

N. 2238-A

Resoconti XIX

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1976

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' 1^o OTTOBRE 1975

PRESIDENTE	Pag. 1006, 1011
BARRA, <i>relatore alla Commissione</i>	1006
LEGGIERI	1011

SEDUTA DI GIOVEDI' 2 OTTOBRE 1975

PRESIDENTE	Pag. 1012, 1024
BARRA, <i>relatore alla Commissione</i>	1018
MERZARIO	1012, 1018

SEDUTA DI MERCOLEDI' 8 OTTOBRE 1975

PRESIDENTE	Pag. 1024, 1032, 1039
BARRA, <i>relatore alla Commissione</i>	1034, 1036, 1037
BENEDETTI	1024
CALIA	1037
CAPUA	1036
CAVEZZALI	1032, 1034
LEGGIERI	1027
ZANTI TONDI Carmen Paola	1035, 1036, 1037

SEDUTA DI GIOVEDI' 9 OTTOBRE 1975

PRESIDENTE	Pag. 1039, 1044, 1051
BARRA, <i>relatore alla Commissione</i>	1043, 1044, 1045 e <i>passim</i>
CAPUA	1041, 1043, 1044 e <i>passim</i>
DAL CANTON Maria Pia	1049
DE GIUSEPPE	1049
OSSICINI	1046, 1049
PINTO, <i>sottosegretario di Stato per la sanità</i>	1043
PITTELLA	1039

SEDUTA DI MERCOLEDI' 15 OTTOBRE 1975

PRESIDENTE	Pag. 1051, 1061, 1062 e <i>passim</i>
ARGIROFFI	1054
BARRA, <i>relatore alla Commissione</i>	1052, 1054, 1055 e <i>passim</i>
CAPUA	1055, 1062
GULLOTTI, <i>ministro della sanità</i>	1056, 1061, 1062 e <i>passim</i>
MERZARIO	1054, 1055, 1061 e <i>passim</i>
ZANTI TONDI Carmen Paola	1061

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1° OTTOBRE 1975

Presidenza del Presidente MINNOCCI

La seduta ha inizio alle ore 11,35.

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

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976 - Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

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

BARRA, relatore alla Commissione. Onorevoli senatori, il breve intervallo temporale intercorso tra l'approvazione del bilancio 1975 e l'inizio del presente dibattito, rende per buona parte attuali le argomentazioni di consenso o dissenso già emerse e puntualmente riportate nel pregevole « rapporto » redatto nel marzo del 1975 dal senatore Costa, e precipuamente afferenti ai capitoli di spesa dello stato di previsione.

Ciò premesso, anche tale circostanza induce il relatore, onde evitare formali ripetizioni e considerazioni più o meno rituali, a tentare di avviare le linee del dibattito che oggi iniziamo su termini più ampi, e riteniamo più costruttivi per le prospettive e problematiche che si pongono all'azione legislativa, della quale il bilancio, in definitiva, rappresenta la certificazione politica e lo stimolo.

Va infatti ormai considerata superata, e non soltanto nel nostro Paese, come ci insegna la storia parlamentare che andiamo vivendo, l'antica funzione, immanente al sor-

gere, e quindi alle origini delle istituzioni parlamentari, che identificava nelle Camere un organo moderatore della spesa; dovendosi nella realtà constatare, sotto tale aspetto, il rovesciamento dei tradizionali rapporti tra potere esecutivo e potere legislativo, nel senso che questo spesso è più proclive alla spesa di quanto non sia il Governo, perchè in più diretto contatto col corpo elettorale, onde oggi la programmazione dell'attività legislativa per settore, anche nei suoi riflessi finanziari, va considerata esigenza dei tempi, nel contesto di una valutazione politica globale che induce a mediare la rigidità dei principi strettamente economico-finanziari, in una visione certo prudente ma indubbiamente più elastica e non unilateralmente o ciecamente limitatrice della spesa.

La diversa funzione della legge sul bilancio, già recepita nel nostro ordinamento mediante l'intervenuta approvazione della cosiddetta « legge Curti » è oggi ancor più accentuata nel senso innanzi illustrato, e si discosta dalla tradizionale illustrazione meramente contabile-finanziaria, cui si ispiravano le note preliminari ai singoli stati di previsione per assumere — attraverso l'introduzione di un nuovo documento « nota illustrativa di carattere politico economico » (n. 2238-bis) — la prevalente caratteristica di proposta sulle direttive e sull'impostazione programmatica nella sfera di competenza di ciascun ministero, che il Governo sottopone al Parlamento nel quadro delle compatibilità documentate dall'esposizione economico-finanziaria annuale del Ministero del tesoro, e in un quadro d'insieme e di riparto dell'« entrata » che tiene conto delle priorità, attraverso una scelta che non è soltanto tecnica, ma essenzialmente politica, dei settori d'investimento.

Per tali premesse, diventa marginale la cristallizzazione dell'indagine sulla congruità o meno del singolo stanziamento o della tabella, ove tale discorso non venga collegato ad una visione globale, connessa ed analizzata in rapporto ai criteri di precedenza considerati ottimali nelle spese di investimento della pubblica amministrazione, per cui l'utilità e l'interesse del dibattito neces-

sariamente si incentra sulle « note illustrative », onde l'esame dello stato di previsione si traduce in una indagine tecnica e conseguenziale poichè è la « nota illustrativa » che sostanzialmente traccia l'attività legislativa, evidenzia i problemi e l'impostazione programmatica del singolo dicastero.

Abbiamo ritenuta doverosa e pertinente la esposta premessa onde fosse chiarito che il proposto metodo, che definirei di lavoro, non ha carattere elusivo o dispersivo, ma oggettivamente consegue alla nuova concezione e articolazione della discussione sulla legge di bilancio. Metodo che per altro, consente un confronto più aperto, penetrante e costruttivo tra maggioranza ed opposizione, perchè impostato su linee d'indirizzo, sulla priorità e dimensione della distribuzione delle risorse o delle entrate tra i vari settori di spesa pubblica, e quindi sulle prospettive di azione legislativa, in una visione certo opinabile, e quindi flessibile appunto perchè ancorata a realtà immanenti e traguardi generali per se stessi non inducenti alla polemica e quindi altamente responsabili.

Ciò premesso, si rende necessario affrontare, a giudizio del relatore, con carattere pregiudiziale per la funzionalità dei servizi, il riesame dell'ordinamento del Ministero della sanità, per adeguarlo all'attuale realtà istituzionale, con il conseguenziale, indifferibile riordino e definizione delle competenze funzionali ed istituzionali dell'organizzazione sanitaria, che presenta zone grigie ed incerte e quindi sempre più caratterizzate dallo intreccio delle competenze esecutive di vari organi a livello decisionale (Stato - Regioni - Province - Comuni - Enti istituzionali) e per la stratificazione di norme, impostate a volte sotto angolazioni politiche diverse in rapporto all'epoca in cui furono adottate.

Ad un osservatore attento della nostra legislazione infatti non può sfuggire che attraverso l'istituzione del Ministero della sanità, disposto con la legge 13 marzo 1958, n. 296, il legislatore non si ispirò ad un principio di decentramento. Si prefisse viceversa di istituire un unico centro direttivo e propulsivo delle attività sanitarie, con il precipuo intento di razionalizzarle. Va conside-

rato che al momento della istituzione del Dicastero, l'attuazione dell'ordinamento regionale non era prevedibilmente immediata. Ma tale obiettivo, che, si ripete, mirava inequivocabilmente ad istituire un unico centro direzionale di politica sanitaria, all'epoca certamente ispirato dal modello di organizzazione del servizio sanitario inglese, ed esclusivamente affidato, come è noto, alla responsabilità degli organi centrali della sanità, veniva ad essere frustrato dalla stessa legge, che non unificò il sistema, ma in pratica si limitò ad assorbire nell'istituto dicastero le sole competenze già esercitate dal Ministero dell'interno e dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, poichè veniva esclusa la materia riguardante le strutture diagnostico-terapeutiche e di prevenzione facenti capo alle mutue e ad istituti sotto il controllo del Ministero del lavoro, nonchè l'organizzazione ospedaliera che restava basata sull'autonomia delle istituzioni di assistenza e beneficenza; e infine quella della profilassi e della prevenzione affidata su base locale ai comuni e alle province.

