare ai veri compiti istituzionali il personale tecnico universitario non docente inserito nelle facoltà di medicina. Oggi questo personale troppe volte viene adibito, anche in conseguenza di leggi settoriali, a compiti che non sono strettamente universitari ma assistenziali, e ciò con grave pregiudizio per la potenzialità propria dell'università, che è quella didattica e di ricerca.

Va considerata anche in modo più adeguato, e senza indulgere a polemiche o tentativi di sopraffazione, tutta la tematica relativa alle convenzioni tra università e Regioni. Oggi, non più soltanto con l'ente ospedale, ma anche con la Regione va introdotto un criterio di collaborazione più stretta e

funzionale delle facoltà di medicina: ma deve apparire chiara l'esigenza di trovare un modulo che ci consenta di considerare sempre come « sovrane » le due autonomie, l'universitaria e la regionale, e però di individuare un collegamento, sotto forma di convenzione obbligatoria (modulo che andrà studiato di concerto fra il Ministero della pubblica istruzione e quello della sanità). Deve essere offerto sempre più spazio all'università nell'ambito non solo dell'assistenza nosocomiale, ma anche dei programmi regionali di controllo sanitario sul territorio, di formazione del personale paramedico di livello superiore e così via.

A questo proposito, vorrei chiarire che è molto importante che la formazione di un certo tipo di personale paramedico di livello superiore, che sta cioè tra il paramedico di base ed il laureato e che possiamo individuare nel « diplomato » universitario, venga ancora attribuita all'università, proprio per la qualificazione generale più elevata e l'interdisciplinarietà degli studi che sono necessari per la sua formazione; e mi riferisco a figure accolte presso quasi tutti gli altri Paesi europei. L'ostetrica, ad esempio, viene sempre formata dall'università: anche se può avere una base di preparazione nell'ambito della scuola infermieristica, il tempo destinato alla professionalizzazione tipica si svolge presso istituti universitari, ed è bene che così rimanga stabilito.

Lo stesso discorso si potrebbe fare per tecnici qualificati, destinati a maneggiare strumenti molto sofisticati. E quindi si inserisce molto bene il discorso che ha fatto il senatore Pittella, in ordine alla scarsa preparazione professionale attuale del personale addetto a strumenti anche di largo impiego, come gli elettrocardiografi.

Lo stesso discorso, infine si potrebbe fare anche nei confronti di nuove categorie di tecnici destinati, ad esempio, alle rilevazioni statistiche: cioè di « diplomati » che gestiscano i dati epidemiologici raccolti nell'ambito dell'ospedale, del territorio, eccetera; categoria che oggi non esiste, ma di cui sentiamo la necessità.

Personalmente, non vedo come — in questa tematica — si possa intravedere una

conflittualità irrisolvibile fra i compiti delle Regioni ed i compiti dell'università; si tratta infatti di affidare compiti formativi particolari a strutture didattiche dotate di un potenziale didattico qualificato, tramite apposite convenzioni, stipulate fra Regione e università.

Ritengo quindi che se consideriamo da un lato l'esigenza delle Regioni e dall'altro la offerta che può avanzare l'Università per la formazione di questo personale, si può arrivare ad un accordo soddisfacente per tutte e due le parti, senza alcuna riduzione di prestigio da parte di alcuno e senza alcuna vanificazione dei compiti fissati dalla legge 382. A me sembra che, in questo contesto, potrebbe nascere in maniera felice un progetto globale di riforma degli studi medici universitari ai tre livelli: diploma, laurea, specializzazione. Rimane infatti da discutere, brevemente, il problema delle specializzazioni. Anche in questo caso esistono tendenze divergenti e proposte nuove: non ignoro, ad esempio, l'esistenza di un disegno di legge presentato dal Gruppo comunista nel giugno di quest'anno, quindi piuttosto recentemente, alla Camera dei deputati, che affiderebbe tutto alla competenza delle Regioni.

A me pare, tuttavia, che due compiti fondamentali, cioè la formazione dello specialista, ed analogamente il diritto a partecipare ad un dispositivo, per così dire, di educazione ricorrente del personale sanitario di formazione universitaria, non possano essere sottratti all'università. Ciò non toglie, peraltro, che si possa programmare il numero degli specialisti da formare ogni anno e per tutto il territorio nazionale, secondo un criterio diverso da quello attuale: non si tratterebbe più, cioè di fissare il numero dei discenti sul semplice rapporto fra la struttura ed il numero di letti a disposizione della struttura universitaria.

Si potrebbe fare, insomma, così come è previsto per quanto riguarda il numero programmato degli studenti in medicina, una programmazione del numero degli specialisti che occorrono per tutto il territorio. In questo contesto, tenuto conto della natura prevalentemente pratica dell'insegnamento

che deve essere impartito allo specializzando, possono essere con maggiore larghezza introdotti docenti di carriera ospedaliera ed inserite le strutture ospedaliere esistenti nel territorio, in una programmazione regionale dell'azione della scuola di specializzazione. Non ritengo però che si possa rovesciare completamente l'ottica e dire: le scuole di specializzazione passano sotto la gestione diretta delle Regioni; e neppure: vengono istituiti dalle Regioni dei « corsi » di specializzazione, secondo le necessità, ad esempio, un anno sì ed un anno no, con l'affidamento di un numero *x* di allievi ad una *équipe* di docenti scelti direttamente dalle autorità regionali.

Questo mi sembra un rovesciamento assoluto ed inaccettabile delle posizioni, che tra l'altro non è utile proprio ai fini della vera formazione mentale, direi, di livello superiore, che dovrebbe conseguire lo specialista. Non si può prescindere dalla sua frequenza nell'ambiente dell'università, ove può trovare interdisciplinarietà, maggiore critica ed in generale più ampia disponibilità di strutture di ricerca ed assistenziali: questo periodo di frequenza potrà essere meglio disciplinato e — a rotazione — alternato con la frequenza presso sedi ospedaliere.

Ecco quindi che, se si convenisse unanimi sul concetto di collaborazione, anzi di « corresponsabilizzazione » fra la struttura universitaria da un lato e quella regionale dall'altro, attraverso l'adozione di programmi ben stabiliti, ma fermo restando che la responsabilità primaria della formazione dello specialista rimane all'università, si potrebbe trovare facilmente l'intesa e si potrebbe portare avanti, nell'ambito della riforma della facoltà di medicina, un punto di accordo.

Ho desiderato sottolineare, oggi, questi aspetti forse non strettamente inerenti alla discussione del bilancio del Ministero della sanità, perchè ritengo che anche in questa occasione non si possa non prendere coscienza della esistenza di tanto urgenti e gravi problemi e non si possa non dichiararsi disponibili ad affrontarli, a livello eventualmente di Commissioni congiunte, per portarli finalmente a soluzione.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Bompiani per aver sollevato un problema che, nonostante non sia strettamente inerente alla discussione sul bilancio per il 1978, deve starci a cuore e del quale ci prenderemo cura nel senso di cercare di accelerare l'*iter* di una eventuale riunione congiunta.

R A M P A . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, indubbiamente si nota in giro qualche malessere, anche se non direi che si tratti di sottolineare ad ogni pie' sospinto — come purtroppo si è fatto ora — la nostra angoscia; il che evidentemente porterebbe davvero a dare il senso di una anche non voluta rassegnazione.

Avendo occhio al dibattito e cercando di prevedere in qualche modo, senza presunzione quanto il senatore Merzario dirà per il suo Gruppo insieme ad altri colleghi che ancora volessero parlare, vorrei dire che in questa Commissione non si è manifestato nessun senso di rassegnazione nei confronti di un bilancio che ha in sé, per la verità, un qualche fatalismo, nel senso che, come in ogni altro bilancio, una volta presentato, resta difficile poter giocare, al « gioco » sia pure interessante — perchè tale sarebbe — delle modificazioni delle tabelle e delle voci, delle trasposizioni di somme per bisogni ritenuti prioritari rispetto ad altri ritenuti meno importanti.

Io non trovo dunque rassegnazione alcuna in quanto è stato detto finora, compreso l'ultimo autorevole intervento del senatore Bompiani su un tema che ci sta particolarmente a cuore: lo prova, per la verità, il fatto stesso che tutti gli oratori abbiano compiuto lo sforzo di collegare le critiche, a volte molto puntuali, ad alcune voci più significative della tabella in esame, voci prospettiche, per altro — rispetto alla staticità ed alla fissità del bilancio — con valutazioni di più vasto respiro che non hanno investito soltanto i temi della cosiddetta legge di riforma sanitaria, ma sono andate anche oltre, affrontando problemi strutturali di largo respiro. Ebbene questo, secondo me, è espressione di una precisa volontà politica.

E non è un fatto insignificante che tale volontà sia stata espressa finora da tutti i gruppi. Non vi è dubbio che non esistono gruppi che di tale volontà non siano portatori. Perciò ritengo che, quando il relatore Cravero ha definito quello al nostro esame un « bilancio di transizione », non ha espresso un giudizio riduttivo di tale bilancio, ma lo ha collocato nella sua giusta realtà e prospettiva.

Si può forse osservare, in attesa di alcune tabelle, che il Tesoro aveva preannunciato, di correzione alla impostazione del bilancio, che esso è stato compilato solo prima del momento in cui sono state approvate alcune leggi relevantissime che prevedono trasferimenti di competenze specie nel settore della sanità, per cui sarebbe stato opportuno tenerne conto fin da questo momento, anche in termini di indicazione di spesa. Se però non ricordo male, in linea generale le funzioni sanitarie trasferite ai comuni lo sono state con un riferimento specifico all'attuazione della riforma sanitaria e ad una scadenza entro la quale, evidentemente, il bilancio dello Stato, per quanto riguarda anche la sanità, dovrà assumere una diversa struttura. Per ora siamo stati costretti ad operare in un ambito oggettivamente limitato, tanto che il Ministro stesso pare abbia avuto la preoccupazione di dover preparare un bilancio puntuale, ma costretto in questi limiti; un bilancio che riflette, tutto sommato, la vecchia struttura su cui la nostra critica può legittimamente esercitarsi, anche se il nostro impegno quali che siano le riserve che esprimeremo, deve invece essere quello di guardare avanti. Il bilancio del 1979, ad esempio, non potrà — se la riforma sanitaria giungesse in porto, come noi auspichiamo — non essere un bilancio radicalmente diverso, che tuttavia dovrà avere come caratteristica prioritaria quella di accompagnarsi ad una diversa struttura dello stesso Ministero della sanità. E poiché avevamo promesso a noi stessi di legare in qualche modo i nostri interventi in sede di bilancio alla relazione che il Ministro gentilmente e puntualmente ha fatto, per nostra richiesta, sullo *status* della riforma sanitaria, sui contenuti e le prospettive in cui

essa ormai si sta concretando anche in forza di un'espressa e vasta volontà politica, alla Camera dei deputati, credo sia forse opportuno spendere alcune parole su qualche tema che riguarda più la prospettiva che non la contingenza.

Ad esempio, uno dei temi essenziali sui quali finora non ho sentito porre l'accento, anche se fuori di quest'aula il discorso è abbastanza attivo, è quello della ristrutturazione del Ministero. Io credo che, se l'onorevole Ministro vorrà darci nella sua replica qualche indicazione su questo argomento, senza con questo pretendere che si possano avere ricette pronte per un tema così complesso, si compirà un atto di chiarificazione verso noi stessi dal punto di vista del discorso politico e, più generalmente, per la prospettiva su cui ci sentiamo impegnati. Vorrei perciò dire al collega Pittella, che ha effettuato un intervento molto sensibile, che occorre pensare in tempo utile alla riforma del Ministero e degli organi che sono definiti, di volta in volta, in maniera diversa da come li definisce la legge, (e si potrebbe disquisire su questa terminologia e su ciò che essa significa, perchè, probabilmente, non si tratta soltanto di un fatto nominativo). In questo quadro è necessario, a mio avviso, giungere alla affermazione di una volontà politica, possibilmente unitaria, che individui finalmente per gli interlocutori istituzionalmente primari, come le Regioni e, ancor più rilevantemente, i comuni, che sono ormai titolari, dopo la legge 382, di funzioni, quasi totali, nel campo della gestione della salute, il preciso punto di riferimento costituito sì dall'Autorità centrale ed attualmente dal Ministero della sanità, ma tenendo conto che il discorso in prospettiva è più problematico: vi è infatti chi fin d'ora ne propone la soppressione per uno speratissimo Ministero della sicurezza sociale. Altri tende ad affermare che il Ministero dovrebbe essere ridotto sostanzialmente ad un Ministero « politico »; il che farebbe dubitare che questo organismo, così come è attualmente strutturato, per i suoi troppo scarsi strumenti possa diventare ciò che invece viene auspicato con convinzione; convinzione alla quale, evidentemente, noi ci associamo an-

che con questo nostro discorso, che fra l'altro non è di oggi perchè è stato anticipato con qualche coerenza, finora inappagata, da parte della Democrazia cristiana, sia al Senato, nel precedente bilancio, che ripetutamente alla Camera dei deputati nella precedente legislatura.

Noi abbiamo cioè ritenuto, e riteniamo, che non sia possibile pensare ad una politica sanitaria nuova, all'altezza dei tempi, all'altezza della domanda sociale di garanzia della salute dei cittadini — per esprimersi con degli *slogans* — se non si provvede alla riforma globale delle strutture essenziali del settore socio-sanitario. Nè è pensabile che l'auspicata riforma del Ministero, e quindi la modificazione strutturale del suo bilancio in chiave politica, oltre che di gestione della spesa sanitaria che sarà nuova e diversa, e che sarà necessario riconoscere alla competenza diretta dello Stato, possa essere surrogata da interventi come quelli operati dalla 382 che, per aver trasferito competenze ai comuni, ha finito per sopprimere alcune Direzioni generali in modo del tutto burocratico ed anomalo per essere efficace e funzionale rispetto alle dichiarate esigenze. Mi sembra di ricordare, ad esempio, che uno dei settori così colpiti sia stato quello della Direzione generale veterinaria, il che può anche interessare poco, se guardiamo al presente; ma certo interessa estremamente se, in ipotesi, nella politica della prevenzione volessimo finalmente comprendere, come il senatore Giudice ha auspicato, la politica della nutrizione e dell'alimentazione, e quindi tutto il processo che va pure governato non certo soltanto a livello dei comuni e delle Regioni, anche se con la loro collaborazione, e che probabilmente resta al fondo delle nostre preoccupazioni. Un processo che non è governato oggi in Italia in modo adeguato, e per il quale non esistono soltanto le pur gravi e tragiche nubi di Seveso o di Manfredonia, ma esiste una nube « strisciante a terra », una nebbia costante, di ogni giorno che penetra attraverso l'alimentazione non corretta, o, addirittura, dannosa nel fisico, « nella vita » dei cittadini italiani, determinando nuove patologie, a volte addirittura ignote

alla scienza: fenomeno, questo, di fronte al quale non basta certamente aumentare la voce del capitolo di competenza, ad esempio, della lotta contro i tumori! Io credo che il primo ad essere lieto di potere aumentare questa « voce » sarebbe il Ministro Dal Falco, e non penso che vi sia uomo che non si ponga tale problema. Ma voglio dire che, anche se aumentassimo tale voce in un modo che potesse apparire adeguato, non avremmo operato che poco o nulla in questo campo, dove invece credo che a monte — più che a valle! — sia necessario intervenire. E così, di fronte a questi e ad altri problemi del tutto aperti e sempre più pressantemente proposti dalla scienza, dall'esperienza, dalla stessa opinione pubblica, non è pensabile che un'autorità di Governo — che non potrà che essere ancora, per qualche anno, il Ministero della sanità, il quale dovrà dirigere, sia pure con tutta la partecipazione desiderata ed auspicata, il servizio sanitario nazionale, che è nazionale e non solo pubblico; che non sarà « pubblico e federalista », e non sarà « pubblico e comunale », ma sarà il servizio sanitario « nazionale » — possa svolgere adeguatamente quella opera di promozione, di coordinamento, di controllo che gli viene istituzionalmente e politicamente richiesta senza potenziare al proprio interno strutture che oggi, nonostante la buona volontà dei dirigenti politici del momento, e, nel caso specifico, del ministro Dal Falco, o nonostante la generosa disponibilità di pochi funzionari ministeriali, non sono certamente all'altezza della situazione.

Non vorrei inoltrarmi in altri temi, per insistere su questo che, del resto, presuppone ed accoglie l'esigenza fondamentale di garantire capacità strutturali al Ministero della sanità perchè possa diventare, in nome dell'Autorità centrale — anche in questo caso, con tutte le possibili collaborazioni, ma in forza di una propria rinnovata responsabilità autonoma — il Ministero che possa e sia in grado di dirigere il futuro Servizio sanitario nazionale. Su questo non si può tergiversare! Ad esempio, come sarebbe altrimenti possibile una campagna programmata e permanente di educazione sanitaria a tutti i livelli, degli operatori, dei cittadini

e — perchè non dirlo con molta lealtà? — degli stessi operatori della gestione della sanità pubblica? Questo infatti è forse il più grande problema politico che abbiamo dinanzi a noi, più ancora che questa o quella soluzione tecnica di alcuni aspetti della riforma sanitaria. Ritengo che certamente le Regioni debbono svolgere il loro compito, così come certamente debbono svolgere il loro compito i comuni e i consorzi e le associazioni — dice la legge n. 382 — dei comuni domani costituiti in unità sanitarie locali. Ma come è pensabile che lo Stato, anche attraverso la propria articolazione amministrativa, centrale e periferica, non debba proporsi una programmazione di educazione sanitaria, vastamente intesa, che diventi, nel quadro della programmazione generale, veramente il condizionamento vitale della politica della salute in Italia? E ciò, per dare concretezza ai propositi anche in termini finanziari ma, al di là dei termini finanziari, in termini di corresponsabilizzazione di ogni istituzione e di ogni comunità, di ogni cittadino agli sforzi che tutti dobbiamo fare e che non riguardano evidentemente — come si è detto — soltanto il citatissimo settore dei farmaci? Il nostro discorso in questo momento è molto più vasto, e propone una strategia per la salute cui lo Stato non può abdicare neppure per insufficienza di strutture e di mezzi. Certo non dimentichiamo neanche il citatissimo settore dei farmaci. Basterebbe invocare l'articolo già votato, alla Camera dei deputati, in ordine alla propaganda, alla pubblicità e soprattutto alla « informazione » scientifica che dovrebbe essere controllata e promossa dal Ministero della sanità. Basterebbe pensare soltanto a quest'altro decisivo compito ed alle conseguenti responsabilità politiche ed amministrative per rendersi conto che si apre, nel vasto campo dell'educazione sanitaria, quest'altro ruolo di responsabilità dell'Autorità centrale, che il Ministero oggi potrebbe sì esercitare, ma certo in modo non sufficiente e non adeguato, nonostante l'impegno politico, per la carenza non solo degli strumenti operativi, ma anche delle strutture portanti.

Ecco perchè, in sede di bilancio, noi, come Gruppo, crediamo di dover insistere per un « nuovo » Ministero della sanità anche se ora siamo costretti, onorevole senatore Bompiani, a rappresentare anche i nostri colleghi che in questo momento, e ce ne dispiace un poco, sono assenti: il che, peraltro, non diminuisce, non dico la nostra autorevolezza, ma la nostra possibilità di esprimere consapevolmente dei giudizi e delle opinioni, che sappiamo essere concordi, anche perchè sono stati più volte manifestati. Naturalmente ciò comporterà, con molta probabilità, un ripensamento di altri organi attuali dell'Amministrazione della sanità nel Paese, sia del Consiglio superiore di sanità, sia dell'Istituto superiore di sanità. Ed a questo proposito, non già per rifare una legge che è ancora recente e che, forse, non viene ancora del tutto applicata, ma perchè — secondo l'auspicio che ho colto qui, a volte più chiaramente, a volte più larvatamente — l'Istituto superiore di sanità dovrebbe rispondere alle responsabilità onnicomprensive che dovrebbe avere nel campo che tuttavia la legge in qualche misura ha limitato, bisognerebbe che si articolasse o a livelli regionali, o a livelli interregionali, o a livelli comprensoriali.

Questo non è un tema indifferente, perchè non può essere visto a sè stante: esso infatti va considerato in un quadro di risistemazione, di rifondazione, se volete, del Ministero della sanità, che consenta al Ministero stesso di essere concretamente ed autorevolmente il più alto livello della struttura che stiamo creando, il servizio sanitario nazionale, e quindi delle risposte che progressivamente esso dovrà dare al Paese e ai cittadini.

Non sono temi facili. Basterebbe pensare, per esempio, al fatto che, mentre qui si auspica l'articolazione territoriale dell'Istituto superiore di sanità, nel momento in cui si discute il tema della prevenzione e della sicurezza negli ambienti di lavoro e nel territorio, alla Camera si è espresso un parere che noi non possiamo disattendere, se non altro come punto di riferimento per le nostre riflessioni. Si tratta infatti, dell'idea di un Istituto centrale della sicurezza e del lavoro, probabilmente autonomo, capace di

affrontare in termini scientifici, tecnologici ed operativi, secondo le leggi dello Stato, secondo lo spirito e la lettera della legge n. 382, la complessa materia di fronte alla quale non si può prescindere, in termini di ricerca e di applicazione, anche da ampi collegamenti europei e mondiali (Seveso ce lo dimostra e il dibattito che si è svolto alla televisione ieri sera sulle centrali termonucleari può essere un metro per riflettere più approfonditamente su di essi). Ci sembra, perciò, difficile propendere contestualmente per organismi diversi, prevedendo contestualmente l'espansione periferica degli uni mentre prevediamo la creazione centralizzata di altri. In questo campo bisogna procedere con molta gradualità e coerenza e prima di manifestare tanta varietà di idee anche all'esterno, magari in impegnate battaglie politiche varrebbe la pena, per quello che riguarda noi in questa sede, che cogliessimo l'occasione offertaci dal Ministro dalla recente relazione e riprendessimo, dopo l'esame del bilancio, quel dibattito programmato, per settori, con cui probabilmente potremmo fare mente e chiarezza sui singoli temi.