L'entrata in vigore dell'ordinamento regionale ha notevolmente inciso sulla già limitata competenza istituzionale del Ministero della sanità, determinata dalla carenza di unificazione dei settori sanitari di cui si è detto (per effetto della legge del 1958), necessariamente determinando una inversione di tendenza rispetto all'indirizzo legislativo del lontano 1958, per effetto del trasferimento e delle deleghe alle Regioni delle funzioni amministrative statali, nella fase di intervento preventivo, curativo e riabilitativo di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, per effetto della legge ospedaliera n. 132 del 1968 ed in ultimo con le recenti disposizioni di cui alla legge di conversione n. 386 del 1974, il cui contesto strutturale, indipendentemente dal fine immediato di sanare la situazione debitoria delle mutue nei confronti degli ospedali, determina una anticipazione della riforma sanitaria, perchè si pone al di fuori della mutualità, decretandone la fine. Scaturisce quindi dal sistema, la sovrapposizione delle competenze, la settorialità ed autono-

mia degli interventi e la conseguente dispersione delle risorse, la sfalsatura degli stanziamenti nei diversi bilanci, la diluizione e la non agevole identificazione di responsabilità non soltanto sul piano politico ed amministrativo ma anche individuale, come dolorosamente dimostrato dalle vicende dell'epidemia colerica del 1973 e da più recenti episodi: fenomeni tutti che in definitiva possono determinare la carenza e la disfunzione di una politica globale della salute, con conseguenze spesso drammatiche e palleggiamenti di responsabilità.

Occorre quindi definire, se necessario anche attraverso la transitoria revisione o la interpretazione del provvedimento delegato del gennaio 1972, in termini espliciti, almeno il rapporto tra la funzione di coordinamento a livello centrale, oggi difficilmente esercitabile anche per l'assenza di organi periferici burocratici del Ministero della sanità, e le competenze delle Regioni. Senza contare la opportunità di distinguere in termini univoci l'assistenza sanitaria vera e propria, ivi compresa quella ospedaliera e psichiatrica, pacificamente trasferita alle Regioni in ossequio al precetto costituzionale, dalla cosiddetta polizia sanitaria, termine improprio e certamente infelice, che concettualmente comprende l'igiene e la sanità pubblica, e che la prevalente elaborazione dottrina sotto il profilo giuridico-costituzionale vedeva allocata e affidata allo Stato.

Il problema assume, per molti aspetti specifici, rilevanza particolare in ordine all'efficacia delle strutture per la lotta contro le malattie infettive (il rapporto diffusivo delle malattie gastroenteriche con gli altri paesi europei è di dieci a uno) che purtroppo vanno caratterizzando da vari anni le nostre stagioni estive.

La « nota illustrativa » esplicita in termini scarni ma preoccupanti la situazione sanitaria del Paese, ove coesistono purtroppo le condizioni di morbosità proprie delle società in via di sviluppo, caratterizzate da alti tassi di mortalità prenatale ed infantile e dalla diffusione di malattie infettive; unitamente a quelle tipiche dei paesi industrializzati,

quali ad esempio l'alta incidenza delle malattie professionali.

Tuttavia al relatore non sembra valida la soluzione proposta nella nota illustrativa, sotto tale aspetto eccessivamente ottimistica, che prospetta la sola intensificazione della ricerca (centro studi per l'indagine sugli enterobatteri affidandosi quindi alla elaborazione scientifica (che pure è indubbiamente necessaria). In realtà la profilassi è legata alle strutture e ad immediatezza di intervento capillare su tutto il territorio, onde occorre evitare per quanto possibile, in una fase di trapasso e di modifica del sistema, l'inerzia conseguente al dissolvimento della organizzazione periferica nel settore sanitario — già facente capo agli oneri statali — senza la contemporanea entrata in funzione di efficienti strutturazioni regionali e locali. D'altra parte non si deve dimenticare che l'elemento distintivo di un'effettiva democrazia sta nel naturale critico suo aggiornamento e poichè sussiste il rischio di una conflittualità nelle zone che definirei di frontiera dell'organizzazione sanitaria, si presenterebbe al limite, in una esasperata visione del concetto di autonomia (esasperata ma sempre meno esiziale di una sostanziale diarchia), l'opportunità di valutare l'adozione ad esempio del modello organizzativo svedese, per riferirci ad un Paese nel quale è indiscussa l'efficienza dei servizi sociali e di sanità pubblica, che non ha un ministro della sanità ed opera attraverso i soli consigli territoriali, coadiuvati ad un organo tecnico centrale ad alto livello, l'Istituto nazionale della salute pubblica.

Indubbiamente il compromesso tra i sistemi non è mai la strada migliore: occorre invece sempre avere il coraggio della scelta.

Passando ad altro argomento, per quanto attiene i problemi finanziari che interessano il settore ospedaliero, particolare rilevanza assumono l'utilizzo e gli incrementi necessari del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, costituito con i proventi di quota parte dei contributi assicurativi obbligatorie con le somme destinate all'assistenza ospedaliera iscritte nei bilanci dello Stato, da determinarsi con la legge di approvazione del bi-

lancio in misura non superiore ai 100 miliardi.

Il Fondo in questione, destinato al finanziamento della spesa di gestione ospedaliera, da ripartirsi fra le Regioni per effetto dell'assunzione dell'onere delle degenze, è destinato al finanziamento a bilancio degli enti ospedalieri. Si è infatti per legge soppresso il sistema della retta, sostituendolo con quello dei costi *standard*, determinati sulla base di parametri stabiliti dal Governo, sentito il CIPE, in relazione ad elementi demografici, igienico-sanitari ed alla struttura qualitativa della spesa ospedaliera.

L'indicato Fondo risulta iscritto al capitolo 1578 della tabella 19, mentre l'apporto integrativo dello Stato di cui al punto 6 dell'articolo 14 della citata legge n. 386 trova allocazione al capitolo 4546 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro (tabella 2).

La disponibilità del Fondo, fissata per l'esercizio 1975 in circa 2.700 miliardi, si è manifestata nella sua entità palesemente insufficiente rispetto ai consumi ospedalieri e comporterà la necessità di una integrazione presumibilmente non inferiore a 600 miliardi, che si riverserà sull'esercizio 1976, oltre l'ulteriore prevedibile incremento di spesa, in detto esercizio, conseguente alla revisione dei parametri dei costi ospedalieri.

Pur potendosi prevedere un maggiore gettito rispetto alla previsione delle quote di contributi assicurativi che alimentano il Fondo, appare chiara l'insufficienza dell'apporto integrativo dello Stato e conseguentemente la necessità di modifica della legge 386 che, come si è detto, fissa quale limite invalicabile la cifra annua di 100 miliardi, onde i capitoli di bilancio che si riferiscono al Fondo hanno un significato strettamente contabile e transitorio. Va altresì considerata la passività consolidata al 1974 in circa 1.000 miliardi per crediti vantati dagli enti ospedalieri nei confronti della mutualità, crediti accollati allo Stato per effetto dell'articolo 1 del decreto n. 264 e parzialmente estinti.

L'entità finanziaria del problema pone la esigenza dell'intervento legislativo — pur

nella difficile contingenza economica attuale — e l'argomento va particolarmente sottolineato alla Commissione di merito, poiché ogni remora rischierà di coinvolgere nella crisi gestionale le finanze regionali, vanificando la portata della stessa legge n. 386.

Sempre nel settore degli interventi ospedalieri, il capitolo 1577 prevede la spesa di circa 24 miliardi quale concorso dello Stato alle province per l'assistenza psichiatrica nosocomiale, ai sensi e per i fini della legge 18 marzo 1968, n. 431.

È noto che l'assistenza psichiatrica, sotto il profilo umano e terapeutico, rappresenta uno dei nodi più dolenti e spinosi della vita sanitaria — anche nei suoi risvolti di progresso scientifico — dovendosi purtroppo constatare che il superamento del concetto di difesa sociale nei confronti dell'alienato si traduce in una mera teorica affermazione di principio, non essendosi posto mano a tutt'oggi, nonostante i numerosi dibattiti articolatisi ad ogni livello da oltre un trentennio, alla modifica della inumana legge del 1904 « sui manicomi e gli alienati » modifica che recentemente e plasticamente un pubblicista definisce come la lunga attesa della psichiatria.