Cito soltanto per memoria tra questi temi quello sottolineato, con la sua nota competenza e passione dal senatore Bompiani; un tema su cui non si sono avute finora tempestive risposte da parte del Governo: il problema della facoltà di medicina. Credo sia molto interessante constatare che alcune parti politiche hanno presentato disegni di legge che riguardano le scuole di specializzazione e che altre iniziative probabilmente verranno presentate sulla formazione del personale paramedico. Chi non sa quanto sia necessario che al riguardo si provveda? Ma che cosa potrà significare, al limite, tutto questo se non avvieremo prima quel confronto che in Parlamento, finora, non è mai avvenuto?

In Parlamento non si è mai discusso di questi problemi in termini seri e globali. Personalmente ritengo, per esempio, che questa discussione sia imposta da due motivi: l'uno è il rischio che, concorrendo o pensando di concorrere alla soluzione del problema della

formazione dei medici e dei paramedici superiori con disegni di legge parziali, possiamo essere distolti alla fine dall'obiettivo globale che è costituito invece dalla riforma e dalla ristrutturazione della facoltà di medicina del tutto correlate. L'altro è il rischio di dovere attendere e non so per quanto — pur contro i nostri progetti anche di ordine politico e di strategia democratica — l'approvazione della riforma universitaria, se è vero che, secondo la prassi abbastanza frequente in questi tempi in cui il Parlamento affermerebbe la propria «centralità», il disegno di legge del Governo è stato completamente accantonato per dare modo al Comitato ristretto di reinventare, sulla base della proposta governativa e dei testi presentati dalle varie forze politiche, un nuovo testo di riforma universitaria. E mi si diceva proprio ieri che il Comitato ristretto è fermo sull'articolo 1, o poco più, del suo cammino.

Questo impone a noi di approfondire il problema del rapporto tra riforma universitaria e riforma della facoltà di medicina che, certo, non può non tener conto delle linee politiche generali della riforma universitaria stessa; ma non dovrebbe tuttavia impedirci di affrontare il tema della ristrutturazione della facoltà di medicina in termini cronologici contestuali, e non subordinati, al nostro preciso dovere di portare avanti la riforma universitaria.

In questo senso, rivolgendomi al Ministro della sanità di cui voglio riconoscere la sensibilità, vorrei pregarlo di spendere, se lo riterrà, nel quadro della collegialità del Governo, tutta la sua autorevolezza perchè, superando alcune comprensibili difficoltà che non sottovalutiamo, sul problema si apra il dibattito tanto auspicato. Anche perchè ritengo che il tema non interessi soltanto i presidi delle facoltà di medicina, ma interessi tutti e il movimento studentesco, nelle sue espressioni più democratiche, e al limite, anche in quelle espressioni contestatrici, ma non violente, che, sebbene provochino in noi fastidio ed angoscia quando si manifestano, molto probabilmente trovano se non la loro origine, certo qualche giusti-

ficazione, nella carenza di iniziative del Governo e del Parlamento.

Mi sembra allora che il problema debba essere da noi assunto come problema generale nella sua globalità, anche se ci fa piacere ricordare che i presidi delle facoltà di medicina (come risulta) hanno insistito collegialmente con lo stesso Ministro della pubblica istruzione perchè finalmente il progetto di ristrutturazione delle facoltà venga presentato al più presto. Questo è indubbiamente un segno di sensibilità; ma analoga attiva sensibilità noi ritroviamo nelle altre componenti universitarie e nelle stesse Regioni che, nella misura in cui noi saremo carenti, certamente promuoveranno iniziative non sempre riconducibili ad unità. Non è possibile infatti che la Lombardia, il Lazio o le altre Regioni prendano iniziative rispetto al problema dell'assistenza sanitaria e, in correlazione con tale competenza se ne astengano sul problema della formazione e della educazione permanente del personale non medico e, persino, del personale medico. Ma qui potremmo incorrere nell'incongruenza di decentrare responsabilità che anche per le loro correlazioni di natura scientifica non possono essere decentrate senza correre il rischio di disaggregarne la natura ed i contenuti.

Non dico che alla scienza ed alla formazione non possano concorrere con le proprie riflessioni ed esperienze, con il proprio atteggiamento, con l'apporto dei propri talenti anche i cittadini, le loro associazioni e le costituzioni di base tanto più in un sistema sanitario in cui, gradualmente, il cittadino diventerà protagonista e gestore del sistema stesso. Ma non è possibile che certe funzioni siano scoordinatamente promosse ai vari livelli, creando così molto probabilmente una molteplicità di « centri di iniziativa » e quindi una maggiore spesa (il senatore Pittella giustamente se ne preoccupava) e, soprattutto, disfunzioni progressive e scarsa produttività.

Non voglio aggiungere altro, se non una riflessione su una affermazione che il senatore Pittella ha fatto: si è parlato di spese per la sanità; sono del parere che bisogna dire anche in questa Commissione che se i

nostri lavori hanno una scarsa eco per la verità rispetto ai lavori delle altre Commissioni nei canali di comunicazione sociale, questo è un altro dei limiti ai quali istituzionalmente si dovrebbe provvedere. Non si può, da una parte pretendere di creare una mentalità adeguata alle responsabilità che il servizio sanitario nazionale comporta e, dall'altra, non fare nulla perchè anche a livello istituzionale non vi sia una eco, quanto meno una corretta diffusione nel Paese di quanto la sanità fa rispetto ad altri settori che questa eco invece trovano in modo addirittura eccessivo.

Bisognerà dire che il tetto fissato dal Ministro del tesoro non sarà sufficiente. Io non credo che lo siano i 10.500 milioni di cui si dice.

Considerati i 10.500 milioni a consuntivo 1977, più le spese previste e fisse (contratto ospedalieri, convenzioni uniche), più l'aumento prevedibile per il 1978 della spesa ospedaliera, meno, se si vuole, alcune previsioni di entrata dovute in questo caso non tanto ad una compressione della domanda quanto ad una limitazione degli sprechi, ad una razionalizzazione della spesa attuale — perchè mi pare difficile comprimere la domanda se non nel campo dei farmaci, dove ogni sforzo va assolutamente compiuto —, considerato tutto questo, mi pare che l'unica cosa che resti da fare sia dire chiaramente alla gente, da forze responsabili quali siamo, che per realizzare la riforma sanitaria, tenendo conto del quadro generale, non bisogna che avere il coraggio di percorrere un cammino molto lungo, complesso, difficile, costoso e inizialmente non privo di rischi. Per cui quando, a nome del Partito socialista, il senatore Pittella afferma che bisognerebbe rovesciare la logica attuale, e, anzichè fissare un tetto di spesa, un *budget* nel quale razionalizzare e programmare la spesa attuale, fin dal 1978 bisognerebbe « fare l'inventario dei bisogni sociali », e poi ai bisogni sociali, o socio-sanitari « correlare il tetto di spesa », io credo che veramente si affermi qualcosa di importante, ma come una prospettiva che non è certo vicina!

Se guardiamo la realtà del Paese, dobbiamo chiaramente dirci che questo tipo di

impostazione potrebbe far correre il rischio di creare un pessimismo ancora più grave di quanto non si registri attualmente, perchè bisognerebbe dover dire ai nostri concittadini che la linea esatta è quella della identificazione di tutti i possibili bisogni socio-sanitari, per i quali bisognerebbe poi fissare un tetto di spesa che non potrebbe essere assolutamente reso disponibile. In verità ciò vorrebbe dire sottrarsi, oggettivamente, all'altro discorso di responsabilizzazione del Paese, discorso che comporta sacrifici che, purtroppo, verranno pagati da chi già troppi ne ha sopportati. E bisognerà avere accortezza perchè questo avvenga il meno possibile! È però un discorso che va fatto, in un momento come questo, anche se la nostra speranza è di ribaltare questa logica per poter approdare invece ad una linea di strategia politico-sociale che non si riesce a far emergere ora nell'attuale condizione del paese.

Tuttavia, mentre — al contrario di avvenistiche tesi — si parla di necessario sacrificio, mentre i partiti riconoscono, con l'accordo a sei, che bisogna riuscire a contenere e, comunque, a coprire la spesa sanitaria anche con un'articolata partecipazione finanziaria dei cittadini, non bisogna poi che i provvedimenti che nascono da questo impegno programmatico, e che devono essere assolutamente tempestivi perchè siano efficaci, senza pregiudicare ulteriormente la situazione illustrata anche dagli interventi di altri colleghi (situazione ospedaliera, spese del fondo, ecc.), abbiano un sapore meramente fiscale. Ad esempio, l'accordo a sei stabilisce che bisognerà concorrere anche col *ticket*, e poi recita, se ben ricordo: « previa limitazione della propaganda ». Posso dare atto che il Ministro della sanità era personalmente favorevole, e si è personalmente battuto in questo senso, perchè sulla fascia dei medicinali essenziali il *ticket* non fosse posto. Questo derivava non certo da una logica ragionieristica a rovescio, bensì da una giusta sensibilità per le decisioni prese in riunioni di Governo e in Parlamento quando, definendo essenziali alcuni farmaci, noi imboccavamo una strada che finora non era mai stata intrapresa nel nostro Paese, dove

qualunque farmaco veniva fatto apparire come essenziale. Avendo adottato questa distinzione, noi corrispondevamo anche a precise esigenze di responsabilizzazione non soltanto del consumatore o dell'operatore sanitario, farmacista o medico che fosse, ma della stessa autorità centrale. Oggi, invece, abbiamo avuto sentore che anche la prima fascia verrà coperta da un *ticket*, sia pure fisso e minimale! Il che rovescia la logica che ci ha guidati. Ma di queste cose discuteremo.

Ci interessa invece sapere, soprattutto nel momento in cui noi ponessimo il *ticket* a carico dei consumatori, quali che siano le modalità tecniche, se questo potrà servire a ridurre il consumo dei farmaci e ad impedire, quindi, anche peroccpanti manifestazioni di patologia da farmaci che gli scienziati ci dicono essere particolarmente diffuse e gravi. Se, per esempio, in questo disegno di legge dovessimo cogliere il senso, se non la lettera, delle decisioni già prese, con il positivo consenso del Governo, anche in sede di Commissione sanità della Camera per quanto riguarda l'informazione scientifica, e soprattutto per quanto riguarda la propaganda e la pubblicità, credo che il provvedimento che andremmo a varare perderebbe in qualche modo, pur conservando la sua efficacia, il significato fiscale che potrebbe essere interpretato, ancora una volta, come tendenza a colpire i cittadini assistiti perchè « a reddito fisso » e introdurrebbe, invece, in questa scelta, un comprensibile momento di rinnovamento e di cambiamento.

Intendo riferirmi alla limitazione della propaganda e della pubblicità, alle modalità tecniche dell'informazione scientifica che potremmo varare subito, pur tenendo conto anche delle realtà di carattere economico ed occupazionale che non debbono tuttavia essere preminenti sui problemi più generali della salute. Se dovessimo modificare in tale senso il disegno di legge sul *ticket* con un atto che nel Parlamento e nel Governo (almeno per quanto riguarda il Ministro della sanità) non dovrebbe trovare opposizione, credo che presenteremmo al Paese una scelta in linea con la riforma sanitaria.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, di « voci » e di tabelle, certamente si doveva discutere, trattandosi di approvare o non il bilancio. Ed anzi sono io che mi scuso con il Presidente e con la Commissione se di « voci » specifiche non ho trattato, pur facendo mie (come testimonianza dell'intenzione) le giuste critiche venute da alcune parti per quanto riguarda gli stanziamenti per la ricerca scientifica, per gli handicappati e per altre esigenze qui poste con decisione.

Ma ho preferito non fare tale trattazione proprio per dare prova che se certo malesere non ci abbandona, nulla consentiamo alla rassegnazione, alla contingenza; per dare prova della volontà politica che, del resto, ci ha trovati spesso accomunati fra noi e nel sostegno personale e politico al Ministro che sappiamo avere bene operato pur nella ristrettezza delle sue possibilità di azione dovuta al quadro politico generale. Io credo che questa volontà sia di tutti; basti pensare alle scelte fatte insieme per approvare leggi tanto rilevanti: la legge numero 386, che è stata una notevole legge di riforma, anche se pone oggi dei problemi tutt'altro che superati nonostante le attese del legislatore e delle regioni; la legge n. 349, che ha rappresentato uno sforzo unanime, malgrado le resistenze che ci vennero in quel momento e che oggi sembrano in via di superamento, anche in relazione al tema della libera professione tanto caro al collega Pinto, che lo ha difeso giustamente, anche se ritengo più coerente non indulgere sulle sottolineature tecniche che al collega Pinto sono care, per insistere sul suo significato nel quadro di valori e di orientamenti generali. Noi prendiamo atto di questo superamento (che sembra in corso, tra l'altro, in modo autorevole, anche da parte comunista) di alcune precedenti resistenze e perplessità in ordine a talune richieste che venivano avanzate per quanto riguarda la libera professione dei medici e la collocazione del medico nel quadro globale della riforma.

E ne prendiamo atto proprio perchè anche in precedenza, non dico che siamo stati lungimiranti, ma abbiamo valutato realisticamente le cose proponendo con la legge

n. 202 (poi n. 349) un comitato centrale che associasse Governo e regioni per guidare e gestire la fase di transizione, sia pure attraverso atti irreversibili, quale quello relativo agli enti mutualistici, ma proponendo anche le « convenzioni uniche » che rappresentavano un passo avanti sulla via della riforma. Ciò facendo eravamo e siamo impegnati tutti a contenere le richieste di ordine finanziario che non devono oltrepassare quei limiti sui quali abbiamo riflettuto, perchè debbono tener conto del quadro generale dei sacrifici che chiediamo al Paese.

È inutile ricordare altre leggi che abbiamo insieme approvato. Torno a dire che quando si vuole, anche al di là delle nostre ispirazioni ideologiche, senza venir meno ai nostri principi, ai nostri modelli ideali di società, alla nostra insopprimibile identità, vi è la possibilità di realizzare incontri che sono risolutivi e, spesso, rinnovatori. E direi che l'obiettivo finale che occupa gran parte del nostro impegno in Parlamento e nel Paese, qual è quello della salute e della qualità di vita dell'uomo, è tale da richiedere il massimo delle convergenze.

Non è questa una retorica conclusione di un modesto, affrettato intervento. È, invece, una sincera riaffermazione di volontà politica del Gruppo democristiano.

M E R Z A R I O . Vorrei soltanto sollevare una questione inerente alla tabella n. 19 e che richiede una precisazione ministeriale. E ciò è possibile perchè ci siamo dati una settimana di tempo per favorire una risposta meditata del Ministro.

Non occorre, sulla base degli interventi, essere dotati di particolare malizia per intuire che siamo in presenza di un bilancio che assomiglia un poco al gioco degli specchi sovrapposti per le ragioni già evidenziate da alcuni colleghi. Ora, mentre discutiamo questa tabella è in corso un rimaneggiamento da parte del Governo della struttura contabile del bilancio di previsione per l'anno finanziario 1978, e noi avremo la cosiddetta legge finanziaria la settimana prossima quando purtroppo il dibattito si sarà concluso. Attraverso depennamenti e trasferimenti di

alcune centinaia di miliardi, tra una settimana cambierà la destinazione. Il nostro settore, come ne uscirà, in quale misura sarà intaccato? Questa è la prima domanda; ma nello stesso tempo io chiedo: quale disponibilità finanziaria effettiva avrà il Ministero?

Alludo ai residui passivi calcolati al 31 dicembre 1976 e sui quali non entro dettagliatamente nel merito. Probabilmente molte voci saranno impiegate nel corso di questo anno 1977. Arriviamo già, secondo i dati contabili, a qualcosa come 193 miliardi di residui passivi che corrispondono ad un quinto della spesa prevista nella nostra tabella. Noi chiediamo all'onorevole Ministro (non per pignoleria ragionieristica) se può fornirci la prossima settimana un quadro più aggiornato quanto meno per le voci più consistenti e soprattutto per gli interventi nel campo sociale, che assommano a 186 miliardi.

Pur essendo d'accordo con quanto diceva il collega Rampa, nel senso che dobbiamo guardare più alla prospettiva che alla contingenza, credo tuttavia che la nostra richiesta sia corretta, al fine di ridurre almeno la sfasatura di un dibattito che rischia di apparire sballato nell'arco temporale entro cui stiamo discutendo. La settimana prossima dovremo avere informazioni esatte sulla disponibilità finanziaria del Ministero e quindi sui residui passivi che sono fermi ad un anno fa, per vedere come la legge finanziaria può toccare il nostro settore e per rendere più attuale e « vero » questo dibattito.

P I N T O . Signor Presidente, onorevoli colleghi, questo bilancio quasi ci riporta indietro nel tempo: leggendo questo bilancio, infatti, si ha l'impressione che di riforma sanitaria non si debba addirittura parlare e comunque si ha l'impressione che per il 1978 non se ne farà nulla. Questo è lo stesso bilancio che io ricordo di avere esaminato quando sono stato eletto la prima volta senatore nel 1968. Sembra che... non sia cambiato nulla.

D A L F A L C O , *ministro della sanità.* È un bilancio repubblicano, è un bilancio storico.

P I N T O . È vero che c'è qualche capitolo nuovo come il 1578, concernente il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, ma è anche vero che è proprio qui che si vede l'inconsistenza degli stanziamenti. Viene ancora portata in bilancio infatti la somma di lire 625 miliardi come necessaria per il finanziamento del Fondo in questione. Qui si è detto — e non abbiamo motivo di non crederlo — che nel 1978 si prevede una spesa ospedaliera di circa 10.500 miliardi.

D A L F A L C O , *ministro della sanità.* Non è esatto: la cifra di 10.500 miliardi è una valutazione globale della spesa sanitaria effettuata dal Ministero del tesoro.

P I N T O . Evidentemente ho inteso male. La spesa ospedaliera comunque supererà certamente i 4.500 miliardi; io mi domando pertanto se noi ci rendiamo conto di che cosa significa introdurre questa sfasatura nei relativi finanziamenti. È evidente infatti che gli ospedali continueranno a funzionare fino a spendere non la somma di 625 miliardi, ma la somma di 4.500 miliardi. I soldi pertanto se li faranno anticipare dalle banche, ad un costo del 20 per cento circa: in tal modo si regaleranno all'Associazione bancaria 1.000 miliardi. Ora, due sono le considerazioni da fare, a questo punto: o vi è un deliberato intento politico di favorire il settore bancario attraverso la corresponsione sistematica di rilevantissimi interessi, o vi è un errore.

Comunque sia, è necessario effettuare un finanziamento particolare, al quale prego il Ministro di provvedere al più presto extra bilancio: gli ospedali infatti debbono essere pagati, in quanto non è possibile farli funzionare costringendoli a ricorrere a quei forti indebitamenti che tutti sanno quanto costino alla collettività.

Un altro capitolo nuovo rispetto ai bilanci degli anni precedenti è quello relativo alla assistenza degli invalidi civili *ex lege* n. 118 del 30 marzo 1971; ebbene, lo stanziamento previsto per il 1978 per questo capitolo pari a 135 miliardi è certamente insufficiente, così come è stata insufficiente la somma prevista per l'anno in corso. Noi infatti ci dob-

biamo rendere conto che, purtroppo, attraverso questo capitolo di spesa, dobbiamo provvedere anche all'assistenza degli anziani che hanno avuto un *ictus* cerebrale o una malattia debilitante, i quali vengono abbandonati nei luoghi di cura a carico del Ministero della sanità. Pertanto, quando lo stanziamento previsto per il capitolo relativo all'assistenza degli invalidi civili si è esaurito, questi non vengono più ricoverati: e quello che è più grave è che non vengono ricoverati non solo quelli che possono fare a meno dell'assistenza ospedaliera, ma anche quelli che invece ne hanno bisogno.

Ora, se vogliamo veramente dare applicazione alla legge relativa all'assistenza ai minorati, fisici o psichici che siano, legge da tutti noi approvata e considerata come un traguardo di notevole rilevanza sociale, dobbiamo provvedere in modo adeguato. E dico questo a prescindere dal fatto che molti di noi — me compreso — abbiano contribuito a snaturare quella legge, raccomandando soggetti in perfetta salute al fine di farli riconoscere invalidi civili prendendo i posti riservati ai minorati. Abbiamo fatto 6 milioni di invalidi civili: diamogli almeno, però, la possibilità di essere assistiti e di essere assistiti in maniera civile. Ella sa perfettamente, onorevole Ministro, che si pagano ancora rette di 10.000 lire al giorno, che evidentemente non consentono di dare una assistenza decente a questi soggetti. Eppure si tratta di persone che sono state colpite da *ictus* cerebrale, di persone che hanno subito gravi menomazioni, di persone insomma che hanno veramente bisogno della solidarietà della società.

Nello stato di previsione in esame inoltre sono previsti anche impegni di spesa molto modesti rispetto alla globalità del bilancio dello Stato, concernenti capitoli non del tutto comprensibili: mi riferisco, ad esempio, al capitolo 2580, che prevede ancora 800 milioni per contributi alle amministrazioni provinciali per il miglioramento delle strutture ospedaliere. Al riguardo vi è da rilevare che si tratta di materia ormai di esclusiva competenza regionale. Non vedo quindi perchè il Ministero della sanità debba avere queste somme a disposizione, che poi pos-

sono essere spese con potere discrezionale assoluto. La stessa osservazione vale per i 2 miliardi che sono previsti al capitolo relativo a contributi per la costruzione di ospedali, che non si giustificano nella maniera più assoluta, in quanto questa e le relative attrezzature debbono essere comprese nel piano di spesa normale delle Regioni.

Mi dichiaro inoltre d'accordo sulla necessità che sia il Ministero della sanità il responsabile dell'igiene pubblica nel campo della prevenzione e della lotta alle malattie infettive; ho l'impressione però che i 6 miliardi previsti a tale scopo siano assolutamente insufficienti per un compito così importante. Il compito di intervenire quando si presenta il pericolo di malattie infettive, a mio parere, non deve essere mai trasferito alle Regioni (non ci dobbiamo lasciar prendere tutti, infatti, dal complesso regionale!), ma deve essere mantenuto allo Stato; naturalmente però bisogna mettere il centro in condizione di poter assolvere a questo compito avendo a disposizione somme adeguate.