Tuttavia in questa sede ci limitiamo a rilevare l'incongruenza delle norme della legge n. 386 che, completando il trasferimento alle Regioni dell'assistenza ospedaliera, ne esclude quella psichiatrica, anche per quanto concerne la sua programmazione, che deve avvenire necessariamente nel quadro più vasto e generale della programmazione sanitaria che inevitabilmente la comprende. Tale esclusione è contraddittoria con l'indirizzo ormai seguito dal legislatore e certamente si pone in contrasto con il precetto costituzionale. Questa prospettata contraddittorietà potrebbe essere agevolmente superata in sede legislativa trasferendo alle Regioni, con le stesse modalità previste dalla legge n. 386, i compiti di assistenza psichiatrica e statuendo al tempo stesso, come norma di indirizzo, che fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria le Regioni delegheranno — ai sensi dell'articolo 118 della Costituzione — la gestione dei servizi di as-

sistenza psichiatrica, con le connesse funzioni amministrative, alle province.

La nota illustrativa pone tra gli obiettivi immediati di carattere generale lo scioglimento dell'ONMI e il trasferimento alle Regioni delle relative competenze.

Non è qui il caso di ripetere le argomentazioni che hanno determinato l'unanime giudizio sulla anacronistica sopravvivenza, indipendentemente dal giudizio sulla loro redditività sociale, dei cosiddetti enti istituzionali del settore sanitario: ONMI e Croce rossa italiana.

Per l'ONMI va oggi considerato, al di fuori di ogni polemica e anche prescindendo da ovvie considerazioni giuridico-costituzionali, e quindi restando sul piano tecnico e funzionale, che la sua struttura non si concilia, costituendone quindi una remora, con una efficiente opera di medicina preventiva nel settore infantile, che postula l'individuazione dello stato di salute dell'infanzia nei primi giorni di vita ma giungendo fino al compimento dell'età scolare, con conseguente necessità di unificazione di tutto il settore con i servizi di medicina preventiva scolastica. Va in proposito osservato, per inciso, che queste ultime strutture, traenti causa dal decreto legislativo n. 264 del 1961, se hanno fornito risultati positivi nelle grandi città e nei centri socialmente più elevati, sono stati, nei centri periferici e nei piccoli comuni, solo formalmente presenti e quindi deludenti nei risultati.

In tale fase transeunte lo stanziamento per l'ONMI, in cifra arrotondata di circa 72 miliardi — con un incremento di circa 22 miliardi in confronto all'esercizio 1975 — suscita non poche perplessità. La nota in calce al capitolo precisa che la maggiore spesa attiene alla copertura dei progressi disavanzati dei bilanci dell'ente ed è anche in relazione « a maggiori esigenze dei programmi assistenziali dell'ente ».

Il relatore ha ritenuto doveroso approfondire tale ultima enunciazione, essendo palesemente contraddittorio il proposito di potenziare i programmi di un organismo che si intende sopprimere. È risultato che la contraddizione è solo apparente ed è frutto di una dicitura letterale infelice. In effetti un

comitato ristretto creato in seno alla competente Commissione dell'altro ramo del Parlamento ha già provveduto alla stesura di un testo unificato delle varie proposte di legge soppressive dell'ONMI, fondendole in un unico disegno di legge, per il cui esame la Commissione di merito, nella seduta del 23 luglio 1975, ha chiesto all'unanimità il trasferimento in sede legislativa, dato il larghissimo consenso di tutte le forze politiche sul contenuto del testo unificato.

L'articolo 7-bis di questo testo prevede appunto l'erogazione di 15 miliardi, pertanto la previsione in tabella va intesa come uno stanziamento cautelativo e come anticipata copertura finanziaria, atta a dare maggiore garanzia per la rapida approvazione dell'indicato provvedimento all'esame della Camera, stante la concordanza — sul merito del provvedimento — del Governo, della maggioranza e — in linea di massima — della stessa opposizione.

Relativamente alla Croce rossa italiana il relatore non può che riportarsi alle considerazioni ampiamente esposte e condivise dalla Commissione in precedenti dibattiti ed evidenziate nel Rapporto della Commissione stessa relativo all'esercizio scorso, circa la evidente distorsione tra compiti istituzionali e mansioni a questi estranee e svolte in settori disparati

Ma a parte l'« anomalia » del prosieguo del finanziamento statale — nella misura di ben 17 miliardi — puntualmente sottolineata nel rapporto della 12ª Commissione, preme al relatore richiamare l'attenzione del Governo e degli onorevoli commissari sulla grave circostanza costituita dal fatto che — sebbene la legislazione sanitaria vigente preveda quale obbligo istituzionale degli enti ospedalieri la creazione di propri centri trasfusionali — si continua viceversa, in patente violazione della legge (sempre che non si voglia considerare tale legge come abrogata per desuetudine!) a regolare tale delicatissimo servizio per mezzo di convenzioni, certamente illegittime, tra gli ospedali da un lato e la Croce rossa e l'AVIS dall'altro

Confido di aver toccato i problemi più importanti — e certamente quelli più gravi ed urgenti — che emergono dalla lettura del-

la tabella 19 e della nota illustrativa, e che d'altra parte sono ben presenti e vivi nei nostri animi anche a prescindere dalle informazioni ed illustrazioni forniteci dal Governo.

Questi problemi restano ora affidati al vostro esame, che mi auguro concreto, vivo ed esauriente.

Può essere elemento di soddisfazione, per la Commissione, rilevare che nello stato di previsione della spesa per il 1976 si è accolto quello che fu un voto unanime da noi espresso e del quale si fece portatore il collega Leggieri; voto nel quale si chiedeva che nel suddetto stato di previsione fossero previsti almeno quegli stanziamenti che si ritenevano in linea di massima indispensabili per la copertura di provvedimenti legislativi in corso e non ancora perfezionati. Ora, infatti, la tabella n. 2 — Stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1976 — a proposito di fondi occorrenti per far fronte ad oneri dipendenti da provvedimenti legislativi in corso, dedica al Ministero della sanità per le voci: « Modifiche alla legge 21 ottobre 1967, n. 247, concernente contributo finanziario dell'Italia al Centro internazionale di ricerche per il cancro », « Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego di sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope e relative preparazioni. Prevenzione, cura e riabilitazione di relativi stati di tossicodipendenza », « Modifiche alle leggi 9 giugno 1964, n. 615; 23 gennaio 1968, n. 33 e 1º marzo 1972, n. 42, sulla bonifica sanitaria degli allevamenti dalla tubercolosi e dalla brucellosi », e infine « Consultori familiari » la somma complessiva di 19.480 milioni di lire.

Onorevoli colleghi, ho cercato di toccare i punti politicamente più interessanti del bilancio di previsione e della tabella di nostra competenza, nella mia relazione, che affido alla vostra valutazione ed integrazione. Concluderò quindi proponendo di esprimere parere favorevole sulla tabella medesima.

Lo stesso dicasi per il conto consuntivo, sul quale, personalmente, non ho alcun rilievo da opporre se non rifacendomi ad alcune considerazioni avanzate dalla Corte dei

conti nella sua relazione; rilievi puramente marginali e di strettissima ordinaria amministrazione, dai quali però si evince che comunque, per quanto attiene agli stanziamenti del Ministero della sanità, dal 1974 si è registrata una graduale diminuzione della loro incidenza sulla entità della spesa sanitaria pubblica generale. A ciò va collegata la questione delle attribuzioni del Ministero della sanità e comunque è da tener presente — come fu del resto rilevato nelle passate discussioni — che in definitiva lo sforzo della collettività a favore della sanità non può essere certo considerato alla stregua dei soliti stanziamenti inerenti alla tabella n. 19, tenendo conto che il calcolo esatto di quanto la collettività spende per la sanità pubblica potrà essere fatto, anche statisticamente ed analiticamente, attraverso una visione globale. In ogni caso è certo che non siamo all'ultimo posto a livello europeo, se consideriamo, appunto, la spesa globale della collettività.

PRESIDENTE. Ringraziando il senatore Barra per la sua seria ed impegnata relazione, prima di dichiarare aperta la discussione generale vorrei chiedere ai colleghi se desiderano iniziare subito il dibattito o preferiscono meditare sulle considerazioni esposte dal relatore, tenendo conto anche del fatto che in Aula è in corso l'esame del disegno di legge sulla droga.

LEGGIERI. Credo sia interesse di tutti noi poter esaminare con attenzione il testo scritto della relazione.

PRESIDENTE. Allora, se i colleghi sono d'accordo, il seguito dell'esame della tabella n. 19 è rinviato all'altra seduta. Nel frattempo la relazione del senatore Barra verrà distribuita, in modo da consentire a tutti i colleghi di approfondirla convenientemente e preparare le loro osservazioni.

Poichè nessuno si oppone, così rimane stabilito.

La seduta termina alle ore 12,30.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 OTTOBRE 1975**Presidenza del Presidente MINNOCCI***La seduta ha inizio alle ore 10,45.*

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

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976**— Stato di previsione del Ministero della sanità (Tabella n. 19)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Dichiaro aperta la discussione generale.

Ha chiesto di parlare il senatore Merzario. Ne ha facoltà.

MERZARIO. Signor Presidente, onorevole rappresentante del Governo, colleghi, nel seguire, con il dovuto interesse, la relazione orale all'a tabella 19, ci chiedevamo — sia pure con una punta di malizia che mal si concilia con il sempre apprezzabile stile di composta serietà del collega Barra — se era più ingrata e gravosa la fatica imposta al relatore, o più imbarazzante e monotono il compito che da quattro anni mi assegna il mio Gruppo, di sviluppare l'intervento di carattere generale.

Ognuno di noi ha compreso immediatamente e condiviso la legittima richiesta avanzata la settimana scorsa dal senatore Barra, di rinviare la discussione sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per il 1976.

Se fosse stato bandito un concorso nella burocrazia ministeriale per il più schematico, parsimonioso, ermetico estensore di note preliminari, la palma del vincitore bisognava attribuirla all'autore della nota preliminare che precede la tabella di nostra competenza.

Ora, se è vero che le cifre nella loro aridità hanno pur sempre un linguaggio espressivo, è altrettanto fuori di dubbio che il relatore della Commissione sanità del Senato aveva il diritto di essere confortato da un minimo di supporto documentativo sia per conferire dignitosa serietà allo sforzo espositivo, sia per consentirgli di non smentire la consolidata regola in virtù della quale il relatore, per essere genuina espressione della maggioranza, deve sempre attestarsi nella difesa d'ufficio, producendo le necessarie pezze giustificative.

Per la verità l'impresa non deve essere risultata molto agevole, dal momento che il collega relatore ha dovuto fare ricorso alla sua consumata abilità dialettica per poter concentrare e limitare le sue critiche ai difetti metodologici ed istituzionali (che pure a dire il vero riflettono la realtà, sì da giustificare l'auspicio di un riesame dell'ordinamento del Ministero, espresso dal relatore stesso). Ma pare a noi che, mentre c'è stato questo sforzo di critica metodologica, non sono venute fuori abbastanza le carenze, i ritardi, le inadempienze che sono rintracciabili nei documenti previsionali di spesa, ed emergono ancor più esplicitamente negli indirizzi programmatici della politica sanitaria governativa.

Conosciamo, onorevoli colleghi, le attenuanti che vengono avanzate ad ogni appuntamento annuale con il bilancio dello Stato. Ci si dice la discussione si riduce ad un rituale ossessivo, poichè non ci viene offerta la possibilità di modificare la struttura della spesa e nemmeno di ritoccare una singola voce. Per cui si arriva a questa conclusione: accontentiamoci di presentare qualche ordine del giorno, ma anche in questo caso evitiamo di usare la sgradevole formula « impegna il Governo », perchè è più facile per il Governo disattendere la semplice ed innocua « raccomandazione ».

Certo, quest'atteggiamento non è privo di fondamento e di sano realismo, se poniamo mente alla mortificante prassi instauratasi nella vita parlamentare. Ma ci sono — riteniamo — due modelli di comportamento a cui ispirarci: o irrobustire il coro della generica lamentazione, restando passivi ed im-

potenti spettatori; oppure respingere questa insidiosa lusinga alla rassegnazione e al fatalismo, operando perchè il dibattito sul bilancio dello Stato diventi una cosa seria, vigilando sulle frequenti manipolazioni che avvengono durante l'esercizio finanziario, tali da scomodare talvolta la stessa Corte dei conti, rivalutando i poteri decisionali delle istanze parlamentari, valorizzando le prerogative di controllo sull'esecutivo da parte interpretative diverse.

Noi continuiamo a credere nella bontà e nella validità della seconda scelta, e al di là delle incomprensioni, delle pigrizie e delle delusioni che abbiamo registrato nel passato ci sforziamo di conferire al dibattito un carattere costruttivo, collegandoci ai temi di più palpitante attualità e che non possiamo considerare estranei al bilancio, e all'impegno di confronto di cui si parla tanto in questa fase politica, sia pure con delle chiavi interpretative diverse.

Mi sembrava doveroso questo inciso perchè l'imbarazzo a cui accennavo in premessa era originato dal dubbio se valesse la pena ripetere molte argomentazioni già formulate nei decorsi anni e già acquisite negli stenografici della nostra Commissione igiene e sanità. Se fossimo affetti da pignoleria censoria potremmo assieme consultare gli stenografici sulla tabella 19 dal 1973 in poi. Facile sarebbe per noi ripetere valutazioni e giudizi tuttora validi, salvo un piccolo sforzo di aggiornamento e di integrazione. Difficile, riteniamo, per i colleghi della maggioranza e per il Governo, far quadrare gli impegni, le assicurazioni, i buoni propositi con gli indirizzi che troviamo ancora malamente proiettati nel deludente bilancio in discussione stamane. Vero è, come diceva il senatore Barra, che è intercorso un breve intervallo tra il dibattito sul preventivo 1975 e quello che stiamo discutendo stamani. Ma è anche vero che sempre più drammatico e stridente diventa il contrasto tra la politica che si persegue e l'aggravarsi della condizione sanitaria del nostro Paese. Altrettanto poco convincenti sono le attenuanti che vengono prodotte per mitigare il nostro giudizio critico, che si basa sui fatti, sulla realtà:

non ci si può accusare di fare il processo alle intenzioni.

Sorvoliamo pure la vecchia polemica sul costo delle riforme, sulla compatibilità della spesa rispetto alle risorse finanziarie disponibili, giacchè abbiamo dimostrato *ad abundantiam* che nel settore sanitario il costo maggiore risiede nel mantenere in vita vecchie ed anchilosate strutture, nel rinviare ogni scelta rinnovatrice in campo preventivo, curativo, assistenziale, farmaceutico.

C'è voluto del tempo, c'è voluto un approfondito dibattito culturale per acquisire una più diffusa consapevolezza sul modo nuovo di salvaguardare la pubblica salute. Nella pratica operativa ci accorgiamo tuttavia che non si riduce la sfasatura tra i livelli di consapevolezza e la nuova domanda che sale dal Paese, da un lato, e la tempestività di provvedimenti adeguati e davvero rinnovatori, dall'altro.

La stessa tabella di previsione di spesa per il 1976, a nostro giudizio, costituisce una prova dei ritardi e dei guasti che vanno accumulandosi senza soluzione di continuità.

Un autorevole collega della maggioranza ha lamentato il fatto che molte voci non rientrano nella competenza di spesa del Ministero della sanità (e quindi non figurano in tabella). Inoltre si tarda a comprendere che alcune spese non hanno più un carattere di transitorietà, ma vanno considerate spese stabili e ricorrenti.

La critica, ovviamente, è indirizzata prevalentemente al Tesoro, che dimostra un particolare accanimento nel comprimere i fondi per la sanità, ma non siamo nemmeno tanto ingenui e sprovveduti per non valutare la fragilità del pretesto e comunque la parzialità di questo giudizio, dal momento che si tagliano gli stanziamenti socialmente più utili, si mettono in difficoltà estrema le regioni, non ponendole in grado di assolvere le loro specifiche funzioni, ma contemporaneamente si continua a tamponare le falle di gestioni squalificate tipo ONMI, come avremmo modo di documentare nel corso della discussione. Ci sarà anche la conflittualità con il Tesoro, ma in questa sede non ha molto interesse stabilire se i ministri devono regolare il loro rapporto attraverso i parametri

del peso politico, dell'influenza di potere o della capacità di persuasione.

Noi giudichiamo gli atti del Governo nella loro globalità e responsabilità collegiale. Nè potremmo soppesare diversamente colpe e benemeritenze, dal momento che nel corso di questa sesta legislatura si sono avvicendati quattro ministri della sanità, e nessuno di questi è venuto più di una volta in Commissione (e quasi mai in aula) per prospettarci una linea d'azione con un minimo di respiro programmatico.