Colgo anzi l'occasione per ripresentare anche quest'anno un ordine del giorno già presentato l'anno scorso relativo alla necessità di rendere obbligatorio l'insegnamento e l'esame delle malattie infettive presso le facoltà di medicina. Secondo la vigente legislazione, infatti, lo studente in medicina può fare un piano di studio che preveda o meno l'esame di malattie infettive; può quindi arrivare alla libera professione medica senza aver mai sostenuto tale esame, ma essendo sempre responsabile di fronte alla legge nel caso in cui non riesca a diagnosticare tale tipo di malattia.

Il testo di tale ordine del giorno è il seguente:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

impegna il Ministro della sanità ad intervenire presso il Ministro della pubblica istruzione perchè sia reso obbligatorio l'insegnamento e l'esame delle malattie infettive presso le facoltà di medicina.

Non è possibile che un medico possa rispondere di fronte alla società per un man-

cato intervento per malattia infettiva senza che ne abbia appreso gli insegnamenti elementari.

Presento inoltre il seguente ordine del giorno:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

impegna il Ministro della sanità perchè, sulla base della denuncia fornita dal relatore, senatore Cravero, il quale ci ha informati che di fronte a 128.000 medici iscritti agli albi vi sono 190.000 iscritti a medicina con una media di 30.000 iscritti annui, solleciti il Ministro della pubblica istruzione — che aveva assunto impegno in merito — a presentare proposta di legge per il numero programmato nelle facoltà di medicina.

Le notizie forniteci al riguardo dal senatore Cravero, che peraltro già conoscevamo, sono di una gravità eccezionale.

Onorevoli colleghi, quando l'onorevole relatore afferma che ci sono 128.000 medici iscritti agli albi e 190.000 iscritti a medicina, con una media di 30.000 iscritti all'anno, è chiaro che ci troviamo di fronte ad una situazione allarmante alla quale abbiamo il dovere, ripeto, il dovere di porre rimedio ricorrendo al numero programmato nelle facoltà di medicina. Non è possibile continuare a lasciare a queste ultime la possibilità di far iscrivere quanti studenti lo chiedano se non vogliamo, nel breve giro di qualche anno, avere un numero esorbitante di medici rispetto alla popolazione, medici che, tra l'altro, appartengono ad una disciplina difficilmente riconvertibile in altre attività di lavoro: un medico, ad esempio, è sempre un pessimo infermiere!

Infine, prima di concludere, mi permetto di invitare il ministro Dal Falco ad esercitare un'azione particolarmente vigile nella stipulazione della convenzione unica per il personale medico prevista dalla legge n. 349 del 1977; i medici, infatti, tentano di raggiungere i traguardi di sempre!

C I A C C I . Quali sarebbero?

P I N T O . I medici hanno sempre cercato di aumentare i propri emolumenti e di lavorare di meno!

Comunque, a parte questa battuta, raccomandando vivamente al signor Ministro di seguire questa delicata questione.

A conclusione, e dicendo ancora una volta e senza reticenze il mio pensiero, devo dire di non essere d'accordo con il senatore Cravero quando afferma che, finalmente, la Federazione dell'ordine dei medici è cambiata. È cambiata, d'accordo, ma non in meglio in quanto il Presidente di tale federazione è un sindacalista ed è un sindacalista anche il suo segretario; pertanto, la federazione è sindacalizzata ancora più che in precedenza!

M E R Z A R I O . Non mi sembra un male!

P I N T O . Comunque, signor Ministro, la mia raccomandazione è che la convenzione di cui alla legge n. 349, mi scuso se torno sull'argomento, rappresenti veramente una soluzione equilibrata tenendo conto delle rivendicazioni della categoria dei sanitari da una parte e degli obiettivi limiti di spesa dall'altra. A tali limiti bisogna fare attenzione, tanto più che il Ministro ha detto che la spesa per la convenzione non è stata compresa nella famosa percentuale del sei per cento.

L'importante, alla fine, è che venga garantita ai cittadini l'assistenza sanitaria migliore, così come tutti ci auguriamo che avvenga a seguito della piena attuazione della riforma sanitaria.

Infine, signor Presidente, mi permetto di presentare un terzo ordine del giorno così formulato:

La 12^a Commissione permanente del Senato, impegna il Ministro della sanità a riesaminare il capitolo relativo all'assistenza agli invalidi civili tenendo conto che, a norma della legge 30 marzo 1971, n. 118, è dovuta l'assistenza sanitaria migliore, così come tutti ci auguriamo che avvenga a seguito della piena attuazione della riforma sanitaria.

Infine, signor Presidente, mi permetto di presentare un terzo ordine del giorno così formulato:

La 12ª Commissione permanente del Senato, impegna il Ministro della sanità a riesaminare il capitolo relativo all'assistenza agli invalidi civili tenendo conto che, a norma della legge 30 marzo 1971, n. 118, è dovuta la assistenza a tutti gli anziani invalidi. Sono soggetti che purtroppo vengono emarginati dall'ambiente familiare per un ricovero a carico dell'assistenza pubblica e la spesa prevista non è certamente sufficiente.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, il seguito dell'esame dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è rinviato alla prossima seduta.

La seduta termina alle ore 11,20.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 3 NOVEMBRE 1977

Presidenza del Presidente OSSICINI

La seduta ha inizio alle ore 9,15.

C I A C C I , segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1978 (912)

— 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 1978 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Prima di dare la parola al relatore, comunico che sono stati presentati i seguenti

ordini del giorno, oltre quelli di cui è stata data comunicazione nella seduta precedente.

Il primo di essi, firmato dai senatori Merzario, Ciacci, Squarcialupi Vera Liliana, Mafai De Pasquale Simona, Bellinzona, Sparano, Rapposelli, Pittella è così formulato:

La 12ª Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare il bilancio di previsione del Ministero della sanità per il 1978,

impegna il Governo — per quanto di sua competenza — ad assolvere un ruolo attivo e responsabile per la stipula delle convenzioni uniche per il personale sanitario.

(0/912/4/12-Tab. 19)

Il secondo, a firma dei senatori Cravero, Del Nero, Bompiani, De Giuseppe, Lombardi, Della Porta recita:

La 12ª Commissione permanente del Senato,

rilevato che lo spirito della legge 349 del 1977 è quello di dare un deciso contributo all'avvio della riforma sanitaria con la disciplina del passaggio delle competenze dalla mutualità alle Regioni e l'approvazione delle convenzioni uniche, quale momento di razionalizzazione, uguaglianza, semplificazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria;

ritenuto che la stessa legge obbliga il Governo a definire le convenzioni entro 30 giorni dalla sua entrata in vigore;

ritenuto che tale termine è stato ampiamente superato, mentre il lavoro dell'apposita Commissione appare faticoso e a volte « stagnante »,

ritenuto che la mancata stipulazione delle convenzioni crea gravi disservizi, carenze assistenziali, aumento di costi,

impegna il Governo e le Regioni ad una soluzione rapida e positiva del problema entro il corrente mese, tenendo in debito conto la necessità di addivenire alla graduale omogeneizzazione economica e normativa del trattamento di tutti i medici che operano nel Servizio sanitario nazionale.

(0/912/5/12-Tab. 19)

Il terzo, firmato dai senatori Merzario, Ciacci, Bellinzona, Mafai De Pasquale Simona, Sparano, Squarzialupi Vera Liliana, Rapposelli, Pittella, Minnocci è così formulato:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

al termine della discussione sul bilancio dello Stato 1978 per il Ministero della sanità,

invita il Governo, in accoglimento di precisi e circostanziati ordini del giorno approvati all'unanimità in sede parlamentare, a portare a definitiva soluzione il problema relativo all'adeguamento e alla erogazione del Fondo nazionale ospedaliero.

Nel rilevare l'urgente necessità di regolarizzare i debiti pregressi e di offrire garanzie certe per l'esercizio finanziario 1978,

la 12^a Commissione impegna infine il Governo a concordare con le Regioni — senza ulteriori indugi — criteri, modalità e tempi in modo da permettere una seria programmazione degli interventi nel settore ospedaliero, garantire il regolare pagamento del personale dipendente e dei fornitori ed evitare pesanti oneri nonchè le anticipazioni contratte con gli istituti di credito.

(0/912/6/12-Tab. 19)

Segue un ordine del giorno dei senatori Rampa e Bompiani:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

valutata l'assoluta inadeguatezza dei fondi disponibili per l'assistenza agli handicappati prevista dalle leggi vigenti,

invita il Governo a garantire tempestivamente le essenziali esigenze assistenziali delle suddette categorie ed in particolare a provvedere perchè le convenzioni in atto tra il Ministero della sanità e gli enti ed istituti di competenza possano essere finanziariamente soddisfatte per i periodi pregressi e possano essere adeguate ai maggiori oneri che obiettivamente tali enti ed istituti devono

affrontare; oneri gravemente appesantiti da fortissimi interessi bancari che essi sono costretti a sostenere, anche per le inadempienze o le insufficienze dell'intervento amministrativo e finanziario.

(0/912/7/12-Tab. 19)

Gli stessi senatori, insieme ai colleghi Lombardi, Cravero, Della Porta, Del Nero, Ruffino, De Giuseppe, Baldi hanno presentato il seguente ordine del giorno:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

sottolineata l'esigenza di programmare una vasta e progressiva azione capillare di educazione sanitaria capace di mobilitare ed orientare positive disponibilità di energie culturali scientifiche e sociali

impegna il Governo a promuovere e coordinare nell'ambito delle proprie rilevanti responsabilità e funzioni, ed in correlazione con i compiti propri delle Regioni, iniziative di educazione sanitaria che abbiano per destinatari soprattutto la famiglia, la scuola e le comunità giovanili, il mondo aziendale ed ogni altro punto di riferimento dove il rischio per la integrità della salute psicofisica si manifesti, direttamente o indirettamente, in modo più grave. Tali iniziative dovranno essere rivolte a specifici problemi, ma con la più ampia finalità di favorire la formazione di una moderna coscienza sanitaria, fondamentale per lo sviluppo e l'efficienza di un sistema sociosanitario gestito sul territorio con la più articolata e responsabile partecipazione.

(0/912/8/12-Tab. 19)

Restano tre ordini del giorno. Il primo, firmato dai senatori Baldi, Lombardi, De Giuseppe, Del Nero, recita:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

attesa la gravità della situazione dell'assistenza ai giovani handicappati,

invita il Governo ad adottare idonei provvedimenti onde assicurare il finanziamento delle spese per l'assistenza e la riabilitazione degli handicappati nel quadro di una riforma dell'assistenza a detta categoria.

(0/912/9/12-Tab. 19)

Il secondo, a firma Bompiani, Cravero, De Giuseppe, è così formulato:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

impegna il Governo affinché venga sollecitamente presentato un disegno di legge per una riforma organica dell'insegnamento universitario della medicina, a livello di corsi di laurea, di specializzazione e di diploma, che tenga presenti le esigenze e le finalità poste dalla prevista istituzione del Servizio sanitario nazionale e la necessità che la riforma dell'insegnamento e la migliore qualificazione del personale risultino contestuali alla riforma sanitaria.

(0/912/10/12-Tab. 19)

L'ultimo, firmato dai senatori Cravero, Bompiani, Rampa, Pittella, Ciacci, Del Nero, dice:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

preso atto che molti interventi nel corso del dibattito sul bilancio dell'anno 1978 hanno puntualizzato l'opportunità della promozione e coordinamento delle iniziative inerenti alla prevenzione ed alla cura delle malattie neoplastiche,

invita il Governo a promuovere ogni possibile iniziativa per un ampio confronto, anche con esperti e operatori del settore italiani e stranieri, al fine di puntualizzare le linee di un sempre più efficace intervento.

(0/912/11/12)

Non essendovi altri iscritti a parlare, dichiara chiusa la discussione generale.

C R A V E R O , *relatore alla Commissione*. Debbo anzitutto chiedere scusa ai colle-

ghi per non essere stato presente, per precedenti impegni, alla discussione e debbo rivolgere un ringraziamento al senatore Bompiani per avermi egregiamente sostituito e per avermi dato modo, con la sua collaborazione, di rispondere oggi, agli interventi che sono stati fatti.

Mi è stato detto che la discussione è stata arricchita da qualificati e preziosi interventi effettuati ad opera dei colleghi Ciacci, Bellinzona, Rapposelli, Giudice, Ruffino, Pittella, Bompiani, Rampa, Merzario e Pinto, ai quali va pure il mio ringraziamento.

Da quanto ho potuto leggere non ho colto alcun segno di malcontento e tantomeno di rassegnazione, come un collega ha detto, ma un desiderio puntuale e vivo di stimolo all'esecutivo, di ricerca di superare tutti insieme i limiti contingenti della tabella n. 19, di costruire quanto più possibile e con i piedi per terra un futuro sanitario nel nostro Paese.

Sarebbe quanto meno strano che un parlamentare accettasse il bilancio come un atto notarile (il bilancio non determina la spesa pubblica, ma la accerta) e non cogliesse invece l'occasione per un esame del problema per una verifica di politica sanitaria, nel nostro caso.

Ho terminato la mia relazione parlando delle scuole e inizierò la mia replica rispondendo sulle scuole.

È giusto il rilievo del collega Giudice circa l'esigenza di un coordinamento tra riforma universitaria e riforma della Facoltà medica; altrettanto giusta è la necessità sottolineata dal senatore Bompiani di individuare un modulo di collegamento tra regioni e università, pur ciascuno nelle rispettive sfere autonome di competenza.

La Facoltà medica, di competenza del Ministero della pubblica istruzione, e gli ospedali, che agiscono nell'ambito della programmazione regionale, non possono né devono restare corpi separati, o peggio ancora i secondi diventare colonie della prima, come erano principalmente nei tempi passati. È necessaria un'osmosi a doppio binario.

Il collega Bompiani ribadisce il concetto di numero programmato: sfonda una porta

aperta! A sostegno della sua e della mia tesi posso citare questi dati del 1976: nella Danimarca, su 1.200 domande per essere iscritti nella Facoltà di medicina sono stati ammessi 100 studenti; nella Svezia, a Stoccolma in particolare, su 2.600 domande, sono stati ammessi 150 studenti e nella Università di Haward, negli Stati Uniti, su 6.000 domande sono stati ammessi 120 studenti. Sono reduce da un viaggio a Mosca e posso dire che a Mosca, nell'estate scorsa, su alcune migliaia di domande, sono stati ammessi, nella Facoltà di medicina, 200 studenti.

Ma oltre al numero programmato è necessario dare serietà agli studi. Io ho parlato, nel mio intervento, di corsi di laurea, oggi parlo di specialità. Attualmente abbiamo in Italia 128 discipline specialistiche per un totale di 519 scuole, nelle quali la fantasia creativa si è sviluppata al massimo. Solo la specializzazione in chirurgia ha dizioni differenti. A Roma è stata fatta la vera e propria vivisezione della chirurgia. C'è poi stata una certa simpatia territoriale: A Trieste abbiamo la Medicina ed igiene navale, come a Roma abbiamo la Medicina spaziale e dell'aeronautica. Tutto questo ha portato, per l'anno scorso, a 5.192 diplomati su 19.869 iscritti alle scuole di specializzazione. Quello che è peggio, però, è che su 100 diplomati solo il 35 per cento ha una specialità! Nel carnet di queste persone esiste un titolo da specialista che da solo potrebbe costituire oggetto di una vita di studi. Questo dimostra di quale misura è l'approfondimento attuale.

È necessario, quindi, fare una riforma di tutto, mentre forse s'è fatta una piccola riforma che è stata certamente dei docenti e non dei discenti.

Termino questa prima parte riappellandomi al Ministro della sanità affinché intervenga presso il Ministro della pubblica istruzione perchè la riforma della scuola medica che noi aspettiamo non resti un UFO, ma diventi una realtà.

Il senatore Giudice è contrario all'esame di malattie infettive, perchè giustamente afferma che è compreso nell'insegnamento di

Patologia medica. Però io vorrei aggiungere, a sostegno di quanto già dissi, che la Patologia medica a volte ha pochi letti e con la inflazione attuale delle cattedre il più delle volte non ha letti affatto per l'insegnamento; comunque, anche se avesse 60-70 letti, per le malattie infettive ne sarebbero destinati al massimo 5 o 6. È prassi attuale, infatti, che l'infettivo diventi un separato e appena possibile sia trasferito in ospedali o in reparti *ad hoc*. Ritengo, pertanto, che anche se sarà un doppione, è quanto meno necessario trovare un accorgimento, un modo perchè lo studente possa veramente approfondire i suoi studi per quanto riguarda le malattie infettive. Abbiamo tanti laureati che teoricamente hanno studiato le malattie infettive, ma non hanno mai visto una roseola, e questo non ritengo sia logico al giorno d'oggi.

Un argomento che ha interessato alcuni colleghi (Pittella, Ciacci e Ruffino) è la lotta contro i tumori per cui sono stati stanziati, in vari capitoli del bilancio in discussione, 900 milioni tra i vari istituti e 275 per Lione.

In una pubblicazione, che il collega Merzario mi ha passato ieri sera, del professor Veronese, direttore dell'Istituto di Milano, noi leggiamo che in Italia abbiamo 110.000 morti di cancro all'anno, che rispondono al 20 per cento della mortalità totale. Ma l'analisi è più seria: di questi 110.000 morti di cancro all'anno, 60.000 lo sono per l'aggressività della malattia, ma 30 mila potevano essere forse in parte salvati se avessimo potuto fare una diagnosi precoce e 20 mila potevano essere salvati se avessimo avuto delle attrezzature idonee. Il costo della cura di queste persone è stato di 400 miliardi (sei milioni di giornate di degenza). Ora io ritengo che sia necessario non solo trovare i mezzi idonei per la diagnosi precoce, ma anche arrivare ad una diagnosi precoce vera e propria che in termini economici porta anche ad un risparmio. Quindi è necessario unificare gli studi e le spese tra questi centri, avere un minimo di coordinamento, superare certi individualismi a volte deteriori e approfittare — perchè no? — anche del

Centro studi per iniziare una vera e propria azione seria in questo campo.

Sempre riguardo al Centro studi — ho constatato che molti colleghi sono intervenuti su questo argomento — ancora raccomandando al Ministro della sanità, se è possibile, di imporsi e dare direttive ai vari direttori generali, più che al Comitato tecnico, affinché evitino di presentare dei postulanti e di trasformare il Centro studi in una corte del Rinascimento che incoraggia i postulanti più o meno volenterosi.

Il collega Ciacci ha citato il capitolo 1112 in cui a fianco del Centro studi c'è anche un Comitato per la programmazione ospedaliera. Io ritengo che si tratti di una dizione ancora non modificata, in quanto il Centro studi di cui si parla sempre nel capitolo 1112 fu istituito con legge del 20 giugno 1969, n. 383, epoca nella quale non erano ancora state istituite o meglio non erano ancora funzionanti le regioni e quindi la programmazione ospedaliera veniva fatta a mente degli articoli 29 e 30 della legge n. 132 del 1968 dai Comitati di programmazione regionali.

Per quanto riguarda la psichiatria, il senatore Pittella ha richiamato l'attenzione su questo settore. Anche l'anno scorso lo stesso senatore Pittella, insieme con il collega Minocci, ha presentato un ordine del giorno sulla psichiatria, che è stato approvato dalla Commissione. Vero è che sino ad ora i malati di mente sono sempre stati considerati dei « diversi » ed è inutile farne ora la storia, basta citare tre o quattro casi: la legge del 1904 è nata più come intento della collettività che voleva difendersi contro il malato di mente, piuttosto che come un qualcosa per il malato di mente. In seguito, la legge n. 132 ha praticamente ignorato il settore psichiatrico. E ancora, quando fu varato il contratto degli ospedalieri, unificato nel 1970, guarda caso non è stato considerato il personale addetto alla psichiatria. Anche nella legge n. 386, relativa al fondo sanitario ospedaliero, non si è parlato di psichiatria. Ora, però, dobbiamo dire che nella legge n. 349 si è cominciato a parlare di psichiatria ed anche nella legge di riforma

sanitaria, che attualmente è in discussione presso l'altro ramo del Parlamento, la malattia mentale è messa con pieni onori ed oneri a fianco delle malattie fisiche.

Credo quindi che questo sia l'inizio per far cadere giustamente quella che il collega Pittella chiama una barriera che deve essere superata ed abbattuta.

Altro problema che ha attirato l'attenzione di molti colleghi (Ciacci, Ruffino, Giudice, Rampa) è il farmaco. Tutti condividono la opinione che una politica del farmaco si debba fare, e di questo avremo occasione di parlare quando il Ministro della sanità presenterà come ha accennato al Senato, i vari progetti . . .

D A L F A L C O , *ministro della sanità.*
Sono già stati presentati alla Presidenza.

C R A V E R O , *relatore alla Commissione.* Ritengo tuttavia che debbano andare di pari passo, e non si possa risolvere il problema del farmaco se non si risolvono quelli del brevetto, della produzione, del commercio e della educazione sanitaria, che deve spiegare non solo la bontà del farmaco, ma anche le sue controindicazioni e la possibilità delle malattie iatrogene provocate dal farmaco stesso.

Il *ticket* è un fatto, e comprendo le perplessità di Ruffino riguardo alle eccezioni sollevate su di esso. Ritengo personalmente più valido porre il *ticket* solo sulla fascia B, ossia sui farmaci di sostegno, escludendo la fascia A, se però si avrà il coraggio e la capacità di immettere nei farmaci essenziali solo quelli veramente tali, senza possibilità di furbeschi ammiccamenti e di formule a doppio binario. Ritengo inoltre che bisognerà fare molta attenzione nell'escludere l'una o l'altra categoria dal pagamento del *ticket* perchè, pur con tutte le cautele sociali necessarie, non vorrei che arrivassimo al punto per cui il nonno fa la spesa per tutto il condominio.

Il senatore Rampa afferma che il bilancio del Ministero della sanità è lo specchio delle sue attuali necessità di collegamento con la riforma sanitaria. Ora il bilancio del 1979,

secondo il senatore Rampa, dovrà essere lo specchio delle modifiche avvenute con il passaggio per tale anno delle incombenze alle Regioni in attuazione della legge n. 382. Io ritengo, almeno spero, che il bilancio del 1980 debba rappresentare il costo dei nuovi compiti che dovrà assumere il Ministero della sanità nell'attuazione dell'istituto servizio sanitario nazionale.

Molti colleghi (Rampa, Ciacci, Giudice, ed altri) hanno dissertato sui compiti del Ministero della sanità futuro e degli organismi che ad esso dovranno essere più o meno collegati nel nuovo servizio sanitario nazionale. Ritengo che il Ministero della sanità debba essere l'effettivo ed unico organo di coordinamento e di indirizzo politico generale che deve organizzarsi anche per diffondere primariamente i temi di educazione sanitaria avvalendosi e coordinando altresì tutte le altre iniziative, che però dovranno essere ad esso e con esso integrate.

Il collega Ciacci è contrario al Consiglio superiore di sanità, sottolineando tuttavia l'esigenza di cointeressare attivamente il mondo medico nelle sue espressioni sindacali agli organismi del servizio sanitario nazionale. Orbene, io — è una domanda che faccio — vorrei sapere dove può avvenire questo cointeressamento, perchè all'inizio si pensava, almeno da parte di qualcuno, di allargare il Consiglio sanitario nazionale immettendovi anche altre categorie, tra le quali rappresentanti sindacali dei medici; si è preferito — e giustamente — limitare la sua composizione alle Regioni e ad esperti nominati dai Ministeri, dandogli una impronta di organo partecipativo e promozionale, quello ossia che deve fare la politica sanitaria. L'Istituto superiore di sanità, a mio giudizio, deve restare un organo esclusivamente di ricerca scientifica, di collaborazione, senza altre confusioni. Ritenendo indispensabile la presenza, almeno come contributo tecnico, se pur consultivo, di tutti gli operatori sanitari a qualsiasi livello, questo contributo lo vedrei solo in un istituto, che potrebbe essere il Consiglio superiore di sanità, che svolge funzioni di raccordo tecnico consultivo con gli altri organismi predispo-

sti dalla riforma sanitaria. Non si può guardare ai medici — cito parole del collega Ciacci — come « figure centrali nella realizzazione della riforma sanitaria » e poi escluderli a qualsiasi livello da qualsiasi organismo anche non decisionale. Ritengo che la loro presenza esclusivamente consultiva in qualche veste dobbiamo riconoscerla nell'istituendo servizio sanitario nazionale.

E, per ultimo, parliamo del fondo nazionale ospedaliero, sul quale si sono incentrati gli interventi di quasi tutti gli oratori intervenuti, e principalmente dei colleghi Ciacci, Giudice, Pittella, Pinto, Rampa. Penso che non si possa fare il gioco del bilancio doppio: tanto spazio sapendo che il costo è senz'altro superiore; non si può bloccare la spesa pubblica sapendo che poi, tacitamente, si invita al ricorso al credito; è impensabile una politica a tipo nevrotico: si afferma di non volere aumentare la spesa, poi la si deve aumentare, ed allora si è obbligati ad aumentare in qualche modo le entrate. Ma d'altra parte si deve sapere che il problema della spesa pubblica non è solo problema di stanziamenti. Non ci si può limitare a chiedere semplicemente il pareggio dei fondi senza chiedere la responsabilizzazione della spesa a tutti i livelli. Le Regioni non devono fare un gioco competitivo, ma un gioco comparativo. Gli ospedali non devono continuare ad essere gestiti senza responsabilizzazione, senza conoscere nè l'entità dei fondi nè se si hanno o no i fondi. La legge 386 all'articolo 6 ha bloccato nuove strutture e nuovi organici, ma tutte le Regioni — e chi è senza peccato scagli la prima pietra — in assenza quasi totale, o in parziale carenza di leggi di salvaguardia di piano, derogano a tali norme, a volte neppure sotto l'onorevole spinta della vera necessità. Su cento lire spese negli ospedali, ben il 62 per cento è per il personale, spesa per lo più quantitativa che qualitativa, come giustamente ha sostenuto il senatore Rapposelli quando parlava delle entità numeriche degli ospedali. Per i 391 mila dipendenti ospedalieri l'ipotesi minima del contratto è di un nuovo onere maggiorativo di 252,7 miliardi. Ed ancora, i sindacati chiedono a gran voce la professionalizzazione degli addetti. Giusto ben sa-

pendo come è andata nell'ultimo contratto del 1974, quando questa operazione soprattutto per gli addetti ai servizi non prettamente sanitari ha portato soltanto ad uno scivolamento generale all'italiana: tutti un passo avanti, tutti ad un livello economico superiore senza miglioramento alcuno nel servizio. Si parla, per contro, di 15 giorni di degenza media italiana, mentre sappiamo che la media europea è di 7-9 giorni; che per diminuirla di qualche giorno occorre organizzare soltanto la dinamica ospedaliera, e questo vale per tutti gli ospedali, sia del nord che del sud: e allora organizziamoli! Ecco l'utilità di un centro studi per dare indicazioni organizzative, manageriali per questa eventuale organizzazione.

Si dice che uno degli intoppi maggiori è il ricorso al ricovero indiscriminato (nella regione Lazio, ultimo anno, 153 per mille di ricoveri ospedalieri), e che occorre un filtro. Ebbene, ora che dal 30 giugno i cosiddetti corpi separati (mutue ed ospedali) sono caduti, cerchiamo di far sì che si possa funzionare con le strutture che abbiamo, in attesa di questa riforma. Qualcuno ha sostenuto, mi pare, che l'individuazione del tetto massimo di spesa debba essere raggiunta attraverso un'analisi globale dei bisogni sociali anziché prestabilirlo aprioristicamente. È un po' il sistema della retta ospedaliera della legge 132, in cui ogni Amministrazione faceva le sue spese a ruota libera e poi le caricava sulle rette, con il risultato di 2.700 miliardi di disavanzo al 31 dicembre 1974, e della legge 386 per il risanamento dei debiti mutualistici.

Ritengo quindi che quando esistono degli Stati con reddito basso, come l'Irlanda e il Regno Unito, il cui prodotto lordo è rispettivamente di 2.000 e di 3.000 dollari *pro capite* e l'incidenza della spesa sanitaria è rispettivamente del 4,20 e del 4,35 per cento del prodotto lordo; quando esistono invece degli Stati ricchi, come la Germania e la Danimarca, che dispongono di un prodotto lordo rispettivamente di 5.469 e di 5.221 dollari *pro capite* e per i quali l'incidenza della spesa sanitaria è del 6,54 e del 7,49 per cento; e quando esistono infine degli Stati co-

me il nostro, il cui prodotto lordo è di soli 2.421 dollari (penultimo posto della scala prima dell'Irlanda) e l'incidenza della spesa sanitaria è del 5,19 per cento (terzo posto in ordine di gerarchia), bisogna arrivare a qualche ancoraggio della spesa se non si vuole naufragare, ancoraggio della spesa che bisogna avere il coraggio di sostenere con franchezza e sicurezza, responsabilizzando altresì tutte le componenti a difenderlo. Quindi non spendere di più, ma spendere meglio. A questo proposito ha suscitato nel sottoscritto perplessità quanto approvato dall'altro ramo del Parlamento nel senso che, pur restando fermo sul 6,50 per cento l'ancoraggio del prodotto lordo, vennero cancellate tutte le norme di salvaguardia e di responsabilizzazione nella gestione di questo fondo sanitario ospedaliero, contenute nel progetto governativo.

Mi sembra che uno dei temi sottoscritti dall'accordo a sei del luglio scorso sia stato proprio quello di frenare la spesa pubblica e di renderla compatibile con il momento grave e serio che il nostro Paese attraversa. Ritengo che sia opera responsabile di tutte le forze politiche cercare di applicare questo accordo principalmente nel nostro settore, nel campo della spesa sanitaria, e, se ciò faremo tutti quanti assieme, senz'altro faremo un buon lavoro.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il relatore per la sua esauriente replica. Prego il Ministro di prendere la parola.

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

Onorevole Presidente, onorevoli senatori, anzitutto desidero ringraziare i colleghi senatori Ciacci, Bellinzona, Rapposelli, Giudice, Ruffino, Pittella, Rampa, Merzario, Pinto, che sono intervenuti nel dibattito con serietà di argomenti e costruttività di proposte e, in particolare, il relatore, senatore Cravero, e il correlatore, senatore Bompiani.

La nota dominante che ha caratterizzato la discussione sul bilancio di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1978 è rappresentata dalla comune consapevolezza di trovarci di fronte ad un do-

cumento destinato a chiudere la fase tradizionale della politica sanitaria italiana per dare l'avvio ad una fase diversa, ormai dominata dal Servizio sanitario nazionale.

Non a caso da ogni parte politica, e in termini significativi, si è inteso sottolineare « l'importanza dell'attività spettante al Ministero della sanità », proprio nel momento in cui si realizza il decentramento alle regioni e agli enti locali delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. È stato rilevato — ad esempio dal senatore Ciacci e dal senatore Bellinzona — come tale circostanza « esalti i contenuti politici di programmazione, di coordinamento e di impulso » evidentemente per la « esigenza di pervenire quanto prima alla individuazione di un indirizzo di politica globale nel settore della salute pubblica ».

D'altra parte, il senatore Rampa ha soggiunto che « il bilancio dell'anno prossimo non potrà non risentire, in modo significativo, delle modifiche strutturali che il Ministero della sanità sta subendo » ed ha sollecitato precise indicazioni « intese alla ristrutturazione del Ministero stesso quale organo di coordinamento e di indirizzo politico generale, capace di dirigere il futuro Servizio sanitario nazionale ».

La riconosciuta necessità di un Ministero che realizzi il momento centrale di un servizio il quale, pure definendosi nazionale, è, di fatto, decentrato, trova proprio in questi giorni oggettiva conferma.

Infatti, se è vero che il potere di indirizzo e coordinamento spetta anzitutto al Consiglio dei ministri è ancora più vero che, per quanto riguarda gli affari particolari, tale potere non può che essere delegato al Ministero della sanità il quale, allo stesso tempo, recepisce ed esprime indirizzi, valutazioni e proposte riguardanti la situazione sanitaria del Paese, anche nelle sue componenti internazionali.

Come è noto, il 1978 è destinato a diventare un anno di collaudo per il passaggio al pieno decentramento, che si attuerà con il primo gennaio 1979 — in mancanza della riforma sanitaria — ai sensi dell'articolo 34 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

Per effetto di tale norma il « rimaneggiamento da parte del Governo del bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1978 » avrà riflessi non determinanti sulla tabella n. 19. Infatti, le riduzioni di taluni capitoli, che la Commissione interregionale ha proposto in relazione a competenze già trasferite con il decreto del Presidente della Repubblica n. 4 del 1972, formeranno oggetto di apposita nota di variazione; fermi restando i capitoli fondamentali, come quello riguardante il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, che troverà definitiva collocazione nel bilancio dello Stato solo con la legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Le nostre riflessioni, a conclusione di un così interessante dibattito, non possono, dunque, che confermare sin d'ora la volontà e l'impegno verso un « nuovo » Ministero della sanità; cioè verso quel Ministero che dovrà essere in grado di riassumere e rendere concrete le proposte e le scelte degli indirizzi di politica sanitaria che scaturiranno, anche e soprattutto, dal costituendo Consiglio sanitario nazionale.

Tale nuovo organo, per la propria composizione, si dovrebbe configurare come sede di raccordo e di autocoordinamento delle Regioni in materia sanitaria.

D'altra parte, l'Istituto superiore di sanità non potrà che vedere confermate e, semmai, potenziate, nel nuovo quadro istituzionale, le proprie competenze tecnico-operative e la propria attività di ricerca, controllo, accertamento e indagine; mentre il Consiglio superiore di sanità quale organo esclusivamente consultivo, per problemi tecnici, non rientranti, cioè, nelle linee programmatiche della politica sanitaria, si conferma, a nostro avviso, come tuttora valido e in grado di corrispondere agli scopi e agli obiettivi assegnati.

L'analisi delle funzioni del Ministero della sanità comporterà, in tale prospettiva, un diverso assetto interno delle Direzioni generali e dei Servizi centrali.

Sicuramente non può ritenersi definitivo l'assetto degli Uffici centrali che scaturisce dall'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 617.

Infatti, la soppressione di talune divisioni e la fusione di due direzioni generali sono effetto dei poteri che la legge di delega numero 382 del 1975 ha conferito al Governo in materia di riforma dell'apparato centrale dello Stato.

Pertanto si renderà necessario rivedere funzioni e uffici in ordine alle nuove esigenze di informazione, di documentazione, di elaborazione di dati e di programmi, di costante collegamento con enti ed organismi, sia nazionali che internazionali.

L'attuazione di direttive comunitarie come quelle sulla libera circolazione dei medici, sulla formazione del personale paramedico, sulle sostanze tossiche o ritenute inquinanti, sicuramente sollecitano, ad esempio, una diversa strutturazione dell'Ufficio rapporti internazionali e dello stesso Centro studi del Ministero della sanità, istituito con « funzioni di collaborazione tecnica in materia di predisposizione e di attuazione del programma economico nazionale, per quanto attiene alla parte di competenza dello stesso Ministero (art. 5 della legge 20 giugno 1969, n. 383) ».

Infatti, l'attività di indagine, studi, ricerche affidati anche ad Istituti ed esperti, estranei all'amministrazione statale, non può considerarsi adeguata; nè può bastare la previsione di legge che consenta al Centro studi la « pubblicazione e la diffusione dei risultati degli studi e delle sperimentazioni eseguiti sia in Italia che all'estero » (art. 6).

Per quanto riguarda il personale della sede centrale dell'ex Opera nazionale maternità e infanzia, assegnato temporaneamente a prestare servizio presso il Ministero della sanità, è opportuno ricordare che il capitolo di competenza è il n. 1298, che prevede lo stanziamento di lire 1.337.000.000.

Com'è noto, la legge 23 dicembre 1975, n. 698, relativa allo scioglimento dell'ONMI, non consentiva il pratico trasferimento del personale della sede centrale in base alla opzione prevista per le Regioni o per il ruolo di cui alla legge 22 luglio 1975, n. 302.

Per rendere attuabile detto trasferimento è stato necessario modificare ed integrare

con una nuova legge (1° agosto 1977, n. 563) la normativa precedente.

Al momento sta avendo puntuale attuazione il disposto della predetta legge di modifica del 1° agosto 1977, n. 563, per cui meno di 100 unità della sede centrale dell'ex ONMI (103 sono stati assegnati alla regione Lazio con decreto ministeriale 29 ottobre 1977) resteranno assegnate al ruolo unico nazionale e, in attesa della sua istituzione, al Ministero della sanità per le esigenze dello stesso.

Atteso che detto ruolo unico potrà essere attivato solo dal 1978 per effetto del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 618, resta la necessità della permanenza dello stanziamento del capitolo 1298 nello stato di previsione della spesa per il 1978.

Con tale stanziamento verranno affrontati i pagamenti relativi agli stipendi del personale e agli oneri derivanti dalla manutenzione dell'edificio della ex sede centrale, che si sta gradualmente destinando ad uffici del Ministero anche a sgravio di oneri sostenuti per contratti di locazione.

Profilassi delle malattie infettive. Il controllo delle malattie infettive richiede una conoscenza sempre più aggiornata e approfondita dell'epidemiologia delle singole malattie al fine di utilizzare, di volta in volta, i provvedimenti più idonei ed efficaci per prevenire e combatterne la diffusione.

Al riguardo, va sottolineato che il Ministero, nel corrente anno, ha avuto a disposizione per la prima volta la somma di lire 450.000.000 sul capitolo 2037, somma sufficiente anche per il prossimo anno.

I fondi di detto capitolo sono appunto destinati a studi e ricerche per l'epidemiologia e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie.

Lo stanziamento in questione ha permesso di stipulare con alcune Università, Enti ospedalieri e Amministrazioni provinciali convenzioni intese a meglio effettuare la sorveglianza di alcune malattie di primario interesse nell'attuale momento epidemiologico, quali influenza, salmonellosi, micosi sistemi-

che, poliomielite, morbillo, epatite da virus B, encefalite centro europea, eccetera.

Le indagini in questione non sono fine a se stesse, ma tendono a fornire elementi conoscitivi sempre più approfonditi e completi, onde consentire la scelta e l'attuazione di idonei interventi di prevenzione.

In particolare, per quanto riguarda il colera, sin dai noti episodi di infezione insorti nel nostro Paese sul finire del 1973, il Ministero, di anno in anno, ha richiamato e richiama l'impegno delle Autorità sanitarie periferiche per mobilitare e attivare tutte quelle misure cautelari idonee ad un'efficace opera di prevenzione.

In proposito sono state impartite ampie e circostanziate direttive di carattere generale e igienico-sanitarie, delle quali il Ministero della sanità, dopo averne curato la redazione a stampa, ha perseguito la massima diffusione possibile. Da allora, ogni anno, l'Amministrazione provvede sistematicamente all'acquisto dell'occorrente materiale profilattico (vaccino anticolerico, sulfamidici, antibiotici, ecc.), da distribuire agli uffici sanitari periferici, in modo da garantire la disponibilità degli strumenti più idonei agli interventi di profilassi.

Per quanto riguarda in modo specifico la stagione estiva 1977, considerata la diffusione e la successiva recrudescenza dell'infezione colerica particolarmente in alcuni paesi del Medio Oriente mediterraneo, è stata potenziata al massimo ogni misura volta a scongiurare la propagazione, chiedendo anche, a tal fine, la collaborazione dei Dicasteri dell'interno, della difesa, delle finanze e della marina mercantile, per una capillare attività di prevenzione, specie attraverso la intensificazione dei controlli sull'osservanza delle prescrizioni di igiene ambientale ed alimentare.

Tempestiva è risultata, altresì, l'attività di informazione delle nostre ambasciate sulla situazione del colera nei vari paesi, a seguito della collaborazione chiesta al Ministero degli esteri.

Sulla base dei dati informativi ottenuti, il Ministero della sanità ha potuto così emanare (prima ancora di ricevere comunicazioni ufficiali dall'Organizzazione mondiale del-

la sanità) numerose ordinanze con le quali sono state prescritte le misure profilattiche contro il colera.

Il risultato positivo di tali interventi sta nella constatazione che, ad oggi, una così grave ed incombente minaccia è stata tenuta fuori dai confini del nostro Paese.

Di norma, per necessità profilattiche, vengono distribuiti a tutte le regioni vari presidi, quali vaccino antipoliomelittico, vaccino anticolerico, antiamarillico e vaccino antivaioleso e di cui l'Amministrazione mantiene sufficienti scorte. Alle regioni a statuto speciale (Sicilia) vengono altresì inviate dosi di vaccino antitifico, antinfluenzale, gamma globuline, sieri, sieri diagnostici, disinfettanti, eccetera. Detto materiale, in particolari situazioni di necessità, viene altresì inviato a quelle regioni che ne facciano richiesta sulla base dell'articolo 6 legge 323 del 7 giugno 1977.

Esempi di interventi, in situazioni di emergenza, si sono avuti a Caltanissetta, in Liguria e in Piemonte.

L'acquisto, la conservazione e la distribuzione del materiale relativo rientrano nel capitolo 2031, che appunto prevede interventi di prevenzione contro le malattie infettive.

L'opera di educazione sanitaria che in questi casi, come in altri, si rende necessaria, deve essere ampliata, usufruendo di mezzi che agiscano in modo più incisivo sulla popolazione, quali la televisione e la radio, con l'ausilio eventuale di esperti particolarmente specializzati nel settore delle comunicazioni di massa e della attività di propaganda.

Il capitolo 2031, che per l'anno precedente era stato di cinque miliardi, è stato portato, per l'anno corrente, a sei miliardi.

All'attività di lotta nel campo specifico delle malattie quarantenarie partecipano i servizi di frontiera che esplicano un capillare controllo delle provenienze da zone infette: il capitolo 2033 è stato potenziato di trenta milioni rispetto al 1976.

Per quanto concerne i collegamenti con i Laboratori provinciali di igiene e profilassi, gestiti dalle Amministrazioni provinciali, il loro compito primario è quello di

svolgere attività di indagine nei settori della profilassi delle malattie infettive e della vigilanza sugli alimenti e bevande, nonché qualsiasi ricerca di controllo, chimico e batteriologico, interessante l'igiene e la prevenzione delle malattie sociali (regio decreto 16 gennaio 1927, n. 155).

Di fronte ai problemi posti dal progresso tecnologico e produttivo, i Laboratori provinciali sono chiamati a fronteggiare compiti e responsabilità sempre più complessi e impegnativi.

Basti citare, ad esempio, le incombenze relative al controllo degli inquinamenti, delle sofisticazioni e adulterazioni nel settore degli alimenti e bevande per avere un'idea della vastità dei compiti attuali e della necessità di disporre non solo di attrezzature idonee ma anche di personale medico e tecnico adeguato, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.

Necessità, quest'ultima, tuttora non facilmente assicurabile, considerato il numero esiguo di unità che viene dedicandosi a tale tipo di attività, come, purtroppo, a tutte le attività di sanità pubblica.

È auspicabile che tale problema possa trovare una risposta più promettente e più convincente nell'ambito della riforma sanitaria e della organizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda i rapporti con le Università è da precisare che il Ministero, in circostanze particolari, ha assicurato la collaborazione degli Istituti universitari di igiene ad integrazione dell'attività dei Laboratori provinciali, sia nel settore delle malattie infettive che nel controllo delle opere igieniche comunali e nella vigilanza annoveraria.

Per la profilassi delle pediculosi e della scabbia, il Ministero ha ripetutamente sollecitato i competenti organi scolastici e le autorità locali, anche con l'invio di presidi sanitari richiesti dai medici provinciali o dai sindaci.

Una parola specifica va detta a proposito della malaria.

Dal 1962 in Italia non si sono più verificati casi di malaria autoctona e l'OMS ha

concesso al nostro Paese, nel 1970, il certificato di eradicazione della malattia.

Questo atto non significa e non implica che siano distrutti tutti gli anofeli potenziali vettori di malaria.