Non aggiungo altri commenti perchè abbiamo tutti e più volte — con maggiore o minore tatto diplomatico — esternato il comune rammarico per alcuni primati negativi della nostra esperienza, che non ha riscontro nelle altre commissioni permanenti. L'aver interlocutori-fantasma, prolungate latitanze programmi impalpabili, operatività scarsa e circoscritta a questioni secondarie e settoriali, non viene nemmeno compensato da iniziative conoscitive in qualche campo significativo dell'assetto sanitario, perchè sorgono sempre difficoltà ed ostacoli di varia natura.

È in questo clima di incomunicabilità, in questo rapporto incerto e sfilacciato che finiamo per assegnare alla discussione sul bilancio il valore di un momento praticamente esclusivo, per sentirci in qualche modo protagonisti di un ruolo parlamentare che rischia davvero di essere annullato e mortificato.

Non abbiamo motivi per dubitare che tale sensibilità e consapevolezza è comune in molti colleghi, soprattutto quando assistiamo alle episodiche e talvolta scandalistiche campagne di stampa sulle piaghe sanitarie che affliggono il nostro Paese. Ne ha accennato ieri il collega Barra, nella parte centrale della sua relazione, occupandosi delle malattie infettive.

Come accadde due anni fa con l'epidemia di colera, le agghiaccianti vicende della salmonellosi, con quel triste bilancio di vittime innocenti, hanno dimostrato che la salute « fa notizia », occupa le prime pagine dei giornali! È giusto e comprensibile, crediamo sia anche naturale che l'opinione pubblica sia scossa ed allarmata al cospetto di simili

sciagure. Ma noi legislatori dobbiamo fare qualche cosa di più che seguire le vicende giudiziarie di Avellino: dobbiamo riportare certi fenomeni, troppo diffusi e ricorrenti, nel loro alveo politico, sociale e parlamentare.

Il collega Barra, che per una fortuita e certamente non gradita coincidenza è relatore al Bilancio e senatore di Avellino conoscerà più da vicino la dinamica, le cause e le responsabilità dei fatti accaduti. Lo stesso Sottosegretario, il collega Pinto, ha avuto modo di acquisire un'esperienza diretta. Il nostro Gruppo, avendo già presentato un'apposita interpellanza, avrà modo di esprimere giudizi e valutazioni più circostanziate nella sede più opportuna. Noi non vogliamo, però, che ancora una volta, passata l'ondata emotiva e di sincero dolore, tutto resti come prima, com'è avvenuto per il colera. Cioè, riteniamo che i colpi di spugna assolutoria, in mancanza di precise e rigorose misure di intervento, si traducano in atti di falso pietismo e di ipocrisia.

Da quanti anni, onorevoli colleghi, da questi banchi denunciavamo la drammaticità che manifesta la patologia del sottosviluppo? Quante volte abbiamo individuato le cause strutturali e funzionali che paralizzano i presidi igienici e sanitari del Mezzogiorno?

Ancora un anno fa ci sembrò doveroso mettere a disposizione dei colleghi le più aggiornate statistiche sulle malattie della miseria, renderli partecipi di interessanti elaborazioni emerse da convegni regionali e zionali e attraverso la partecipazione di tutte le forze politiche, sindacali, sociali e amministrative, forze troppo spesso ignorate e tagliate fuori dalle iniziative ministeriali e dal cosiddetto mondo scientifico ufficiale.

Sarebbe sciocco vantare titoli di primogenitura, ma consentitemi di ricordare che sin dal 17 luglio 1973, occupandoci della degradazione dell'assetto sanitario, individuammo le cause non solo storiche, ma contemporanee, degli squilibri sanitari, con la forte incidenza della mortalità infantile nelle aree depresse.

Riferendoci alla possibilità di ridurre i dislivelli attraverso l'azione sanitaria pubblica, lamentavamo che laddove questa era

carente la speculazione privata interveniva più massicciamente. Affermavamo testualmente: « Se nel Friuli esistono 12 posti letto per 1000 abitanti, per le cliniche private il rapporto è ridotto a 0,95 per mille; ad Avellino, invece, i posti letto nelle case di cura private superano quelli pubblici (1,71 contro l'1,73) ». Concludendo, dicevamo « Ad Avellino la struttura sanitaria pubblica serve prevalentemente di supporto alla struttura privata e ai suoi interessi speculativi ». A 29 mesi di distanza abbiamo una conferma che ci rattrista veramente. La cronaca, le notizie di queste ultime settimane, in particolare la mancanza di reparti di pediatria, le omissioni, le complicità, i ritardi, tutti questi fatti sono materia di interesse giudiziario e credo valga la pena di riflettere sulle parole apparse su un editoriale del quotidiano più diffuso nel nostro Paese: « Dove l'Italia è più povera, più debole è l'assistenza pubblica e più vorace e cinica è la prestazione privata. Dove l'Italia è più povera l'ospedale pubblico è quasi inaccessibile e la speculazione privata più protetta. I bambini della salmonellosi sono morti perchè fino ad ora hanno vinto gli interessi speculativi. Non è una tragedia del Sud, è una tragedia dell'Italia ».

Ho voluto di proposito fare riferimento alla sciagura di Avellino perchè riteniamo che costituisca l'ultimo campanello di allarme, in ordine di tempo; ma non vogliamo ignorare le profonde e larghe piaghe provocate dalle pessime condizioni igienico-ambientali di altre zone. Abbiamo avuto la riprova che quando circolano germi di salmonellosi, di tifo e di epatite, i pericoli di epidemia sono sempre latenti e si manifestano purtroppo anche nei centri urbani cosiddetti « sviluppati » e che si riteneva fossero immunizzati dalla propagazione. Basta vedere i giornali di stamane, che parlano di numerosi casi accaduti in provincia di Torino, nella Lombardia e nella stessa metropoli lombarda, Milano.

Non sono abituato a fare riferimenti campanilistici o regionali, anzi voi lo sapete, sono portato ad una maggiore sensibilità nel comprendere il dramma delle aree meridionali. Tuttavia vorrei citarvi un dato abba-

stanza significativo: in Lombardia abbiamo il 60 per cento dei comuni che non effettuano interventi di controllo e di potabilizzazione delle acque usate per l'approvvigionamento idrico, meno del 20 per cento dispongono di un sistema fognario moderno; gli impianti di depurazione delle acque cloacali esistono soltanto in 300 comuni sui 1546 della regione. E talvolta si guarda alla Lombardia come alle regioni con il più alto standard sociale!

Occorre, però, rendersi conto che nonostante queste carenze di infrastrutture civili, nelle zone ad alto sviluppo, rispetto al Sud e alle isole vi è una maggiore sicurezza idrosanitaria, si riesce maggiormente ad espletare efficaci controlli batteriologici per gli acquedotti e così via.

Prima di prendere la parola ricordavo ai miei colleghi di gruppo un famoso ordine del giorno votato a seguito del dibattito sul bilancio di previsione per l'anno 1974. Partendo dall'epidemia colerica, che aveva evidenziato le antiche e gravi carenze delle strutture sanitarie e civili nel Mezzogiorno, « si impegnava il Governo a predisporre un programma pluriennale sanitario coordinato tra le regioni del Sud, attraverso lo stanziamento di 40 miliardi, onde potenziare i presidi sanitari essenziali per la prevenzione delle malattie, elevando le condizioni igieniche del Meridione come primo concreto avvio alla riforma sanitaria ».

L'ordine del giorno venne accolto dal Governo ma, come sempre, l'impegno è rimasto lettera morta e non c'è stata un'inversione di tendenza in un settore così drammatico.