Sono in aumento, invece, i casi di malaria importati, per cui il Ministero ha ritenuto di mettere in distribuzione un opuscolo predisposto dall'OMS (Profilassi antimalarica per viaggiatori internazionali).

Poiché i casi di malaria importati riguardano soprattutto i turisti e i lavoratori che si recano in zone a rischio, sono stati e sono interessati gli Ispettorati del lavoro e il Ministero del turismo.

Va ricordato, inoltre, che la competenza della lotta antimalarica, come lotta all'anofelismo residuo, è stata trasferita alle regioni con il decreto del Presidente della Repubblica n. 4 del 1977.

Industrie insalubri. Sulla base del lavoro preparatorio di una commissione di esperti è stato predisposto uno schema di disegno di legge che rivede la legislazione vigente per le industrie insalubri, al fine di adeguarla ai progressi dell'industria chimica.

Si tratta di un problema di grande complessità, sia per il numero di lavorazioni e di prodotti finiti ed intermedi sia per la difficoltà di determinare idonee misure preventive per processi produttivi suscettibili di anomale alterazioni.

Lo schema elaborato dal Ministero della sanità è stato messo a raffronto, in riunioni congiunte a livello politico e tecnico, con altro schema predisposto dal Ministero del lavoro e conseguentemente integrato secondo una impostazione che considera non separabili le cautele da adottare nell'ambiente interno di lavoro rispetto ai riflessi sull'ambiente esterno.

Lo schema approntato prevede il rafforzamento e completamento delle competenze delle regioni in materia di prevenzione dell'inquinamento ambientale in quanto l'esperienza dimostra che la predisposizione di misure cautelative da adottarsi per lavoratori spesso molto sofisticate non può essere demandata ai Comuni che, specie se piccoli e medi, non sempre sono dotati di organi tecnici in grado di fornire le valuta-

zioni e di operare tempestivamente gli interventi adeguati alla situazione da fronteggiare.

Radiazioni. La competenza primaria del Ministero della sanità in materia di tutela sanitaria della popolazione contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti e di controllo della radioattività ambientale, sancita dal decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 165, è stata ribadita — come è noto — dal decreto del Presidente della Repubblica 14 luglio 1977, n. 616.

L'intera problematica è stata affrontata in tre settori differenziati per priorità:

1) controllo della radioattività nel comprensorio dell'isola de « La Maddalena »;

2) riorganizzazione delle reti di sorveglianza della radioattività sul territorio nazionale, in aggiunta a quelle « locali »;

3) istruzioni e direttive per incrementare, da parte degli organi periferici a livello regionale, l'azione di vigilanza sulla detenzione e sull'impegno delle sorgenti di radiazioni.

Per quanto concerne la sorveglianza della radioattività nella zona interessata dalla base navale militare di mezzi subacquei a propulsione nucleare, proprio per fronteggiare tali esigenze di controllo sono state installate stazioni di prelievo di campioni e di rilevamento della radioattività, misurata in aria, al suolo e in acque marine.

Tali misurazioni non sono mai state interrotte, ma sempre periodicamente eseguite a cura dell'Istituto superiore di sanità d'intesa con il CNEN.

I relativi risultati non hanno mai messo in evidenza livelli di radioattività significativi ai fini di eventuali pericoli per la popolazione.

Più in generale, per quanto riguarda la sorveglianza ambientale, si possono individuare alcuni passaggi importanti:

a) tenere sotto controllo, dal punto di vista nazionale, l'andamento della radioattività ambientale e negli alimenti. A tale fine sono necessarie, come è noto, un certo nu-

mero di stazioni di prelievo e misura, opportunamente scelte secondo criteri geografici e climatologici, considerando, tra l'altro, anche la distribuzione della popolazione e le abitudini alimentari. Va sottolineato che questo primo obiettivo si propone di considerare la situazione nazionale nel suo complesso.

Il potere di direttiva del Ministero della sanità in merito alla sorveglianza, nonché i poteri-doveri di controllo, coordinamento pubblicazione dei dati ottenuti attribuiti al CNEN, rimangono in ogni caso inalterati (art. 109 del decreto del Presidente della Repubblica n. 185);

b) riconoscere e attribuire alle autorità sanitarie locali la responsabilità dell'esercizio di sorveglianza sulla radioattività ambientale, soprattutto per quanto riguarda le varie fonti di inquinamento radioattivo disseminate nel territorio della regione.

Sostanzialmente la sorveglianza della radioattività ambientale può essere articolata su tre livelli:

sorveglianza attorno agli impianti nucleari (reti locali) gestita dagli esercenti (ENEL-CNEN) articolo 57 del decreto del Presidente della Repubblica n. 185;

sorveglianza sul territorio delle singole regioni, gestita dalle regioni, con l'assistenza tecnica del CNEN, per controllare soprattutto sorgenti locali di radioattività;

sorveglianza a livello nazionale sull'ambiente e sugli alimenti (reti nazionali) (articolo 109 del decreto del Presidente della Repubblica n. 185), sotto le direttive del Ministero della sanità e coordinate dal CNEN, con il compito di tenere sotto controllo la situazione della popolazione dovuta a radioattività ambientale artificiale.

Infine, sempre in materia di igiene pubblica vorrei ricordare l'iniziativa adottata dal Ministero della sanità, e ormai avviata, di preparare, d'intesa con gli altri Ministeri, una campagna contro il tabagismo.

Assistenza psichiatrica. In ordine ad alcune considerazioni svolte nel corso del dibattito in materia di assistenza psichiatrica, va confermato lo stanziamento per

il 1978 di lire 23.394.000.000 (Capitolo 1577). Allo stato, la disponibilità sull'apposito capitolo di bilancio ammonta a lire 58 miliardi 322.543.380 di cui 249 milioni circa per l'anno 1974, 11 miliardi circa per l'anno 1975 e l'intero stanziamento di lire 23.394.000.000 rispettivamente per gli anni 1976-1977. Il fabbisogno per l'anno 1978 è stimato intorno ai 45 miliardi circa cui va aggiunto l'importo presumibile di lire 12 miliardi per la concessione dei contributi ai sensi dell'articolo 6 della legge 431 del 1968 e dell'articolo 2 della legge 711 del 1974.

Con le somme iscritte in bilancio lo Stato concorre, ai sensi dell'articolo 5 della citata legge n. 431 del 1968, ai maggiori oneri derivanti alle Province ed agli Enti da cui dipendono ospedali psichiatrici, per l'assunzione delle unità di personale previste come dotazione minima e per i miglioramenti economici ai sanitari in servizio.

Il rimborso a detti enti avviene mediante l'emissione di ordini di accreditamento a favore dei medici provinciali per importi non superiori ai 480 milioni; è da tener presente che l'accreditamento può essere effettuato solo dopo la presentazione di regolare rendiconto dell'eventuale precedente accreditamento. Ciò costituisce indubbiamente ostacolo a che le somme vengano utilizzate durante l'esercizio di competenza.

Al momento, i residui passivi, pur notevolmente ridotti, risentono degli effetti del così detto decreto Stammati.

Su un piano più generale, è doveroso ricordare come tutta la problematica per una psichiatria più aperta e aggiornata sia stata portata alla ribalta, in termini positivi, proprio dal testo governativo di riforma sanitaria che, per la prima volta, ha posto sullo stesso piano la tutela della salute fisica e psichica.

Contratto ospedaliero. In ordine alla situazione relativa al rinnovo del contratto nazionale del personale ospedaliero i punti di maggior rilievo da definire si possono sintetizzare nel modo seguente:

1) cosiddetta questione del livello iniziale, ribadendo quanto convenuto nel protocollo d'intesa;

2) ventaglio dei livelli che dovranno articolarsi dal 100 al 220 con rispetto di posizioni chiave rappresentate dalla figura del collaboratore esecutivo, di concetto e direttivo;

3) determinazione dei profili professionali;

4) struttura della progressione economica;

5) indennità varie e festività.

Su alcuni dei punti sopraindicati sono emersi elementi atti a far ritenere possibile il superamento delle divergenze, mentre su altri le posizioni delle organizzazioni sindacali sembrano più rigide. Peraltro, è stato sottolineato che la trattativa ha stretta connessione con quella in corso per il rinnovo delle convenzioni uniche nazionali di cui alla legge 349 del 1977.

È noto che l'ipotesi di contratto non è stata firmata da tutte le categorie interessate ed è da ritenersi che i medici ospedalieri vogliono attendere la definizione dello schema di convenzione prima di addivenire alla firma del contratto.

Convenzione unica dei sanitari. La trattativa per la convenzione relativa ai medici generici e pediatrici ha avuto inizio con l'esame di una bozza di articolato, che riguarda per lo più problemi di carattere pregiudiziale.

Su taluni articoli esiste concordanza, su altri invece vi è dissenso.

Il gruppo di lavoro costituito dai rappresentanti dei Ministeri della sanità, del lavoro, del tesoro e delle Regioni sta elaborando clausole intese a dare risposta a tutti gli aspetti della convenzione per i medici generici e per gli specialisti.

Alla riunione del prossimo 4 novembre sono stati invitati i rappresentanti sindacali e le associazioni autonome.

In particolare, va registrata una battuta di arresto su talune questioni pregiudiziali riguardanti i medici specialisti; mentre è ancora difficile ipotizzare *standards* per quanto riguarda le quote capitarie.

Per quanto concerne il Fondo nazionale assistenza ospedaliera, è bene ricordare che la sua utilizzazione avviene mensilmente con il

pagamento delle quote spettanti alle Regioni, secondo i noti parametri di riparto.

L'erogazione mensile alle Regioni delle somme stanziata, salvo i tempi tecnici strettamente necessari per la definizione formale del provvedimento di riparto, è avvenuta con puntualità e regolarità.

Ovviamente, si trattava delle quote provvisorie calcolate sull'ammontare della spesa ospedaliera stabilita per l'esercizio 1974 e conservata per gli esercizi 1975 e 1976, fino a che non è intervenuta la definizione legislativa delle procedure attinenti alle quote integrative dello stanziamento per il 1975 e 1976, legate alla difficoltà di assorbimento da parte del mercato finanziario dei certificati di credito.

Inoltre, siamo in attesa della convocazione del CIPE da parte del Ministero del bilancio, per la definizione dell'ammontare del Fondo nazionale assistenza ospedaliera per il 1977, rispetto al quale il Comitato interregionale ha già tenuto una prima riunione.

Invece, per quanto riguarda il capitolo 1576, cioè il Fondo nazionale ospedaliero, la disponibilità stabilita per l'anno 1977 in lire 10 miliardi e 500 milioni dovrebbe essere assegnata — in conseguenza del disposto dell'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4 — alle Regioni con l'osservanza dei criteri previsti dall'articolo 2, comma secondo, della legge 8 maggio 1971, n. 304, e dovrebbe soddisfare esigenze diverse (« contributi e sussidi agli enti ospedalieri, nonché agli ospedali psichiatrici, per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie e dei servizi di igiene mentale eccetera », « integrazione degli assegni ai medici interni » e « contributi a favore degli enti ospedalieri in condizioni di particolari necessità, ecc. »).

In effetti la disponibilità per l'anno in corso si è ridotta a lire 7.796.112.770, a causa di alcuni storni effettuati con appositi provvedimenti legislativi.

È in avanzata fase di definizione la procedura per la ripartizione fra le Regioni della somma suindicata.

In tema di controlli sulla spesa, per quanto attiene al capitolo 1575, è da dire che il contributo viene concesso dopo aver acquisito il parere favorevole della Regione interessata anche per l'effettuazione del pagamento. Sarebbe ipotizzabile un eventuale controllo attraverso una comunicazione alle Regioni relativa agli ospedali per i quali non risulta l'utilizzazione della somma concessa con il contributo.

Scuola odontotecnici. Ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 10, articolo 1, la competenza ad autorizzare l'istituzione di tale tipo di scuola rientra nelle attribuzioni delle Regioni.

Di norma, un corso per odontotecnici ha durata quadriennale (in alcune scuole, triennale), previo superamento della scuola secondaria di primo grado.

Il corso consiste nello studio di materie attinenti all'attività prescelta e nella pratica di laboratorio.

Per quanto attiene alle competenze di detti operatori sanitari, è da rilevare che esse sono tuttora disciplinate dall'articolo 11 del regio decreto 31 maggio 1928, n. 1334.

Per effetto di tale disposizione gli odontotecnici possono costruire solamente apparecchi di protesi dentaria su modelli tratti da impronte fornite dai medici.

In ordine, poi, alla designazione di rappresentanti di questo Ministero in seno alla Commissione di esame di abilitazione, il Ministero vi provvede sempre che sussistano due presupposti:

1) che la scuola sia regolarmente istituita;

2) che il regolamento della scuola preveda espressamente un rappresentante del Ministero.

Medicina sociale. È stata rilevata da quasi tutti i senatori intervenuti nella discussione l'insufficienza dei fondi stanziati per la medicina sociale.

Nel condividere tale osservazione, vorrei riprendere alcuni punti.

Lotta contro i tumori. Per quanto riguarda la lotta contro i tumori, gli stanziamenti previsti si riferiscono esclusivamente al potenziamento dell'attività di ricerca degli istituti nazionali dei tumori (« Regina Elena » di Roma, Istituto nazionale per i tumori di Milano e « Fondazione Pascale » di Napoli), ai quali risultano assegnati complessivamente 500 milioni, mentre alla Lega italiana per la lotta contro i tumori, sono destinati 400 milioni. L'esiguità degli stanziamenti non consente certamente quella programmazione e incisività di interventi che è da ogni parte auspicata. È allo studio una proposta che, nell'ambito dell'istituendo Servizio sanitario nazionale, assicurati, attraverso un Comitato permanente, la promozione e il coordinamento dell'attività di ricerca, non solo dei tre istituti nazionali a carattere scientifico, ma di tutti gli altri organismi che operano nel settore della ricerca oncologica, quali gli istituti univertari e i centri per le malattie sociali funzionanti presso le Università e presso gli enti ospedalieri. Tale proposta dovrebbe prevedere anche un nuovo sistema di finanziamento della ricerca, diverso dall'attuale, fondato sulla corresponsione di un contributo fisso annuale ai tre istituti sopramenzionati.

Nel quadro programmatico di una ristrutturazione dell'attività di prevenzione anticancro, è considerata indispensabile la istituzione di una Commissione permanente, a livello centrale, per la programmazione e il coordinamento degli interventi preventivi, degli schemi terapeutici e, soprattutto, di una ricerca finalizzata.

Allo stato attuale, la mortalità per tumori è stazionaria, come indice generale di mortalità, anche se vi è una certa regressione naturale di alcune localizzazioni (es. neoplasie gastriche), che è controbilanciata dall'incremento che si è registrato in altre localizzazioni, quali quelle del fegato, del pancreas e, principalmente, del polmone.

Le metodiche moderne interessate alla diagnosi precoce e alla prevenzione delle neoplasie localizzate in organi facilmente raggiungibili, come l'utero e la mammella, nonché i

progressi terapeutici che hanno prolungato la vita di pazienti affetti da localizzazioni linfoghiandolari o ematologiche, quali il linfoglioma, la leucemia, eccetera, hanno anche contribuito a contenere la mortalità su cifre stazionarie.

Una riduzione del 20 per cento della mortalità per tumori, oggetto di una dichiarazione resa recentemente alla stampa dal direttore dell'Istituto dei tumori di Milano, è prevista in prospettiva per i prossimi dieci anni, come risultato dei progressi compiuti nella prevenzione, nella diagnosi preclinica e nella terapia del cancro.

Borse di studio. Per ciò che si riferisce alla concessione di borse di studio nel campo delle malattie sociali, è da ricordare la recente richiesta di riduzione avanzata dalla commissione interregionale e basata sulla concorrente competenza regionale in materia, anche se per l'esercizio finanziario 1978 la somma stanziata di 73 milioni è stata riservata allo Stato e, per esso, al Ministero della sanità.

L'assistenza sanitaria riabilitativa agli invalidi civili è destinata a essere trasferita alle Regioni, in conseguenza del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, con decorrenza dal 1° gennaio 1979.

È stato possibile ottenere, per l'esercizio finanziario 1978, una integrazione di 35 miliardi rispetto allo stanziamento dell'anno 1977 (100 miliardi).

L'aumento è collegato sia all'estensione dell'assistenza sia all'incidenza del costo della vita (soprattutto per i maggiori oneri del personale). Resta tuttavia da coprire il *deficit* degli anni 1977 e precedenti, calcolato in 78 miliardi circa e per il quale sono in corso contatti con la Presidenza del Consiglio e con il Ministero del tesoro.

Il numero degli assistiti risulta attualmente di circa 60.000 unità (circa 25.000 per minorazioni « psichiche » e 35.000 per minorazioni « fisiche »); un numero che è andato crescendo e che è destinato, presumibilmente, ad aumentare ancora con l'estendersi dell'assistenza.

All'inizio del corrente anno, con la circolare 18 gennaio 1977, n. 6, il Ministero della

sanità aveva manifestato il proposito di esaminare, congiuntamente con le Regioni, la adozione di nuovi criteri per l'erogazione dell'assistenza sanitaria riabilitativa agli invalidi civili, meglio rispondenti alle finalità dell'intervento pubblico e alle esigenze di contenimento della spesa relativa. Con tale circolare venivano formulate alcune ipotesi per superare la rigidità dell'attuale sistema di finanziamento e, contemporaneamente, venivano invitate le regioni a disporre una ricognizione delle istituzioni convenzionate con il Ministero e a formulare proposte di riclassificazione secondo i criteri indicati o, eventualmente, secondo criteri alternativi, che il Ministero si riservava di valutare.

Poche sono state le risposte pervenute dalle Regioni; tant'è che si è resa necessaria la costituzione di un ristretto gruppo di lavoro *ad hoc* fra Regioni e competente Direzione generale.

Resta il grave problema dell'aumento delle rette, da tutti i settori politici e assistenziali sollecitato e dal Ministro della sanità non solo condiviso, ma sostenuto.

È da ritenere che tale delicato problema possa trovare al più presto favorevole esito da parte del Ministero del tesoro, anche in conformità all'affidamento dato in proposito dall'onorevole Presidente del consiglio.

L'esigenza di una ristrutturazione della Croce rossa italiana per renderla sempre più rispondente ai suoi compiti istituzionali, non può che essere condivisa.

Il recente decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, di attuazione della legge 382 del 1975, prevede all'articolo 27, lettera c) che alla ristrutturazione della Croce rossa italiana si provveda con la legge di riforma sanitaria e, comunque, non oltre il 31 dicembre 1979. In particolare il citato decreto prevede che « saranno trasferite alle regioni le attività sanitarie ed assistenziali svolte dall'ente nei settori di competenza regionale, con esclusione in ogni caso di quelle attuate in adempimento di convenzioni internazionali o di risoluzioni degli organi della Croce rossa internazionale ».

Infine, va precisato che lo stanziamento a favore della Croce rossa italiana a titolo

di contributo straordinario per l'assistenza prestata in occasione del terremoto nel Friuli (stanziamento contemplato dall'articolo 30 del decreto-legge 18 settembre 1976, n. 648) e ammontante a lire 500.000.000, è stato fatto gravare sul capitolo 1576, mediante corrispondente riduzione del medesimo capitolo per l'anno 1976 (il capitolo predetto è incluso, com'è noto, nella rubrica « Ospedali »).

Per quanto riguarda l'igiene degli alimenti e della nutrizione, sono ormai pronti i testi riguardanti il recepimento delle seguenti direttive comunitarie:

1) direttiva del 23 novembre 1976 concernente gli imballaggi per alimenti - Termine di recepimento 26 maggio 1978;

2) direttiva del 21 dicembre 1976 concernente le prescrizioni sanitarie relative ai prodotti a base di carne - Termine di recepimento 1° luglio 1979;

3) direttiva del 22 dicembre 1976 concernente gli alimenti destinati a diete particolari (prodotti dietetici) - Recepimento entro il 1° luglio 1979.

Qualche parola sui Servizi veterinari, precisamente per quanto riguarda i contributi agli Istituti zooprofilattici sperimentali - Capitolo 4086.

Il riparto per l'anno in corso del contributo di lire 5 miliardi è stato effettuato con decreto ministeriale del 28 aprile scorso.

Per quanto riguarda i criteri di utilizzazione di tale contributo statale si precisa che, in base alla legge 23 dicembre 1975 n. 745, gli Istituti zooprofilattici devono far fronte, con tali somme, a tutti i compiti istituzionali citati nell'articolo 4 della richiamata legge n. 745, tra cui è compresa, anche la ricerca sperimentale e la cooperazione tecnico-scientifica con altri istituti veterinari.

È doveroso far presente che la legge numero 503 del 1970, che fissa i criteri di ripartizione del fondo statale, stabilisce che tale ripartizione debba avvenire tenuto conto delle esigenze finanziarie per l'assolvimento dei compiti statutarî e in relazione alla consistenza del patrimonio zootecnico. Non

è quindi prevista un'apposita quota-parte per la ricerca scientifica il cui finanziamento è incluso da anni nel bilancio di previsione dei singoli Istituti in relazione alle previsioni di spesa per ricerche finalizzate alle esigenze degli altri compiti statutari degli enti.

D'altra parte, la regionalizzazione degli Istituti avvenuta con la legge n. 745 del 1975, ha tolto, di fatto, al Ministero della sanità, le possibilità di coordinamento degli enti stessi per cui l'eventuale coordinamento deve avvenire attraverso il filtro delle regioni.

L'aspetto più serio, tuttavia, è rappresentato dalla inadeguatezza del fondo statale di finanziamento che condiziona le possibilità operative degli enti rivolte alla ricerca.

Tuttavia, anche se limitata, tale attività dovrebbe essere coordinata e raccordata, nel comune interesse, con il Consiglio nazionale delle ricerche.

Per quanto riguarda il disegno di legge sul nuovo ordinamento degli studi per la formazione dei medici e degli operatori sanitari, a livello universitario e post-universitario, di competenza del Dicastero della pubblica istruzione, esso non è stato ancora trasmesso al Ministero della sanità.

Anche per corrispondere alle richieste della Commissione igiene e sanità della Camera e, ora, del Senato, un sollecito è stato fatto al Ministero della pubblica istruzione.