Il bilancio che stiamo discutendo — ecco la domanda che vorrei porre al centro di quest'intervento — contiene qualche cosa di nuovo, qualche elemento di novità da segnalare, o quanto meno una timida inversione dei vecchi indirizzi? Ebbene, a nostro giudizio non solo la risposta è totalmente negativa (e credo che nessun collega possa trovare argomenti per dimostrare il contrario), ma l'impressione che si ricava è di trovarsi al cospetto di un reperto archeologico di politica sanitaria. Siccome dobbiamo attenerci all'etica parlamentare e usare un linguaggio il più possibile rispettoso e ca-

stigato, non sforziamoci di trovare definizioni troppo vivaci e semplificative. Certo che si tratta di un bilancio completamente illusorio: sembrerebbe fatto su misura per un Paese che scoppia di salute, che non presenta ritardi nella politica prevenzionale, dotato di validi presidi curativi, al riparo di ogni squilibrio territoriale, con una corretta e tollerabile distribuzione farmaceutica, con una robusta ricerca scientifica, alti livelli di qualificazione professionale, e si potrebbe continuare; è invece un bilancio di spesa che perpetua la concezione dell'austerità in un settore privo di tutto, anche se al tempo stesso vi prosperano gli sprechi e i parassitismi più macroscopici.

Rispetto all'esercizio precedente, lo ricordava ieri il relatore Barra, viene apportata una riduzione di spesa di 35 miliardi circa. Ora, a parte il fatto (e lo dico *en passant*) che una spesa complessiva di 636 miliardi è poco più del 10 per cento della spesa sanitaria globalmente erogata, per cui il ministro gestisce, coordina, indirizza e controlla assai poco, (e questo spiega la richiesta del relatore Barra di un riordinamento generale delle strutture ministeriali), vi sono delle operazioni contabili che ci fanno vedere l'altra faccia del bilancio, e cioè una persistente stortura degli interventi finanziari.

Entro nel merito per dare un senso più concreto e compiuto ai giudizi critici ora formulati

Sui primi 59 capitoli raggruppati nella rubrica 1, suddivisi in nove categorie, credo ci sia poco da osservare. Vi è una lievitazione complessiva della spesa di 1 miliardo e 600 milioni. Vi concorre la maggiorazione di tutte le voci riguardanti il personale in attività di servizio del Ministero e delle segreterie particolari, per 459 milioni, il personale in quiescenza per altri 562 milioni.

Per la categoria IV e V (« acquisto di beni e servizi » più i « trasferimenti »), su 38 voci le modificazioni sono pochissime e due soltanto sono particolarmente significative. Riguardano i 600 milioni in più di contributo all'Organizzazione mondiale della sanità (capitolo 1227) e la riduzione di 49 milioni 700 mila per « l'attuazione di corsi di preparazio-

ne, formazione e perfezionamento del personale ».

L'unica voce tagliata è proprio quella che meritava invece un potenziamento, giacché si è sempre e giustamente sostenuta l'esigenza di favorire un'elevazione dei livelli professionali degli operatori sanitari.

Ma il discorso più importante, di maggiore e palpitante attualità e sul quale chiediamo un confronto serio, franco, leale, riguarda la rubrica 2: quella degli ospedali. Alcuni chiarimenti ce li ha forniti il collega Barra e non potevano essere che chiarimenti interpretativi, di natura tecnica e contabile. Nella nota preliminare la riduzione di 100 miliardi del Fondo nazionale ospedaliero viene motivata con queste tre righe lapidarie: « per quanto concerne il Fondo nazionale ospedaliero, si precisa che lo stato di previsione del Ministero del tesoro considera a titolo di contributo integrativo, uno stanziamento di 100 miliardi che verrà trasferito al presente stato di previsione ».

Successivamente, al capitolo 1578, si passa da una previsione di spesa di 450 miliardi del 1975 a 350 per il 1976. A pie' di pagina (pagina 14) troviamo l'altrettanto lapidaria spiegazione: « Variazione e stanziamento risultanti in corrispondenza delle somme iscritte ai capitoli n. 3503 e n. 3615 dello stato di previsione dell'entrata ». Non disponendo di alcun documento di riscontro, diamo per legittima questa operazione macchinosa, di cui ci ha parlato il collega relatore. Ma, non essendo la Commissione sanità del Senato una succursale della Corte dei conti, ci interessa piuttosto capire la sostanza politica del problema, che sta diventando drammatico in tutte le regioni italiane.

Con l'approvazione della legge 386 del 1974 avevamo tutti la percezione che il marchingegno finanziario escogitato costituisse una specie di oggetto misterioso, non facile da capire e di difficile funzionamento.

Sono in molti, anche in questi giorni — basta vedere tutta la stampa specializzata — ad affannarsi per valutare la consistenza del Fondo, l'entità dei recuperi introitati e le somme erogate alle singole regioni. Non è questa l'occasione più propizia per ripren-

dere i termini di un dibattito che ci ha visti impegnati nell'agosto dello scorso anno. Erano insorte tra noi delle divergenze di valutazione su taluni aspetti del provvedimento, e le insorgenti difficoltà stanno a testimoniare che non c'era motivo di abbandonarsi al facile ottimismo. Era una legge che risentiva certo delle restrizioni creditizie dell'epoca, restrizioni che permangono ancora oggi e si riflettono pesantemente sugli enti locali; una legge che mentre imponeva un aumento contributivo a carico dei lavoratori dipendenti, degli autonomi e delle aziende (per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie) scaricava sulle regioni gravosi oneri finanziari, soltanto parzialmente coperti, poichè le spese consolidate degli enti ospedalieri sono superiori all'ammontare previsto per il Fondo nazionale ospedaliero (le stime di questo ammontano attorno ai 4.000 miliardi). Anche la FIARO ha parlato di 4.000 miliardi. C'è la « ballata » dei miliardi, ma si incontra una notevole difficoltà nel quantificare le cifre reali in questo campo.

Alla luce delle esperienze acquisite è risultata ancora una volta palese la mancanza di un rapporto di coerenza tra i contenuti programmatici delle leggi e la garanzia finanziaria per la loro attuazione.

I colleghi hanno seguito i vari momenti di difficoltà: dal mercato finanziario che non assorbiva le obbligazioni ai ritardi nell'erogazione di congrui accenti per soddisfare le scadenze più pressanti verso i fornitori e il personale ospedaliero, dai trucchi escogitati dagli Istituti mutualistici per non mollare la presa (e per creare in qualche zona difficoltà alle regioni) ai frequenti conflitti insorti con il Ministero del tesoro.

Ancor oggi la situazione è pesante, e può diventare esplosiva se non si perverrà presto alla normalizzazione. Cito un caso che, badate, è di maggior tranquillità rispetto ad altre drammatiche situazioni regionali. Per gli ospedali lombardi il Governo ha stanziato 370 miliardi per il 1974. Secondo la Regione ne occorrono 450, per le amministrazioni ospedaliere 500. La copertura è insufficiente e i fondi arrivano in ritardo: dopo nove me-

si si è introitato soltanto il 50 per cento dei finanziamenti stabiliti.

Vi risparmio altri esempi, indubbiamente più preoccupanti.

Vi era l'impegno del Governo di definire entro il 30 giugno scorso la revisione dei costi. Stamane ho appreso che il ministro Gullotti intende promuovere per il 9 ottobre — quindi tra pochissimi giorni — un incontro con gli assessori regionali alla sanità per discutere dei parametri per la ripartizione del Fondo, e per l'adeguamento del Fondo stesso. Si tratta di un'utile e apprezzabile iniziativa, perchè vi è bisogno di mettere i piedi per terra e i conti sul tavolo, interrompendo quell'altalena di ipotesi che rischia di paralizzare l'assistenza ospedaliera creando conflitti soprattutto con il personale e con i fornitori, conflitti non facilmente contenibili che costituiscono una turbativa grave per la tranquillità degli ospedali.

Credo che il senso di responsabilità, già dimostrato dalle Regioni, eviterà tra pochi giorni la schermaglia abbastanza improduttiva sui parametri. Comunque, come Gruppo siamo profondamente convinti che occorre privilegiare le esigenze del Mezzogiorno, perchè se vogliamo elevare gli *standards* nazionali dobbiamo avere la forza di bloccare la costruzione di « cattedrali » al nord e di migliorare la condizione delle prestazioni sanitarie al sud.

Cogliendo il richiamo fatto dal relatore, siamo pure noi convinti che il nodo da sciogliere riguarda soprattutto l'adeguamento del Fondo nazionale ospedaliero e, sotto questo profilo, non ha senso il braccio di ferro tra i vari Ministeri o il tentativo di dirottare sulle forze politiche e parlamentari colpe e responsabilità.

È noto a tutti che la legge 386 assegna al CIPE determinati compiti. Spetta quindi al Governo provvedere al potenziamento del Fondo e snellire le procedure finanziarie. Non è possibile dare la colpa ai Gruppi parlamentari della Camera e del Senato, in quanto i poteri essenziali sono stati rimessi al CIPE. Quindi, esistendo la volontà politica, si tratta di adeguare il Fondo sulla base del-

la consultazione che è in corso con le Regioni italiane.

Sarebbe auspicabile che i colleghi dei vari gruppi si pronunciassero in tal senso, rendendo più vincolanti gli impegni che il Governo si accinge ad assumere, e se è vero che continua il dissidio tra Ministero del tesoro e Ministero della sanità la nostra competenza specifica potrebbe servire a dare una mano al Ministero della sanità perchè sia messo nella condizione di non pietire sempre contributi da parte del Tesoro.

È sufficiente aggiungere che tale questione è strettamente, intimamente intrecciata con la riforma sanitaria e voi stessi colleghi della maggioranza non vi siete risparmiati (mi dispiace che sia assente il collega De Giuseppe che era il più convinto sostenitore di questa tesi) nel sottolineare che la legge 386 era « un ponte proiettato verso la sponda riformatrice »; mentre per parte loro i Ministri diedero assicurazione che la riforma sarebbe stata varata entro l'estate del 1975.

B A R R A, *relatore alla Commissione.*
È un compito che spetta al Parlamento.

M E R Z A R I O. Sì, d'accordo. Però, spetta alle forze politiche che sostengono il Governo il dare un'impronta più sollecita all'*iter* della riforma, per evitare che ogni tanto sorgano scogli che fanno arenare la discussione.

È fuori discussione, collega Barra, che vi sono scadenze non dilazionabili, e oltre tutto la legge 386 ha creato due diversi sistemi di assistenza sanitaria, non raccordabili e non conciliabili tra loro.

Per quanto consta a noi, l'*iter* legislativo iniziato nell'altro ramo del Parlamento ha subito qualche battuta d'arresto, ma non saremo certo noi a giudicare negativamente il buon lavoro svolto dall'apposito Comitato ristretto.

Dalle informazioni (che raccogliamo purtroppo per vie traverse, in quanto nè il Ministro, nè il Sottosegretario che segue il lavoro della nostra Commissione, hanno ravvisato l'opportunità di raggiungerci — almeno periodicamente — sullo stato del dibattito)

sembra che stia per concludersi l'esame generale diretto a definire un testo unificato delle varie proposte che sono state presentate; sono stati accantonati alcuni punti di dissenso — il che è anche giusto e naturale — relativi, tra l'altro, all'introduzione del concorso minimo dell'assistito nella spesa per i prodotti farmaceutici e alla prevenzione sui luoghi di lavoro, (e cioè alle prospettive che riguardano l'ENPI).

Non accenno nemmeno di sfuggita alle proposte diversificate avanzate da noi, dalle Regioni, dai vari partiti e dalle organizzazioni sindacali.

Vi sono tutte le premesse — secondo le affermazioni più responsabili — perchè entro l'anno il testo venga sottoposto al *plenum* della 14^a Commissione e quindi all'Assemblea.

A questo punto mi corre l'obbligo di sollevare una questione che sappiamo oggetto di dibattito all'interno dei Gruppi e che non è affatto estranea al discorso che stiamo sviluppando attorno alla materia, alla caratterizzazione e alle prospettive del bilancio. Era questa la ragione, signor Presidente, per la quale ieri avevamo raccomandato una convocazione sollecita della Commissione: proprio perchè si tratta di scadenze abbastanza vicine.

Prima delle ferie estive era stata prospettata l'eventualità da parte di esponenti del Governo — di predisporre una legge-ponte verso la riforma... quanti ponti senza arcate abbiamo sentito teorizzare in questi anni!... Ogni leggina, invece, dovrebbe essere un'arcata in attesa di realizzare il ponte!

Lo spunto veniva offerto dalla opportunità di modificare l'articolo 8 della legge 386 per addivenire alla « convenzione unica dei medici generici », che erano scesi allora in sciopero. Pochi giorni fa il quotidiano della democrazia cristiana anticipava la notizia della presentazione di una proposta di « legge-ponte » al Senato. Analogo orientamento, mi pare, ha espresso il partito socialista italiano, che ha presentato proprio avant'ieri un apposito testo legislativo, del quale non conosciamo il contenuto ma sappiamo che è stato annunciato in aula.

Nasce spontanea la preoccupazione — occorre dirlo chiaramente — che siffatte iniziative possano bloccare l'iter legislativo della riforma sanitaria, in corso alla Camera.

La proposta di legge-ponte (mi avvalgo di un documento ufficiale redatto dal dirigente dell'ufficio sanità della direzione della Democrazia cristiana dal titolo: « Norme urgenti di raccordo tra la legge 386 e la riforma sanitaria ») avrebbe questi quattro filoni ispiratori:

1) Adeguamento del Fondo nazionale ospedaliero alle reali spese per il 1975. Sorge allora l'obiezione che non si fanno legge-ponte per sanare questioni ormai retroattive. Meglio si comprenderebbe un legge-ponte per quanto attiene ai bisogni ospedalieri negli anni futuri. Comunque, si dice, e giustamente, che è necessario non ricadere in fallimentari esperienze del passato.

2) Superamento del blocco delle convenzioni mediche (articolo 8 della legge 386) per giungere ad una convenzione unica nazionale... « nella prospettiva e per gli obiettivi della riforma ».

3) Revisione delle strutture e dei poteri dei Comitati di coordinamento regionali. Quindi cioè una modifica dell'articolo 20 della legge 386 al fine di ottenere... « interventi promozionali e coordinati tra le Regioni e gli Enti mutualistici ».

4) Passaggio dell'assistenza psichiatrica alle Regioni come avvio della riforma sanitaria richiesta dalla logica della legge 386.

Ci viene assicurato, in questo documento della Democrazia cristiana, che non ha fondamento parlare di « legge stralcio », e si auspica un utile e costruttivo confronto con l'opposizione comunista.

Non conosco gli sviluppi e gli orientamenti delle ultime ore ma alcune perplessità affiorano sempre quando si legifera — come siamo abituati nel nostro Paese — per strisce settoriali, a singhiozzo e in una maniera che intralcia le leggi-quadro di respiro più generale. Non si tratta di diffidenza o di immotivati preconcetti. Abbiamo bisogno che il Fondo nazionale ospedaliero si trasformi pre-

sto, con la riforma sanitaria, in Fondo sanitario nazionale, e vi sono precedenti tutt'altro che esaltanti in fatto di « raccordi armonici ». Ne cito alcuni:

1) la convenzione con le cliniche private, che presenta grossi limiti;

2) il rifinanziamento dell'edilizia ospedaliera — approvato dal Senato con la legge di conversione n. 492 pochi giorni fa — ubbidisce a certi schemi validi nel 1965, e cioè nell'epoca in cui è stata fatta la legge ospedaliera n. 574 del 30 maggio 1965, per la quale appunto il Ministero aveva predisposto questi strumenti, e quindi non risponde alle moderne, nuove acquisizioni. E non cito esempi di Regioni che hanno avuto dei finanziamenti supplementari superiori alle stesse richieste, per rincorrere *standards* di edilizia ospedaliera non certo ottimali. Esistono a questo proposito alcuni casi davvero agghiaccianti;

3) sopravvive una legislazione del 1890 sulle Opere pie ospedaliere (legge 17 luglio 1890, n. 6972) che crea grossi problemi alle Regioni, in conflitto permanente con il Governo;

4) si rischia di bloccare, per inerzia legislativa, tutte le esperienze maturate in questi ultimi anni in molti settori della medicina preventiva, e specialmente in quelli dell'infanzia, dell'età scolare, della medicina del lavoro, degli anziani;

5) infine conosciamo i ritardi nel piano di attuazione degli asili nido, previsti dalla famosa legge n. 1044 (del 6 dicembre 1971).

Pare a noi, quindi, che ogni diversivo e ogni ritardo nell'attuazione della riforma possa concorrere ad esasperare la situazione e provocare una bancarotta di incalcolabili dimensioni, in quanto tutte queste iniziative legislative hanno un senso solo se confluiscono in una legge più generale. Se vanno avanti due sistemi in contraddizione tra loro, a subire colpi non è solo il prestigio del Parlamento e la serietà dei legislatori, ma si incoraggiano anche tutte le spinte corporative e qualunquistiche, che guardano ancora alla riforma sanitaria come ad un fatto punitivo per i medici e per gli operatori sanitari.