Farmaci. Per quanto riguarda i farmaci, vorrei ricordare alla Commissione che due importanti disegni di legge, di iniziativa governativa, sono già stati presentati al Senato, e precisamente uno riguardante il *ticket*, cioè una quota a carico dell'assistito per la spesa farmaceutica e l'altro contenente nuove norme in materia di registrazione e di disciplina dei farmaci.

Contemporaneamente desidero comunicare alla Commissione che proprio ieri è stata conclusa e definita la stesura del testo riguardante il brevetto sui farmaci, testo che nella giornata odierna verrà trasmesso, per il concerto, agli altri Ministeri.

Tali disegni di legge, soprattutto i due primi, offriranno occasione e motivo per un ampio dibattito su tutta la tematica dei farmaci e anche in quella sede sarò ben lieto di mettere a disposizione della Commissione tutti i dati richiesti. Una preghiera desidererei rivolgere al Presidente della Commissione, senatore Ossicini, cioè iniziare lo esame del disegno di legge sul *ticket* moderatore al più presto possibile.

Vorrei concludere con un richiamo agli accordi internazionali di collaborazione in campo sanitario, accordi in atto e accordi già programmati.

1. — Accordo con l'Unione sovietica. Esiste un sistema di collaborazione diretta disciplinato da un apposito Protocollo, aggiuntivo all'Accordo di cooperazione scientifica e tecnica esistente fra Italia e URSS.

Il programma di collaborazione viene fissato da un gruppo di lavoro italo-sovietico che si riunisce una volta all'anno e stabilisce i programmi di interesse comune e le modalità di applicazione. Nel quadro di tali settori, la cooperazione si svolge attraverso lo scambio di esperti, la riunione di seminari congiunti, lo scambio di informazioni e l'esecuzione di ricerche coordinate.

2. — Accordo di collaborazione con il Dipartimento della sanità degli Stati Uniti di America. Tale accordo, sotto la forma di un « memorandum », verrà firmato in occasione della imminente visita a Roma del Ministro della sanità statunitense e prevede una cooperazione diretta in diversi settori, fra i quali quello dei farmaci, degli alimenti, degli inquinamenti ambientali e della ricerca.

3. — Accordo con il Ministero della sanità della Repubblica democratica tedesca. È in fase avanzata di negoziato. I temi su cui verterà la cooperazione verranno fissati da un gruppo di lavoro che si riunirà non appena l'Accordo verrà concluso.

4. — Accordo con l'Ungheria. La sua trattazione è in fase iniziale anche se da parte ungherese è stato manifestato l'interesse ad una rapida conclusione.

È il caso di ricordare che altri paesi dell'Europa orientale come Bulgaria, Cecoslovacchia e Polonia hanno manifestato il desiderio che i rispettivi ministeri della sanità istituiscano una collaborazione diretta con il nostro Ministero; desiderio che incontra la piena disponibilità da parte italiana.

Vorrei, infine, ricordare la collaborazione avviata — tra la fine di agosto e la prima metà di settembre scorso — con le autorità sanitarie jugoslave, per unire gli sforzi comuni nella prevenzione contro il colera, quando più grave apparve la minaccia proveniente dai paesi del vicino Medio-Oriente.

Tale collaborazione è stata un test interessante e utile, di reciproca soddisfazione e impegno anche per il futuro.

Mi auguro che questo importante e vitale capitolo della collaborazione sanitaria internazionale possa trovare nuove, prossime occasioni anche in sede comunitaria-europea; convinti, come tutti siamo, che la difesa della salute non deve e non può conoscere nè confini nè barriere, se vogliamo arricchire la pace e la cooperazione internazionale di un significato ancora più nobile e ancora più esaltante, al servizio dell'uomo e della persona umana.

P R E S I D E N T E . Passiamo ora alle dichiarazioni di voto sulla Tabella n. 19.

M E R Z A R I O . Avevamo preannunciato questa dichiarazione conclusiva non già perchè dubitavamo della risposta — seria e responsabile — dell'onorevole Ministro, che ringraziamo e, nemmeno ci sfiorava il sospetto che l'impegno del collega Cravero si sarebbe esaurito nella pur interessante e stimolante relazione. Se ci siamo permessi di chiedere all'onorevole Presidente e ai colleghi una breve fatica supplementare è soltanto per riassumere un nostro giudizio complessivo sul Bilancio, per esprimere il nostro parere sugli ordini del giorno e quindi per tentare di rendere il più costruttivo possibile quel confronto di idee e di proposte operative che nel corso di tre sedute è stato da tutti

auspicato, credo, con spirito aperto e con leale volontà di collaborazione.

Eviterò quindi di introdurre forzature estranee alla natura degli argomenti sollevati nella discussione generale perchè oltretutto mi sembrerebbe scorretto ed improduttivo ricorrere, dopo le repliche, a spunti o a cavilli di carattere polemico.

Ciò non significa attenuare le ragioni critiche (che ci porteranno ad astenerci sulla tabella 19) che hanno permeato l'esauriente e puntuale intervento del collega Ciacci, a cui peraltro debbo manifestare personale gratitudine avendomi liberato dall'imbarazzo di dover inventare qualche cosa di originale dopo un quinquennio di lunghi discorsi sul Bilancio dello Stato per la spesa sanitaria.

Dal momento, soprattutto, che è sembrata opinione diffusa che la struttura contabile della Tabella 19 riproduce in modo statico una vecchia concezione e metodologia, avulsa com'è da tutti gli elementi di novità introdotti da recenti provvedimenti legislativi e in modo particolare dalla legge n. 382 (come è stato egregiamente evidenziato dal collega Bellinzona), era forte la tentazione di fare nostra l'espressione coniata nel 1972 dal presidente Ossicini circa il « rituale ossessivo » di questo appuntamento annuale.

Nonostante tutto, merita invece di essere sottolineata una differenza sostanziale — su questo concordo con il senatore Rampa — e cioè che il quadro di riferimenti per una nuova politica sanitaria è ricco — oggi — di notevoli e più avanzate potenzialità.

Per tanti anni ci siamo aggrappati al bilancio per stimolare una visione più organica dei problemi della salute, per esercitare la necessaria sensibilizzazione attorno all'esigenza di operare una svolta riformistica; oggi, si tratta di tradurre gli stimoli teorici in atti concreti, in misure incisive e coerenti, sorretti dalla consapevolezza che siamo entrati in una fase che non consente più battute di arresto o tattiche dilatorie se non vogliamo compromettere le prospettive a breve e a media scadenza.

I dati oggettivi della realtà sono noti e se non li abbiamo riproposti in modo analitico

in questa circostanza è perchè non vi sono molte pagine bianche da riempire ancora.

Oltre tutto, giudichiamo di palpitante attualità le considerazioni espresse in Aula il 4 aprile ultimo scorso discutendo della legge n. 202 e, successivamente, in Commissione abbinando nella legge n. 349 il rinnovo delle convenzioni e lo scioglimento degli enti mutualistici; così il dibattito del 6 luglio sulla nuova determinazione dei prezzi dei medicinali; il 28 luglio la discussione sul fondo ospedaliero ed, infine l'utile intermezzo del 29 settembre allorquando abbiamo ascoltato l'informazione del Ministro in merito all'*iter* legislativo della riforma presso l'altro ramo del Parlamento.

Semmai, avvertiamo la necessità di assicurare continuità e sviluppo al nostro sforzo di elaborazione; di trasformare la richiesta — più volte qui riecheggiata — del nostro coinvolgimento attraverso una verifica più costante e metodica delle varie tappe di transizione evitando magari di autolimitare il nostro ruolo alla semplice registrazione degli sviluppi che maturano in altre sedi, anche se autorevoli e degni del massimo rispetto.

Ecco allora la proposta di riprendere la discussione interrotta a fine settembre per utilizzare appieno la dichiarata disponibilità del signor Ministro, che ci è stata confermata anche questa mattina.

Possiamo anche apprezzare il tocco di eleganza del relatore che, quasi in punta di piedi, ci confessava il timore di apparire irrispettoso nei confronti dei colleghi della Camera impegnati nell'ardua fatica di concludere presto lo schema unificato di legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Senza tuttavia intaccare le rispettive sfere di autonomia decisionale, credo vi sia davvero bisogno del nostro contributo specifico per portare in superficie il vero nucleo dei problemi meritevoli di rapida e corretta soluzione per dare senso a quanto diceva il Ministro poco fa: fare dell'anno 1978 l'anno del collaudo!

Chiedendo scusa dello schematismo, il mio intervento tende appunto a rimarcare alcuni punti essenziali che, ripeto, andranno ripresi e meglio definiti con l'apporto di tutti i Grup-

pi politici che hanno sottoscritto l'intesa programmatica.

Vi è anzitutto un gruppo di questioni che non possiamo lasciare per molto tempo avvolte nella nebbia dell'incertezza, delle stime troppo approssimative, delle incognite che, alla lunga, avrebbero un effetto paralizzante. Alludo agli interventi ed alle misure per ridurre e qualificare la spesa sanitaria.

Abbiamo già avuto occasione di affermare che la soluzione del problema consiste nel definire un organico sistema capace di invertire l'attuale tendenza all'iperconsumo, comprimere sprechi e parassitismi, così da liberare nuove risorse da investire nel campo della prevenzione.

Riprenderò più avanti quest'argomento che ci sembra rimasto, purtroppo, in ombra o sottovalutato in tutto l'appassionato dibattito che si è andato sviluppando da qualche mese a questa parte e, addirittura, non ne troviamo labile traccia nelle striminzite pieghe del bilancio 1978.

Vorrei sbagliarmi ma se c'è un ritardo — grave e preoccupante — sul piano concettuale e ancor più sul piano delle scelte qualificanti lo possiamo individuare nel settore della prevenzione e nei fenomeni dovuti alla nocività dentro e fuori i luoghi di lavoro; l'onorevole Ministro ci ha informato dello schema legislativo relativo all'industria insalubre che giudicheremo a suo tempo anche perchè se non disponiamo almeno delle mappe di rischio vi è da chiedersi: come è possibile fare una giusta comparazione tra costi e benefici?

Non ci sembra ragionevole delegare tale materia soltanto alla scienza ecologica che certamente non si fa carico dell'obiettivo di contenere gli effetti perniciosi dell'inquinamento che colpisce le fabbriche e il territorio squilibrando gli stessi cicli biologici.

Ha ragione lei, signor Ministro: il problema è complesso ma dobbiamo tirarlo fuori dalla fitta coltre dell'indifferenza o, peggio ancora, della rassegnazione.

Non vorrei apparire presuntuoso o invadente ma sarebbe, forse, ottima cosa trasferire la discussione avviata nell'apposito comitato presieduto dal senatore Rampa alla sede plenaria per abbozzare un programma di

studio della realtà e, quindi, di ricerca delle possibili soluzioni di carattere legislativo.

Questo è un terreno sul quale si gioca, in larga misura, il diritto alla salute della nostra e delle future generazioni, dove gli stati invalidanti e le malattie degenerative crescono a ritmi impressionanti, dove al progredire della tecnica si accompagna un prezzo troppo alto di sofferenze umane e di sprechi economici.

È partendo da queste riflessioni che mi sono permesso di suggerire, dianzi, l'opportunità di assegnare questo filone alla nostra Commissione così come ritengo di interpretare anche il pensiero del senatore Costa nel dichiarare che sui problemi dei farmaci l'apposito gruppo di lavoro che avevamo costituito sente il bisogno di cointeressare tutti i colleghi per trovare, assieme, una strada meno angusta, meno irta di asperità procedurali, tenendo conto che dovremmo meglio attrezzarci in vista del riordinamento completo del settore: prontuari, brevetto, ricerca, prezzi, informazione scientifica, abolizione delle spese di propaganda, *ticket*, eccetera.

Ho citato soltanto alcuni titoli, evitando di entrare ancora nel merito, pur non ignorando che va delineandosi in questi giorni una massiccia offensiva da parte di alcuni settori imprenditoriali del mondo farmaceutico, smaniosi di ottenere nuove provvidenze, regali, sanatorie ed agevolazioni varie.

Questi due incisi e relative proposte operative — i colleghi l'avranno certamente capito — hanno una stretta correlazione con il discorso della riduzione della spesa che vorrei subito completare.

A me sembra che il modo come è stata impostata l'ipotesi di riservare alla sanità la quota del 6,5 per cento del prodotto nazionale lordo sia, in qualche misura, viziato da molti equivoci interpretativi.

Credo che ognuno di noi giudicherebbe impresa difficile e stravagante quantificare le tegole di un tetto prima ancora di aver calcolato la larghezza della costruzione e la stabilità dei muri maestri.

Ebbene, il primo nodo da sciogliere è quello di stabilire se la spesa preventivata deve oppure no far corpo unico con il modello di

intervento che si intende programmare. Mi spiego meglio: abbiamo ereditato un ordinamento sanitario fortemente involutivo perchè caratterizzato dal predominio di interessi mercantili che ha allargato paurosamente l'area dei consumi inutili e nocivi, sicchè ad una crescita vertiginosa della spesa fa riscontro un rapporto inversamente proporzionale in termini di tutela della salute.

Un sistema sempre più costoso e sempre meno efficace, per dirla in breve!

Pur valutando positivamente la scelta di privilegiare la medicina pubblica anche da parte degli operatori sanitari (e non ho compreso il senso dell'ingiustificata critica del senatore Pinto al cambio dirigenziale ed alla modifica di certi indirizzi dell'Organizzazione sindacale medica) dicevo, che la scelta opzionale per la medicina pubblica non basterebbe se dovesse ridursi ad una dichiarazione di principio. Ci pare che sia parimenti importante perseguire l'obiettivo di qualificarla e di gestirla attraverso criteri di compatibilità economica.

Non vorremmo, in altre parole, che la giusta indicazione di trasformare la spesa pubblica da elemento di crisi in fattore di rinnovamento e di sviluppo si riducesse ad uno *slogan* di facciata.

Se è vero allora che il costo della sanità ha superato i livelli di guardia e che è causa non secondaria del dissesto del settore pubblico — con tutta la carica inflazionistica che ciò comporta — non bisogna rinunciare a controllare rigorosamente la dinamica dei costi ed i senatori che hanno esaminato la proposta del ministro Stammati avranno certamente valutato con sorpresa la stima di 430 miliardi in più per l'assistenza erogata in convenzionamento esterno.

Non potendo entrare nel labirinto delle cifre senza disporre di una bussola attendibile siamo dell'avviso, come Gruppo, che converrebbe concretizzare la proposta che ci viene suggerita dal ministro Dal Falco di sentire direttamente in Commissione il Ministro del tesoro. Nessuno dei colleghi si è sentito geloso per gli apprezzamenti rivolti ai deputati della 15^a Commissione della Camera dal ministro Stammati; al contrario, restiamo in

attesa di chiarimenti essendo comune la sensibilità qui richiamata dal senatore Cravero e l'impegno di introdurre adeguati meccanismi di controllo per ridurre la spesa sanitaria globale sin dalla fase di avvio del nuovo servizio nazionale.

Rimane presente in tutti noi una preoccupazione per il fondo ospedaliero e, sull'argomento, esprimo già un parere in merito all'ordine del giorno presentato dal nostro Gruppo e su quelli presentati da altri colleghi che, pur essendo diversamente articolati, tendono alle stesse finalità.

Non mi pare vi sia necessità di richiamare vecchi e recenti impegni assunti in tal senso dal Governo a seguito di ordini del giorno votati all'unanimità proprio da questa Commissione, così come sono note le istanze espresse unitariamente dalle Regioni sulla questione.

Vorremmo, piuttosto, confrontare meglio la proponibilità della nostra proposta circa la rateizzazione del debito pregresso utilizzando le somme da reperire sul mercato finanziario per mettere a regime il fondo ospedaliero per il 1978.

Diversamente, non si vede come sia possibile programmare effettivamente la spesa; eliminare l'onere degli interessi passivi e la precarietà dei rapporti con il personale e con i fornitori.

Quattro mesi fa il Governo dava per scontata la deliberazione del CIPE e considerava privi di fondamento i timori di non avere un quadro di certezza per l'erogazione del fondo relativamente agli anni 1977-78.

A questo punto diventa esercitazione accademica ricordare tra di noi gli aspetti esplosivi della crisi ospedaliera: i 175 ricoveri sui 1.000 abitanti rispetto ai 120 della media europea; la degenza media di 16 giornate rispetto alle 7 dell'area comunitaria, eccetera.

Così come abbiamo fatto bene a denunciare gli squilibri dell'edilizia ospedaliera tra Nord e Sud, la sottoutilizzazione di molti ospedali zonali ed il sovraffollamento degli ospedali centrali.

Correggere queste sfasature è possibile e necessario, ma ciò si ottiene attraverso una

programmazione sanitaria degna di questo nome e limitata ai preventivi ospedalieri, superando l'ambiguo bipolarismo tra nosocomi e unità sanitarie locali, portando ad unitarietà tutti i presidi e tutte le funzioni e quindi spostando l'asse dell'intervento al domicilio, all'ambulatorio, alla comunità.

Quando il senatore Cravero ci parla di « arcipelago sanitario » intende ovviamente riferirsi alle strutture istituzionali prive del necessario coordinamento e della indispensabile integrazione. Ma ad aggravare il quadro ci sono altri fattori collegati all'odierno regime di prestazioni mediche parcellizzate; vi è una miriade di interventi individuali, una erogazione cottimistica dell'assistenza, un esorbitante consumo farmaceutico da una parte ed un eccessivo ricorso ad analisi diagnostiche dall'altro, nonchè una spinta al ricovero indiscriminato.

Allora, la costruzione dei distretti per aree a primo livello non deve essere intesa come struttura sanitaria aggiuntiva, ma come momento unificante delle prime forme di prevenzione. È soltanto operando sulle condizioni sociali ed ambientali che diventano realistici gli obiettivi di ridurre, con i fattori morbigeni, il volume della spesa oggi erogata per mille canali e rivoli ed acquista finalmente senso e valore la tanto declamata libera scelta e rapporto di fiducia perchè si rende la professionalità scientificamente e culturalmente più gratificante.

Oltre al problema del fondo ospedaliero vi è una seconda questione di rilevante importanza che merita una particolare attenzione in questa fase cosiddetta di transitorietà.

Si ricorre spesso all'immagine delle « mine vaganti » per significare le insidie al quadro politico; orbene, anche il terreno della riforma può diventare insidioso ed accidentato se non si rimuovono sollecitamente alcune cause di turbativa e di inquietudine.

In modo particolare occorre dare piena attuazione alle norme contemplate nella legge n. 349 per quanto attiene al rinnovo delle convenzioni e per rendere funzionanti gli strumenti che presiedono al passaggio dal regime commissariale delle mutue. L'onorevole

Ministro ci ha già informati in merito alla prima fase e non mancherà, ne siamo sicuri, di soddisfare ulteriori nostre esigenze conoscitive.

Nel frattempo, ci sembra però che sia le trattative per la stipula delle convenzioni che il confronto per il rinnovo contrattuale degli ospedalieri abbisognino di una presenza più incisiva e qualificata dei Ministri interessati per ancorare ad un piano di concretezza il discorso sulla omogeneizzazione dei trattamenti economici, senza assurdi appiattimenti, ma anche nell'intento di ridurre il ventaglio delle attuali sperequazioni tra l'area convenzionata e l'area regolata dal rapporto di impiego contrattuale.

Avendo già impegnato molto tempo mi avvio alla conclusione tralasciando di accennare ad altri problemi come il riordino delle facoltà universitarie di medicina, la qualificazione del personale parasanitario, il potenziamento dell'Istituto superiore di sanità e via dicendo.

Nel dibattito sono emersi spunti interessanti e nella replica alcuni chiarimenti ci sono stati offerti sia dal relatore che dal Governo. Non intendo ora far seguire commenti alle cose dette; piuttosto, vorrei accennare alle cose omesse.

Circa il problema dei residui passivi non ci attendevamo una risposta dettagliata perchè la dinamica della spesa è spesso rallentata dalla farraginoso macchina burocratica ed abbiamo tutt'ora abbastanza presenti i rilievi della Corte dei conti, ma anche questa mattina non si è fatto alcun cenno a questi problemi.

In ogni modo, il nostro interesse credo che debba essere rivolto a quei capitoli della tabella riservati, ad esempio, agli interventi di carattere sociale: alla psichiatria in ragione di 80 miliardi ed a diverse voci (15) non utilizzate nella profilassi veterinaria. Si tratta di oltre 30 miliardi e non spenderò molte parole ancora sui danni che da ciò derivano al patrimonio zootecnico in quanto, da anni, ci battiamo per mettere in luce come il ritardo nell'opera di risanamento del bestiame produce danni al patrimonio zootecnico di decine di miliardi.

Mi limito però a constatare che abbiamo nei residui passivi oltre 30 miliardi; il che ci avrebbe consentito di affrontare con maggiore speditezza questa grande opera, che oltretutto incide, come i colleghi sanno, sulla bilancia dei pagamenti.

Un'altra voce che ha fatto discutere i colleghi (anche perchè incoraggiati dal relatore) è quella relativa al Centro studi del Ministero. Ora qui vengono confermati in bilancio 800 milioni, ma credo che gli onorevoli colleghi si siano accorti che si sono accumulati dei residui per un miliardo e 360 milioni.

Più che indugiare sul consuntivo delle scarse iniziative sviluppate nel passato, intendiamo guardare alle nuove esigenze che si dischiuderanno con il processo riformatore.

Non vi è dubbio che negli ultimi mesi si è dovuto improvvisare parecchio, onorevole Ministro, per rendere applicabili i provvedimenti legislativi ad una realtà largamente sconosciuta; e d'altronde gli studi hanno senso se vengono finalizzati ad obiettivi di programmazione.

Il Ministero ha cercato di supplire alle difficoltà oggettive istituendo alcuni comitati di studio e di consultazione (per la psichiatria, per il trasferimento del personale, per il prontuario farmaceutico ospedaliero, eccetera).

Non siamo informati dei risultati, ma riteniamo che oltre ad incoraggiare le più ampie collaborazioni si dovrebbe tendere ad una migliore sistematicità del lavoro di ricerca e delle iniziative promozionali, ivi compresa la proposta, a mio avviso utile (ne ha convenuto anche il senatore Bompiani), di utilizzare i canali televisivi qui annunciati dall'onorevole Ministro per la necessaria opera di educazione sanitaria di tutto il Paese.

Vorrei accennare, da ultimo, ad un solo esempio perchè mi sembra di rilevante significato. Come ha ricordato il relatore, senatore Cravero, io ho reso partecipi i colleghi dei vari Gruppi di una bozza di documento predisposta dal professor Veronesi, direttore generale dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori. Attraverso questa interessante elaborazione, oltre ai problemi ricordati dal senatore Cravero, vengono indi-

cate alcune direttrici di marcia per un piano programmatico di lotta contro i tumori e, partendo dalla necessità di utilizzare meglio le risorse, si ipotizzano opportuni interventi coordinati nella prevenzione, nella diagnosi preclinica e nei mezzi di cura.

Orbene (questa è la domanda che pongo agli onorevoli colleghi e a me stesso), anziché parlare del cancro di sfuggita, in occasione del bilancio o quando deliberiamo dei contributi ad organismi internazionali, non è il caso di avviare una discussione seria alla luce delle nuove esperienze che vanno maturando sul piano scientifico?

Ringrazio i colleghi che si sono dichiarati disponibili a concordare, d'accordo eventualmente con l'onorevole Presidente, delle proposte operative in seno alla Commissione, ma al tempo stesso ci sembra indispensabile ed auspicabile una corresponsabilizzazione del Ministero per gli eventuali adempimenti di propria competenza e dare senso a questi stanziamenti, che poi non vengono utilizzati.

Quest'ultimo rilievo esemplificativo mi rende più facile la conclusione circa l'argomento emerso con particolare vivacità nella discussione e che riguarda il futuro riservato al Ministero della sanità.

Rispetto a quella specie di caccia alle streghe di un anno fa, la settimana scorsa il collega Rampa ha esplicitato meglio il suo pensiero non contestando frontalmente le osservazioni, che mi sono sembrate logiche ed equilibrate, del collega Bellinzona.

Personalmente rifuggo sempre dalle etichettature troppo sbrigative (anche per questo, sovente, vi rubo qualche minuto in più). Si è parlato di Ministero di spesa, di Ministero politico, di indirizzo, di coordinamento, di sintesi. Ma io credo che sarebbe più semplice dire che il Ministero della sanità deve adeguare le proprie strutture, funzioni e compiti alle competenze che saranno fissate dalla legge di riforma, come diceva prima il Ministro, e alle attribuzioni già specificate dalla legge n. 382.

Credo che, se non difetterà la volontà politica, non mancherà certo lo spazio e la materia per soddisfare i principi di unitarietà del servizio sanitario nazionale già delineati all'articolo 3 della legge istitutiva.

È un problema estremamente importante, anche perchè abbiamo appreso che vi è un ulteriore slittamento degli impegni governativi, che dovevano essere osservati entro il 31 ottobre. Per cui, anche a tale riguardo, noi ci associamo alla protesta e alle preoccupazioni espresse dalle Regioni in questi giorni.

In fondo, chi ha esaminato con occhio critico ed obiettivo la tabella 19 si è accorto di quante incongruenze sono infarciti molti capitoli e, comunque, che la spesa totale copre a mala pena un decimo soltanto della spesa globale sanitaria.

Questo Ministero, quindi, già oggi è un po' il Ministero cenerentola. Io sono convinto, invece, che, oltre ai compiti di sintesi e di coordinamento, occorre un più audace impegno nel vitaminizzare gli strumenti tecnico-scientifici, così come ha anticipato il Ministro riferendosi, in particolare, all'Istituto superiore di sanità. E certamente ciò esalta e non mortifica il ruolo dello Stato, purchè esso sappia rinnovarsi ed articolarsi in stretto legame con le Assemblee elettive nazionali, regionali e comunali, nel quadro di un'autentica politica di programmazione fondata, come spesso auspichiamo, sulla più ampia partecipazione democratica.

D E L N E R O . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, la replica dell'onorevole relatore e quella, assai ampia, dell'onorevole Ministro mi facilitano il compito della dichiarazione di voto a nome del Gruppo della Democrazia cristiana. Si tratta di un voto senz'altro favorevole a questo bilancio perchè rivela, sia pure nei limiti economici e politici generali della situazione attuale, il tentativo di dare una qualificazione alla spesa del bilancio della Sanità, di riuscire a stabilire quella che deve essere la funzione di indirizzo e di coordinamento del Ministero nel nuovo ordinamento dell'assistenza sanitaria realizzata attraverso l'opera delle Regioni.

Vorrei, in primo luogo, sottolineare il significato profondo che ha la precisazione della spesa sanitaria. Sì, è esatto che è difficile approntare le tegole per il tetto — come ha detto il senatore Merzario — prima di

aver garantita la stabilità dell'edificio; però è anche vero che nel campo della sanità bisogna una volta per tutte stabilire dei traguardi di spesa e su tali traguardi stabilire la politica sanitaria, altrimenti rischiamo veramente di continuare a rincorrerci (come succede per la spesa ospedaliera e per altre spese) perchè non abbiamo il coraggio di stabilire un parametro preciso, al quale, poi, tenere fede; parametro che non sia troppo basso, nella previsione che lungo la strada bisognerà in qualche modo aumentarlo, ma neanche lasciare che la spesa possa andare secondo le richieste e le esigenze di ogni momento anche si sa che è assai difficile contenere questi settori di spesa. Pertanto, ripetuto, è necessario stabilire dei traguardi di spesa iniziali e chiedere che siano rispettati, oppure diventa, poi, difficile mantenersi al corrente con la spesa ed evitare che si creino delle situazioni di disagio per ritardi nei pagamenti e impossibilità di programmare i traguardi di sicurezza sociale con giustizia per tutte le Regioni.

Oggi, certamente, vanno affrontati alcuni problemi fondamentali, e uno dei primi è quello della definizione del fondo nazionale ospedaliero, per il quale anche noi abbiamo presentato un ordine del giorno. Occorre, una buona volta, sanare debiti passati e sanarli effettivamente non con la procedura attuale che tra il fare le leggi con cui si delibera la sanatoria, il ricorso al mercato finanziario e poi, finalmente, la liquidazione e pagamento, si finisce che quando si sono pagati i debiti vecchi se ne sono accumulati di nuovi; non solo, ma i debiti vecchi sono aggravati di notevoli interessi bancari ed hanno finito con il creare una serie di disagi alle Amministrazioni, perchè le ditte fornitrici che non si sono viste pagare il fatturato sono portate ad aumentare i prezzi per le forniture correnti, per cui non si riesce più a creare un equilibrio di bilancio.

Riteniamo, quindi, veramente essenziale che si arrivi ad una sanatoria del passato e a garantire un fondo nazionale ospedaliero che sia adeguato per l'avvenire, anche per non mettere in crisi molte delle aziende della piccola e media industria nazionale, che hanno degli scoperti di credito molto forti verso il

sistema sanitario, come lo hanno verso altre grosse imprese a carattere pubblico. Non riuscendo, ad incassare questi crediti, anche ditte che sono estremamente sane sul piano economico rischiano di cadere in una crisi completa. Dopo di che è inutile ricorrere con leggi che concedono mutui agevolati o con altre provvidenze alle imprese quando l'origine è la carenza del potere pubblico nel far fronte ai propri impegni.

Un altro aspetto da sottolineare mi pare quello delle convenzioni uniche per i medici, sui cui già altri hanno richiamato l'attenzione. Anche a questo proposito abbiamo presentato un ordine del giorno. La legge n. 349 — concepita come legge di avvio alla riforma sanitaria attraverso la duplice funzione di garantire il passaggio dalla mutualità alle Regioni e di realizzare le convenzioni uniche dei sanitari come elemento di razionalizzazione, omogeneizzazione del sistema e di qualificazione dell'assistenza sanitaria — prevedeva un termine di trenta giorni per definire queste convenzioni. Tale termine è stato ampiamente superato e si ha l'impressione che il lavoro della Commissione apposita sia faticoso, lento, con momenti addirittura di stasi. È invece necessario che entro il mese di novembre queste convenzioni siano definite se si vuole evitare lo stato di agitazione permanente del personale sanitario, se si vuole evitare l'aumento dei costi. Si tratta, ad un certo punto, di avere il coraggio di affrontare decisamente questo problema, visto che generalmente le parti si accordano solo in vista dell'ultima riunione, perchè nessuno vuol cedere nulla finchè non si giunge all'ultimo traguardo.

Si è parlato dei farmaci e debbo dare atto al Ministro della sanità che, dopo anni in cui si è solo parlato di politica dei farmaci, alcuni elementi concreti cominciano ad emergere; dal *ticket* moderatore al nuovo modo di registrazione e propaganda dei medicinali, al nuovo sistema di fissazione dei prezzi degli stessi. E questi elementi rappresentano senza dubbio dei passi in avanti nella politica del farmaco. È in atto una grossa razionalizzazione del sistema, sono scomparsi dalla circolazione diversi farmaci e sono scomparse anche diverse industrie farmaceutiche

fasulle, le quali, di fronte ad una situazione di maggior serietà e controllo hanno dovuto chiudere i battenti. E forse in questa materia va dato ancora qualche ulteriore taglio perchè la politica del farmaco possa essere fatta in modo chiaro.

Sottolineiamo ancora il grande significato che attribuiamo alla riforma della Facoltà di medicina. A questo riguardo abbiamo presentato un ordine del giorno in cui chiediamo al Ministro della sanità di farsi interprete delle nostre richieste presso il Ministro della pubblica istruzione, che aveva promesso e garantito che la riforma della Facoltà di medicina sarebbe uscita contestualmente alla riforma sanitaria; mentre la riforma sanitaria sta facendo passi se non celeri per lo meno continui e regolari nell'altro ramo del Parlamento, per la riforma della Facoltà di medicina non si è presentato neanche il disegno di legge.

È stato sottolineato che il bilancio del Ministero della sanità non prevede grosse spese per l'attività di prevenzione. Purtroppo, ci rendiamo conto che in periodo di restrizione del bilancio diventa difficile per il Ministro della sanità incrementare nuovi capitoli di spesa, anche se da utilizzare per l'attività di prevenzione. Chiediamo però al Ministro di cercare di utilizzare i fondi residui del Centro studi almeno per un'attività di studio e di programmazione soprattutto nel campo della profilassi e della prevenzione.

Abbiamo presentato anche un ordine del giorno sull'educazione sanitaria perchè riteniamo che anche questo settore vada particolarmente sviluppato. Se riusciremo, con un'azione costante, a ridurre la mentalità del consumo del farmaco ad ogni costo, a far capire al cittadino che l'abilità di un medico non si valuta dal numero di medicinali che prescrive, avremo fatto una grossa conquista di educazione sanitaria. E in questo campo credo che l'azione del Ministero debba svolgersi con tutti i mezzi possibili. E così per i problemi dell'inquinamento e della nocività ambientale, per i quali il Ministero dovrebbe offrire iniziative di coordinamento alle Regioni e ai Comuni.

Faccio accenno anche alla necessità di una revisione della disciplina sugli stupefacenti,

non come impostazione generale, ma per ciò che riguarda le questioni di carattere procedurale, che vanno affrontate eliminando una serie di adempimenti che per essere richiesti a tutti i livelli hanno reso complicata questa disciplina.

Un altro argomento sul quale vorrei fermarmi e del quale ha già parlato anche il Ministro, è quello degli handicappati.

Vi sono istituzioni che rischiano di chiudere in quanto con le rette che oggi vengono pagate per gli handicappati non può essere ulteriormente garantita un'adeguata assistenza; il ministro Dal Falco ci ha detto che, a questo proposito, si è recentemente incontrato con il Presidente del consiglio e con il Ministro del tesoro e ci auguriamo che, effettivamente, questo delicato problema sia avviato a felice conclusione.

DAL FALCO, *ministro della sanità*. Confermo quanto detto dal senatore Del Nero aggiungendo che l'onorevole Andreotti, mi ha indirizzato una lettera su questo specifico argomento.

DEL NERO. Auguriamoci, ripeto, che la cosa arrivi presto in porto in quanto vi sono alcune istituzioni che si trovano fin da ora in gravi difficoltà; in qualche zona sono intervenute le Regioni per cercare di far riaprire queste scuole, ma in altri casi, l'apertura non è stata possibile perchè sulla base delle attuali rette, nessuno si è sentito di partare avanti questo impegno.

Anche a proposito di tale problema, comunque, abbiamo presentato un apposito ordine del giorno nel quale invitiamo il Ministro della sanità a studiare la situazione con assoluta urgenza.

Vorrei concludere esprimendo il giudizio positivo del Gruppo edlla democrazia cristiana in merito al bilancio in esame che, pur nelle ristrettezze della situazione economica attuale, tende — lo ripeto — alla riqualificazione della spesa sanitaria. Nel contempo, mi permetto di invitare il Ministro del tesoro a considerare con la dovuta attenzione e coscienza l'importanza rivestita dal settore sanitario nella vita del Paese.

Noi abbiamo l'impressione, ci sia permesso di dirlo, che non sempre sia stata adeguatamente valutata, in sede governativa, l'importanza del fattore sanitario, nella vita del Paese. Quando si riescono a trovare — si tratta di fatti ben noti a tutti — centinaia di miliardi per tamponare aziende in crisi o parassitarie non vedo perchè non si dovrebbero trovare, invece, i fondi necessari per garantire quegli aspetti della salute del cittadino che costituiscono un bene che non è patrimonio di nessuna forza politica ma di tutti e dell'intero Paese.

Credo che se tutti insieme riusciremo a far sentire, che i problemi sanitari devono essere considerati come essenziali avremo dato un contributo veramente serio al processo di sviluppo della nostra Nazione.

P R E S I D E N T E . Desidero comunicare alla Commissione, ed in particolare al senatore Merzario, che ho già provveduto a prendere gli opportuni contatti con il ministro Stammati il quale ha aderito all'invito di intervenire ai lavori della Commissione per rispondere ai quesiti che ci interessano fornendoci gli elementi di giudizio che anche questa mattina sono stati richiesti.

P I T T E L L A . Signor Presidente, molto brevemente per ringraziare l'onorevole relatore ed il ministro Dal Falco delle risposte approfondite — fornite in sede di replica — in merito a numerosi problemi posti in luce nel corso della discussione generale sulla tabella n. 19.

Tuttavia, molte delle perplessità da me evidenziate non sono state fugate; perplessità e preoccupazioni in ordine alle varie voci di bilancio che mi avevano fatto temere che il dibattito sulla tabella n. 19 sarebbe stato contraddistinto da « colori » piuttosto tenui e rassegnati.

La risposta di rigetto, che però è stata data in termini sentiti, sinceri da parte del senatore Rampa in sede di discussione generale e questa mattina, da parte del relatore, mi convincono che l'aver stimolato un certo tipo di discorso è stato senza dubbio positivo.

Il Gruppo socialista dichiara comunque che si asterrà dalla votazione sulla tabella in esame per tutta una serie di motivazioni; innanzitutto infatti questa tabella, di fronte al bisogno di nuovo che sale dal Paese, avrebbe dovuto avere, a nostro avviso, caratteri ben diversi.

La definizione di questo bilancio come bilancio di transizione per noi non può essere soddisfacente ed appagante rispetto alle richieste degli utenti; non ci sembra che, attraverso la sola speranza di varare la legge sul servizio sanitario nazionale al più presto, ci si possa sentire soddisfatti dell'attuale bilancio in quanto che non è stato detto in quale maniera si vorrà affrontare, ad esempio, il problema della prevenzione ambientale, della lotta ai tumori, della psichiatria e ciò nonostante ogni manifestazione di buona volontà espressa anche questa mattina sia dal relatore che dal Ministro della sanità.

In sostanza, e riprendo un tema sottolineato poc'anzi dal senatore Merzario e che ha formato oggetto del mio intervento in sede di discussione generale, il fatto di voler assegnare al Ministero una quota del prodotto nazionale pari al 6,5 per cento ci pare voglia creare una sorta di « staccionata » entro la quale dovranno necessariamente essere contenuti gli aneliti, anche pressanti, della popolazione che, nel frattempo, è cresciuta in termini civili e quindi anche nelle sue richieste di progresso.

L'impegno di adeguamento del fondo ospedaliero, infatti, non ci sembra trovi risposta adeguata nelle cifre e rimane pertanto solo una espressione di buona volontà; infine, pur di fronte alle apprezzabili espressioni di razionalizzazione del sistema, non ci pare vi sia una previsione di bilancio che rappresenti un sostegno economico adeguato, cioè capace di permettere la realizzazione delle innovazioni ed il superamento della irrazionalità oggi riconosciuta da tutti.

Queste sono dunque le motivazioni, onorevole Presidente, che in aggiunta a quanto già detto nel corso della discussione generale che qui non ripeto, inducono il Gruppo socialista ad astenersi dal voto sulla tabella n. 19.

P I N T O . Signor Presidente, onorevole Ministro, sarò molto breve. Ho infatti già espresso — in sede di discussione generale — le perplessità del Gruppo repubblicano in merito ad alcuni principi contenuti in questo bilancio, cosiddetto di transizione. Pertanto, annuncio l'astensione del mio Gruppo.

Desidero tuttavia esprimere la mia soddisfazione per le dichiarazioni del Ministro della sanità e del relatore in merito ad alcuni problemi da me evidenziati in sede di dibattito.

Innanzitutto, sono grato al Ministro per aver assunto l'impegno di un rigoroso controllo della spesa sanitaria; sono d'accordo sul fatto di stabilire un tetto massimo per quest'ultima e, anche se posso essere del parere del senatore Pitella nel dire che la percentuale indicata è esigua, aggiungo che bisogna tuttavia tener conto della necessità di inserire anche la spesa sanitaria in un generale quadro di controllo della spesa per i servizi; se vogliamo aumentare la spesa a favore della sanità dobbiamo porci contemporaneamente la domanda: a scapito di quale altro servizio questo può essere fatto?

Non si può infatti chiedere contemporaneamente, come purtroppo a volte viene fatto da qualche parte politica, l'aumento della spesa a favore dei trasporti, dei servizi scolastici e del turismo chiedendo anche l'aumento della spesa sanitaria! È necessario operare una programmazione e, in questo quadro, inquadrare anche la spesa per il settore sanitario.

A tal proposito vorrei invitare il signor Ministro a tener presente che le spese necessarie per la stipula delle convenzioni con i medici, non essendo previste dalla legge numero 349 del 1977, necessitano di un apposito provvedimento legislativo. Non si può infatti decidere una spesa di quella entità ricorrendo ad un semplice stralcio che, tra l'altro, non è ben chiaro da quale fondo dovrebbe essere tratto.

Il senatore Del Nero ha sostenuto la necessità di fare al più presto le convenzioni; d'accordo ma, allo stesso tempo, non mi pare sia condivisibile l'appunto mosso al Governo per il ritardo che, in tanto, si è verificato.

Tale ritardo, infatti, è a mio avviso addebitabile a due fattori: da un lato vi è il tentativo di contenere la spesa per la stipula delle convenzioni entro certi limiti e, dall'altro, vi è quello dei medici di aumentare sempre più i propri emolumenti gonfiando, in tal modo, la spesa stessa.

In questa sede, responsabilmente, faccio appello al Governo affinché la convenzione di cui trattasi venga stipulata al più presto ma, contemporaneamente, rivolgo un appello alla classe medica affinché mantenga le proprie richieste entro limiti tali da poter consentire quel controllo della spesa pubblica che tutti diciamo di volere ma che poi, all'atto pratico, dimentichiamo. Si tratta infatti di una spesa pubblica, perchè a pagarla sono i cittadini!

Desidero inoltre esprimere la mia soddisfazione per quanto il ministro Dal Falco ci ha detto in merito all'educazione sanitaria.

Credo che se si riuscirà ad ottenere una convenzione soddisfacente con la RAI potremo veramente porre in essere qualcosa di soddisfacente e positivo: oggi, infatti, la radio e la televisione arrivano in tutte le case e pertanto, attraverso questi canali, potremo riuscire ad ovviare a molti degli inconvenienti lamentati come, ad esempio, a quelli relativi alla superprescrizione, a quello delle visite mediche troppo numerose e così via.

Ciò rappresenta un fatto molto importante in quanto una buona educazione sanitaria è alla base di quella che dovrà essere la riforma sanitaria del Paese.

Infine una breve osservazione per ribadire il mio pensiero sul finanziamento del fondo ospedaliero; questo, infatti, rappresenta un fatto essenziale per evitare che sul costo del servizio sanitario venga ad incidere anche quello degli interessi bancari cioè una spesa che è di puro e semplice profitto per le banche.

Quindi sono dell'avviso che il Governo debba comunque trovare il sistema di finanziare il fondo ospedaliero, non soltanto per pagare i residui e i fornitori, ma essenzialmente per non far caricare sulla spesa sanitaria una spesa che sanitaria non è.

Dovrei infine illustrare i tre ordini del giorno da me presentati, ma credo di averlo già fatto ampiamente in sede di discussione generale. Vorrei però porre l'accento particolarmente sulla questione del numero programmato nelle università. I colleghi della Democrazia cristiana hanno presentato un ordine del giorno in tal senso che parla di riforma degli studi medici universitari. Io mi riferisco più esplicitamente al numero programmato nelle università, perchè leggo notizie che fanno rabbrivire: a Napoli gli iscritti al primo anno sono cinquemila, a Roma non si contano più. Abbiamo quindi il dovere, come forze politiche, di intervenire e di esprimere il nostro parere in merito a questo problema.

P R E S I D E N T E . Grazie, senatore Pinto.

Passo ora alla lettura, in ordine di presentazione, degli ordini del giorno pervenuti dai vari gruppi, sui quali chiedo il parere del Ministro della sanità, ricordando che questi ordini del giorno, nel caso in cui fossero respinti dalla nostra Commissione, possono essere presentati nuovamente in aula.

Il senatore Pinto ha presentato nella precedente seduta tre ordini del giorno. Leggo il primo:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

impegna il Ministro della sanità perchè, sulla base della denuncia fornita dal relatore, senatore Cravero, il quale ha informato che di fronte a 128.000 medici iscritti agli albi vi sono 150.000 iscritti a medicina, con una media di 30 mila iscritti annui, solleciti il Ministro della pubblica istruzione — che aveva assunto impegno in merito — a presentare una proposta di legge per il numero programmato.

(0/912/1/12 - Tab. 19)

C R A V E R O , relatore alla Commissione. Esprimo parere pienamente concorde, tanto più che una richiesta in tal senso è stata avanzata anche attraverso la forma epistolare.

R A M P A . Chiedo la parola unicamente perchè non vorrei che nascesse un equivoco. L'ordine del giorno del collega Pinto, se non sbaglio, rivolge un invito al Ministro della sanità perchè si interessi allo scopo di presentare una proposta di legge per il numero programmato nelle facoltà di medicina. Questo non significa alla lettera che la riforma delle facoltà di medicina debba comprendere anche il numero programmato, per cui non mi sembra che dovremmo essere favorevoli al numero programmato *sic et simpliciter*, ma piuttosto ad un apposito disegno di legge di riforma delle facoltà di medicina che comprenda anche il numero programmato. D'altra parte la risposta del Ministro si riferisce al disegno di legge di riforma della facoltà di medicina.

P R E S I D E N T E . So benissimo tutto questo. Comunque, poichè il senatore Pinto ha presentato questo ordine del giorno, lo sottopongo al parere della Commissione e del Ministro perchè si esprimano in merito.

D A L F A L C O , ministro della sanità. Credo vada precisato che il numero programmato non può essere considerato isolatamente dalla riforma della facoltà di medicina. Se pensassimo infatti ad una specie di provvedimento « ghigliottina » che preveda solo il numero programmato, per cui si operasse una specie di salasso nei confronti degli studenti attualmente iscritti alla facoltà di medicina, il discorso sarebbe molto diverso. Quindi la precisazione del senatore Rampa mi sembra giusta.

P I N T O . Vorrei chiarire il mio pensiero: a mio avviso è necessario il numero programmato, e su questo sono stato molto chiaro. Noi vorrei che, come accade spesso nel nostro Paese, si predisponesse la legge di riforma delle facoltà di medicina in cui, poi, si parlasse di tutto meno che del numero programmato. Chiedo perciò che l'ordine del giorno da me presentato venga votato.

P R E S I D E N T E . Ma l'interrogativo che si poneva non era su questo, che è chiarissimo, ma sulla dizione usata: potrebbe in-

fatti sembrare che lei, senatore Pinto, voglia una proposta di legge *ad hoc*, esclusivamente cioè per il numero programmato.

P I N T O . No, io auspico una proposta di legge che contenga anche il riferimento al numero programmato.

P R E S I D E N T E . Propongo di modificare l'ordine del giorno del senatore Pinto come segue:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

impegna il Ministro della sanità perchè, sulla base della denuncia fornita dal relatore, senatore Cravero, il quale ha dato l'informazione che di fronte a 128.000 medici iscritti agli albi vi sono 150.000 iscritti a medicina, con una media di 30.000 iscritti annui, solleciti il Ministro della pubblica istruzione — che aveva assunto impegno in merito — a presentare proposta di legge per la riforma delle facoltà di medicina che preveda anche il numero programmato.

D E L N E R O . Il nostro Gruppo ha presentato a sua volta un ordine del giorno nello stesso senso, per cui ritengo inutile votarne due sullo stesso argomento e simili tra di loro.

P R E S I D E N T E . Penso che sarebbe opportuno sospendere brevemente la seduta per trovare un minimo di accordo su questi ordini del giorno.

(La seduta, sospesa alle ore 11,30, riprende alle ore 11,55).

P R E S I D E N T E . Riprendiamo la seduta interrotta per consentire una migliore formulazione del primo ordine del giorno del senatore Pinto, che essendo particolare non preclude altri eventuali ordini del giorno sull'argomento. Tale ordine del giorno, con l'accoglimento da parte dello stesso senatore Pinto, di una modifica formale suggerita dal senatore Rampa, risulta così formulato:

La 12^a Commissione permanente del Senato

impegna il Ministro della sanità, perchè sulla base della denuncia formulata dal relatore, senatore Cravero, il quale ha dato l'informazione che di fronte a 128.000 medici iscritti agli albi vi sono 150.000 iscritti nelle facoltà universitarie di medicina con una media di 30.000 iscritti annui, solleciti il Ministro della pubblica istruzione — che aveva assunto impegno in merito — a presentare una proposta di legge per la riforma della facoltà di medicina che preveda anche il numero programmato.

(0/912/1/12-Tab. 19)

C R A V E R O , *relatore alla Commissione*. Mi dichiaro favorevole a questo ordine del giorno.

D A L F A L C O , *ministro della sanità*. Anche io sono favorevole e pertanto dichiaro di accogliere l'ordine del giorno.

P R E S I D E N T E . Il successivo ordine del giorno, presentato sempre dal senatore Pinto, è il seguente:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

ritenendo che un medico non possa rispondere di fronte alla società per un mancato intervento per malattia infettiva senza che ne abbia appreso gli insegnamenti elementari,

impegna il Ministro della sanità ad intervenire presso il Ministro della pubblica istruzione perchè sia reso obbligatorio l'insegnamento e l'esame delle malattie infettive presso la facoltà di medicina.

(0/912/2/12-Tab. 19)

C R A V E R O , *relatore alla Commissione*. Sono favorevole.

D A L F A L C O , *ministro della sanità*. L'accolgo come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Do ora lettura del terzo ordine del giorno presentato dal senatore Pinto:

La 12^a Commissione permanente del Senato

impegna il Ministro della sanità a riesaminare il capitolo relativo all'assistenza agli invalidi civili tenendo conto che, a norma della legge 30 marzo 1971, n. 118, è dovuta l'assistenza a tutti gli anziani invalidi, soggetti purtroppo emarginati dall'ambiente familiare per un ricovero a carico dell'assistenza pubblica e per i quali la spesa prevista non è certamente sufficiente.

(0/912/3/12-Tab. 19)

CRAVERO, *relatore alla Commissione*. Ritengo che l'espressione « riesaminare » voglia dire « modificare il capitolo »; sarebbe quindi necessaria una votazione sul capitolo stesso. Per tale motivo — e non per altro — mi dichiaro contrario a tale ordine del giorno.

DAL FALCO, *ministro della sanità*. Anch'io sono contrario al terzo ordine del giorno presentato dal senatore Pinto per lo stesso motivo addotto dal senatore Cravero.

CIACCI. Sono contrario a questo ordine del giorno; tanto è vero che sono intervenuto in senso opposto nel corso del dibattito, cioè nel senso che le spese per gli invalidi andrebbero ridotte in quanto costoro già godono di tutti i tipi di assistenza, esclusa forse una certa assistenza protesica.

PRESIDENTE. Il presentatore chiede che il suo ordine del giorno venga messo ai voti?

PINTO. Non chiedo la votazione, ma desidero solo chiarire che, in effetti, con tale ordine del giorno desideravo rivolgere un invito al Ministro affinché rivedesse il capitolo relativo all'assistenza agli invalidi civili. Infatti, contrariamente a quanto afferma il senatore Ciacci, questi ultimi hanno — è vero — diritto ai vari tipi di assistenza previsti dalla legge n. 118, ma il relativo capitolo di spesa è assolutamente inadeguato.

DAL FALCO, *ministro della sanità*. La parola « riesaminare » quindi dovrebbe es-

sere interpretata nel senso di una riorganizzazione, di una distribuzione di competenze?

PINTO. Evidentemente, onorevole Ministro, non sono stato chiaro. Io intendevo soltanto invitare il Ministro della sanità a riesaminare il capitolo relativo nel corso dell'anno per un rifinanziamento.

DAL FALCO, *ministro della sanità*. In tal caso dichiaro di non poterlo accogliere.

PRESIDENTE. Ricordo agli onorevoli colleghi che è stato presentato dai senatori Merzario, Ciacci, Squarcialupi Vera Lilibiana, Mafai De Pasquale Simona, Bellinzona, Sparano, Rapposelli. Pittella il seguente ordine del giorno:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare il bilancio di previsione del Ministero della sanità per il 1978,

impegna il Governo — per quanto di sua competenza — ad assolvere un ruolo attivo e responsabile per la stipula delle convenzioni uniche per il personale sanitario.

(0/912/4/12-Tab. 19)

DEL NERO. Faccio presente all'onorevole Presidente che, insieme ai colleghi Cravero, Bompiani, De Giuseppe, Lombardi. Della Porta ho presentato un ordine del giorno analogo a quello del Gruppo comunista. Sarebbe pertanto opportuno metterli in votazione insieme in quanto l'uno può considerarsi il cappello, per così dire, dell'altro. Il testo dell'ordine del giorno da noi presentato è il seguente:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

rilevato che lo spirito della legge 349 del 1977 è quello di dare un deciso contributo all'avvio della riforma sanitaria con la disciplina del passaggio delle competenze dalla mutualità alle Regioni e l'approvazione delle convenzioni uniche, quale momento di razionalizzazione, uguaglianza, semplificazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria;

ritenuto che la stessa legge obbliga il Governo a definire le convenzioni entro 30 giorni dalla sua entrata in vigore;

ritenuto che tale termine è stato ampiamente superato, mentre il lavoro dell'apposita Commissione appare faticoso e a volte « stagnante »;

ritenuto che la mancata stipulazione delle convenzioni crea gravi disservizi, carenze assistenziali, aumento di costi;

impegna il Governo e le Regioni ad una soluzione rapida e positiva del problema entro il corrente mese, tenendo in debito conto la necessità di addivenire alla graduale omogeneizzazione economica e normativa del trattamento di tutti i medici che operano nel Servizio sanitario nazionale.

(0/912/5/12-Tab. 19)

P R E S I D E N T E . Per quanto mi riguarda, posso anche metterli in votazione contemporaneamente, pur mantenendoli distinti, dal momento che non sono stati fusi in un unico documento.

D E L N E R O . Il senatore Pinto, inoltre, aveva suggerito di aggiungere nel nostro emendamento, dopo le parole: « impegna il Governo e le Regioni » le altre « le organizzazioni sindacali ».

M E R Z A R I O . Il nostro interlocutore è il Governo, non le Regioni e tanto meno le organizzazioni sindacali!

P I N T O . Dichiaro che voterò a favore di questo ordine del giorno anche se la mia proposta non verrà accolta perchè ritengo giusto che, avendo noi approvato la legge n. 349, si proceda alla firma della convenzione. Desidero peraltro chiarire che là dove si parla di una soluzione « rapida e positiva del problema » l'espressione « positiva » viene da me intesa nel senso di positiva nell'interesse degli ammalati e non nell'interesse dei contraenti. L'onorevole Ministro della sanità però — e dico questo in sede di dichiarazione di voto perchè resti agli atti — ci deve comunicare il costo di questa attesa e su che cosa tale costo viene a pesare.

D A L F A L C O , ministro della sanità. Sono perfettamente d'accordo — è superfluo ricordarlo ancora una volta — sulla necessità, d'altra parte riconosciuta chiaramente nello stesso disegno di legge, di concludere rapidamente la stipula delle convenzioni uniche per il personale sanitario; prova ne sia che, appena terminata questa riunione, ho un incontro con una rappresentanza intersindacale dedicato appunto alla soluzione della questione.

Non vorrei però che una spinta così pressante facesse accelerare i tempi dell'impatto, per così dire, con la spesa. Ora, il problema è quello di stabilire a quale livello si identifica la quota capitaria media. Si tratta quindi di un problema che bisogna affrontare e risolvere; tuttavia, sarebbe opportuno un momento di riflessione, soprattutto ove si consideri che, al momento dell'approvazione della legge n. 349, si convenne tutti sull'opportunità di invitare i sindacati confederati ad un principio di gradualità.

Nel momento in cui si restituiva il diritto, per così dire, o la capacità contrattuale, che era stata bloccata in virtù della legge numero 386, ci siamo trovati anche di fronte ad una maggiore disponibilità da parte dei medici a valutare responsabilmente le conseguenze di ordine finanziario. Questo sento il dovere di farlo presente!

Insisto nel dire però che c'è anche il risvolto finanziario che deve essere tenuto presente.

R A M P A . Sarebbe opportuno cercare di concretare la preoccupazione che qualcuno ha espresso ad alta voce in un ordine del giorno che, pur affermando la necessità di sollecitare la stipula delle convenzioni uniche e l'obiettivo della omogeneizzazione, che già è ritenuto come graduale, facesse riferimento alle condizioni generali finanziarie del Paese. Con questo noi accoglieremmo una preoccupazione che le stesse organizzazioni sindacali, a suo tempo, in sede di approvazione della legge n. 349, già avevano manifestato.

P R E S I D E N T E . La situazione è molto confusa. Se il Gruppo democratico-

cristiano peraltro intende modificare il suo ordine del giorno può ancora farlo; tuttavia, desidero far presente, che se lo spirito di tale ordine del giorno è quello manifestato in questo suo ultimo intervento dal senatore Rampa, può ritenersi sufficiente questa ultima osservazione dell'onorevole collega, che è stata naturalmente verbalizzata.

C I A C C I . Il senatore Pinto suggeriva di aggiungere alle parole « impegna il Governo e le Regioni » le altre « le organizzazioni sindacali »: sono contrario a questa aggiunta, ma sono contrario anche a che l'ordine del giorno impegni le Regioni. Noi infatti non possiamo assolutamente impegnare le Regioni; il Parlamento può raccomandare alle Regioni, ma non può — ripeto — assolutamente impegnarle.

P R E S I D E N T E . Io non posso più riaprire la discussione sugli ordini del giorno; posso soltanto chiedere se i colleghi del Gruppo democratico cristiano intendono modificare il testo del loro ordine del giorno.

C I A C C I . Se non vi sono modifiche, annuncio la mia astensione sull'ordine del giorno 0/912/5/12-Tab. 19.

C R A V E R O , relatore alla Commissione. Sono favorevole agli ordini del giorno e propongo che nell'ultimo capoverso dell'ordine del giorno di cui sono il primo firmatario il riferimento alle Regioni sia risolto con le locuzioni « d'intesa con » anziché « e ».

D A L F A L C O , ministro della sanità. Dichiaro di accoglierli con la modifica suggerita dal relatore.

P R E S I D E N T E . Gli ordini del giorno 0/912/4/12-Tab. 19 e 0/912/5/12-Tab. 19 si intendono pertanto accolti dal Governo.

Passiamo, ora, all'esame del seguente ordine del giorno presentato dai senatori Merzario, Ciacci, Bellinzona, Mafai De Pasquale Simona, Sparano, Squarzialupi Vera Liliana, Rapposelli, Pittella e Minnocci:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

al termine della discussione sul bilancio dello Stato 1978 nella parte di competenza del Ministero della sanità,

invita il Governo, in accoglimento di precisi e circostanziati ordini del giorno approvati all'unanimità in sede parlamentare, a portare a definitiva soluzione il problema relativo all'adeguamento e alla erogazione del Fondo nazionale ospedaliero.

Nel rilevare l'urgente necessità di regolarizzare i debiti pregressi e di offrire garanzie certe per l'esercizio finanziario 1978,

la 12^a Commissione impegna infine il Governo a concordare con le Regioni — senza ulteriori indugi — criteri, modalità e tempi in modo da permettere una seria programmazione degli interventi nel settore ospedaliero, garantire il regolare pagamento del personale dipendente e dei fornitori ed evitare pesanti oneri nonchè le anticipazioni contratte con gli istituti di credito.

(0/912/6/12-Tab. 19)

D E L N E R O . Aderiamo a questo ordine del giorno e ritiriamo il nostro sul Fondo nazionale ospedaliero.

C R A V E R O , relatore alla Commissione. Sono favorevole.

D A L F A L C O , ministro della sanità. Lo accolgo.

P R E S I D E N T E . I senatori Cravero, Bompiani, Rampa, Pittella, Ciacci e Del Nero hanno presentato il seguente ordine del giorno:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

preso atto che molti interventi nel corso del dibattito sul bilancio dell'anno 1978 hanno puntualizzato l'opportunità della promozione e del coordinamento delle iniziative inerenti alla prevenzione ed alla cura delle malattie neoplastiche,

invita il Governo a promuovere ogni possibile iniziativa per un ampio confronto, anche con esperti e operatori del settore ita-

BILANCIO DELLO STATO 1978

12^a COMMISSIONE

liani e stranieri, al fine di puntualizzare le linee di un sempre più efficace intervento.

(0/912/11/12-Tab. 19)

CRAVERO, *relatore alla Commissione*. Sono favorevole.

DAL FALCO, *ministro della sanità*. Accolgo l'ordine del giorno. Aggiungo che è pronto il rapporto della Commissione nominata cinque mesi fa sulla farmacogenesi, cancerogenesi e cheratogenesi. Il rapporto è di grande interesse e ritengo che sia unico in Europa. Quanto auspica l'ordine del giorno può prendere l'avvio dalla illustrazione di questo rapporto che raccoglie le conclusioni di un'équipe di studiosi rappresentativi delle principali università italiane.

BELLINZONA. Può fornirci questo rapporto?

DAL FALCO, *ministro della sanità*. Ci vorranno ancora 15 giorni perchè con una procedura nuova e utile è stato sottoposto da parte della stessa Commissione ad una verifica delle organizzazioni imprenditoriali e sindacali.

RAMPA. Ritiriamo il nostro ordine del giorno 0/912/7/12-Tab. 19 sul problema degli handicappati perchè ci sembra di aver capito che su tale problema, che non è solo politico, sarà possibile realizzare una più vasta intesa. Lo ritiriamo soltanto per questa motivazione.

PRESIDENTE. Allora, l'ordine del giorno presentato dai senatori Rampa e Bompiani si intende ritirato.

Passiamo all'ordine del giorno presentato dai senatori Baldi, Lombardi, De Giuseppe, Del Nero:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

attesa la gravità della situazione dell'assistenza ai giovani handicappati,

invita il Governo ad adottare idonei provvedimenti onde assicurare il finanziamento delle spese per l'assistenza e la riabi-

litazione degli handicappati nel quadro di una riforma dell'assistenza a detta categoria.

(0/912/9/12-Tab. 19)

PINTO. Questo ordine del giorno si muove nella stessa ottica di quella del mio ordine del giorno sull'assistenza agli invalidi civili che non è stato accolto. L'assistenza agli handicappati è prevista dalla legge n. 118 del 30 marzo 1971 e a quella legge fa riferimento il capitolo di spesa del bilancio per un impegno di 135 miliardi, pertanto il Ministro, a meno che non si voglia approvare un'altra legge, non può che chiedere un rifinanziamento del capitolo, come chiedevo che fosse fatto per gli invalidi civili.

DEL NERO. L'ordine del giorno del senatore Pinto chiedeva una modifica del bilancio in corso di approvazione, il nostro non chiede una modifica in aderenza all'indirizzo di non chiedere aumenti di spesa. L'assistenza agli handicappati esiste già nel Paese e noi chiediamo che il Governo adotti idonei provvedimenti con i fondi che riterà opportuni. Il nostro è un invito a riesaminare il problema, sottolineandone l'urgenza. I modi e le forme si vedranno poi.

PINTO. Conosco benissimo il problema degli handicappati e so che è essenzialmente un problema di finanziamento perchè gli enti esistono, ma sono carenti. La cura degli handicappati costa cara e il finanziamento viene fatto dal capitolo istituito a seguito della approvazione della legge n. 118, quindi voi chiedete un aumento del finanziamento del capitolo.

DEL NERO. Si potrebbe anche approvare una legge, senza toccare il bilancio.

DAL FALCO, *ministro della sanità*. Poichè nell'ordine del giorno si esprime un invito, lo accolgo come raccomandazione.

PRESIDENTE. È stato, inoltre, presentato dai senatori Bompiani, Cravero, De Giuseppe, il seguente ordine del giorno:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

impegna il Governo affinché venga sollecitamente presentato un disegno di legge per una riforma organica dell'insegnamento universitario della medicina, a livello di corsi di laurea, di specializzazione e di diploma, che tenga presenti le esigenze e le finalità poste dalla prevista istituzione del Servizio sanitario nazionale e la necessità che la riforma dell'insegnamento e la migliore qualificazione del personale risultino contestuali alla riforma sanitaria.

(0/912/10/12-Tab. 19)

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

P R E S I D E N T E . Do lettura dell'ordine del giorno presentato dai senatori Rampa, Lombardi, Bompiani, Cravero, Della Porta, Del Nero, Ruffino, De Giuseppe e Baldi:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

sottolineata l'esigenza di programmare una vasta e progressiva azione capillare di educazione sanitaria, capace di mobilitare ed orientare positive disponibilità di energie culturali scientifiche e sociali,

impegna il Governo a promuovere e coordinare nell'ambito delle proprie rilevanti responsabilità e funzioni, ed in correlazione con i compiti propri delle Regioni, iniziative di educazione sanitaria che abbiano per destinatari soprattutto la famiglia, la scuola e le comunità giovanili, il mondo aziendale ed ogni altro punto di riferimento dove il rischio per la integrità della salute psicofisica si manifesti, direttamente o indirettamente, in modo più grave. Tali iniziative dovranno essere rivolte a specifici problemi, ma con la più ampia finalità di favorire la formazione di un moderna coscienza sanita-

ria, fondamentale per lo sviluppo e l'efficienza di un sistema sociosanitario gestito sul territorio con la più articolata e responsabile partecipazione.

(0/912/8/12-Tab. 19)

C R A V E R O , *relatore alla Commissione.* Sono favorevole.

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

P R E S I D E N T E . L'esame degli ordini del giorno è esaurito.

B E L L I N Z O N A . Dichiaro che il Gruppo comunista si astiene dall'esprimere parere sulla tabella n. 19.

P I T T E L L A . Dichiaro l'astensione del Gruppo socialista sulla tabella n. 19.

P I N T O . Il Gruppo repubblicano dichiara di astenersi dall'esprimere il parere sulla tabella n. 19.

P R E S I D E N T E . Poichè non si fanno obiezioni, resta inteso che la Commissione conferisce al senatore Cravero il mandato di trasmettere alla 5^a Commissione un rapporto favorevole sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio 1978.

La seduta termina alle ore 12,20.

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