Resta — ce ne rendiamo perfettamente conto — il problema della convenzione unica, che reputiamo meritevole di sollecita soluzione. Sarebbe troppo sbrigativo classificare la richiesta dei medici mutualistici con la etichetta di « corporativismo ». È da tempo che la categoria sollecita una seria e concreta trattativa e deve essere comune la preoccupazione di evitare nuovi elementi di turbativa e di paralisi nelle prestazioni curative: non è possibile affrontare la stagione invernale con questi scioperi, che creano un disagio tremendo in tutto il Paese. Semmai è consigliabile non incoraggiare un movimento rivendicativo, caotico e a ventaglio, da parte di altri operatori sanitari che già beneficiano di trattamenti a livello non dirò privilegiato ma comunque non disprezzabile. Se l'ostacolo è rappresentato dall'attuale formulazione dell'articolo 8 della legge n. 386 e se esiste veramente la volontà di disciplinare la materia con criteri nazionali unificanti, basterebbe disporre di uno strumento legislativo *ad hoc*, concordando tra tutti i Gruppi una rapida procedura e includendo nello schema di convenzione alcuni indirizzi capaci di prefigurare lineamenti della stessa riforma per quanto riguarda il rapporto con i presidi sanitari territoriali e per una più moderna assistenza preventiva e curativa; ridando smalto — e ce n'è davvero bisogno — di dignità professionale alla figura degli stessi operatori sanitari generici, che sono diventati degli scrivani di ricette e che non hanno tempo di affrontare lo sforzo occorrente per un minimo di aggiornamento scientifico.

In questo senso dichiariamo la nostra disponibilità, facendo giustizia con ciò di certe ingenerose e pretestuose insinuazioni, che servono a mala pena a coprire o attenuare le manchevolezze di chi ha tardato ad impiegare i propri poteri decisionali.

Dovremmo anche, qualche volta, preoccuparci del personale infermieristico, della sua bassa qualificazione professionale, dei tecnici di laboratorio e del vasto settore delle arti paramediche che — per una serie di ragioni — non gode della stessa attenzione riservata agli operatori più blasonati. Pochi giorni fa ho partecipato a una riunione di associa-

zioni di odontotecnici e devo riconoscere che queste professioni ci pongono problemi reali. Questa è la tesi degli odontotecnici: il nostro Paese ha una popolazione di 55 milioni con una certa percentuale di medici: gli odontotecnici coprono il 70 per cento del settore agendo in un clima di abusivismo che fa loro rischiare la galera. È evidente allora che non si tratta di dare agli odontotecnici particolari patenti, ma non possiamo tollerare queste situazioni in un settore che è estremamente importante per la generalità della popolazione.

È diventato luogo comune affermare che la riforma sanitaria non si fa senza e contro i medici. Occorre disciplinare le irrazionali spinte corporative, ridurre l'area speculativa, porre un limite alle posizioni di rendita che sfiorano livelli di parassitismo, ma ugualmente dobbiamo riconoscere che se la riforma sanitaria non si fa contro i medici, nessuna riforma è seria, incisiva e credibile se non vengono coinvolti e valorizzati i più modesti — se volete — ma non meno impegnati e utili operatori sanitari di base, dentro e fuori le strutture ospedaliere. E noi sappiamo quanto sia necessario elevare i livelli professionali del corpo infermieristico del nostro Paese.

Mi accorgo di avere già rubato molto tempo e mi sforzerò di rendere più stringate le osservazioni sui restanti capitoli del bilancio.

Per l'igiene pubblica — rubrica 3 — l'incremento della spesa non ci sembra corrispondente alla gravità della situazione denunciata in precedenza. Vorrei chiedere le ragioni per cui alcuni stanziamenti previsti negli anni precedenti per le Regioni a statuto speciale sono stati soppressi. Addirittura c'è un errore macroscopico: sono stati tolti i fondi per le cure termali ad Acqui, perchè dovrebbe essere in una regione a statuto speciale, mentre invece si trova in provincia di Alessandria e quindi in Piemonte e non in Val d'Aosta. Può anche darsi che sia l'errore di un tipografo distratto, ma di questi errori ne ho riscontrati troppi. A questo proposito, devo dirvi che ho stralciato dalle varie rubriche della tabella 19 i singoli capitoli nei quali sono stati soppressi stanziamenti prima riser-

vati alle Regioni a statuto speciale. Ecco i risultati:

Capitolo 1115 — 30 milioni — stabilimento termale di Acqui;

capitolo 1531 — 6 milioni — ispezioni degli istituti di radiologia;

capitolo 1532 — 4 milioni e 800 mila — ispezioni delle commissioni provinciali per la psichiatria;

capitolo 1571 — 18 milioni — impianto e funzionamento scuole infermieri;

capitolo 1573 — 15 milioni — borse di studio per addestramento professionale;

capitolo 2073 — 230 milioni — profilassi antimalarica, eccetera;

capitolo 2074 — 15 milioni — servizi medico-scolastici;

capitolo 2534 — 15 milioni — profilassi malattie veneree;

capitolo 2536 — 100 milioni — terapia e mantenimento malati venerei;

capitolo 2537 — 180 milioni — spedalità malati hanseniani;

capitolo 2573 — 3 miliardi e 800 milioni — lotta contro la TBC;

capitolo 2574 — 600 milioni — assistenza infermi TBC;

capitolo 2576 — 25 milioni — sussidi alle ostetriche condotte;

capitolo 2579 — 525 milioni — sussidi sanatoriali TBC;

capitolo 2582 — 130 milioni — dispensari anti-venerei;

capitolo 3571 — 600 milioni — indennità di residenza ai titolari di farmacie rurali.

Si tratta di 16 capitoli che vengono soppressi per un ammontare di 6 miliardi e 300 milioni di spesa in meno. Rappresentano stanziamenti non certo voluttuari — se mi è consentito il termine — ma per la profilassi contro la tubercolosi, per gli hanseniani e per l'addestramento professionale. Un chiarimento al riguardo sarebbe utile, perchè queste competenze delle regioni a statuto speciale sussistevano anche nel 1975, mentre in quel bilancio non avvennero queste riduzioni.

Per la rubrica 4, malattie sociali, siamo veramente di fronte ad un'operazione gattopar-

desca, perchè uno sguardo superficiale alle risultanze generali ci porterebbe a concludere che l'incremento del 60 per cento della spesa (da 118 miliardi a 186) caratterizzi socialmente il bilancio. Ma, valutando i capitoli con meno approssimazione, si evince una riduzione di 413 milioni tolti ai centri per le malattie sociali (capitolo 2577), di 315 milioni tolti alla medicina sportiva (capitoli 2539, 2540, 2583), di 525 milioni tolti ai tubercolotici (capitolo 2579).

Tutte queste operazioni di drastica compressione della spesa (ed altre ancora di più consistente entità) servono, al capitolo 2598, per maggiorare il fondo per gli asili nido comunali (legge n. 1044) di soli due miliardi (che non coprono nemmeno parzialmente la lievitazione dei costi intervenuti dal 1972 ad oggi), per elevare di 50 miliardi la spesa per l'assistenza ai mutilati e invalidi civili (capitolo 2532), e, ancora una volta, per continuare l'*escalation* nello spruzzare la vernice sulla facciata arrugginita dell'ONMI, il cui fondo passa da 50 a 71 miliardi e mezzo (capitolo 2584).

Altri colleghi del mio Gruppo avranno modo di soffermarsi sulla questione. Comunque, l'aumento viene giustificato in parte per finanziare i disavanzi dell'ente e in parte per « esigenze programmatiche » (il collega Barra ha driblato elegantemente l'ostacolo parlando di formulazione erronea). Ma quali programmi, se alla Camera si sta discutendo un testo unificato per lo scioglimento rapido di questo emblema dell'inutilità, per non dire altro? E come si è potuto quantificare il *deficit* se, quando il bilancio era già stato stampato, il sottosegretario onorevole Foschi ebbe a dichiarare alla Camera, il 23 luglio ultimo scorso, che sotto il profilo finanziario non si è in grado di definire con esattezza il disavanzo che deve essere colmato? Questo ha dichiarato solennemente il sottosegretario Foschi quando il bilancio era già stato stampato.

Voi capite, onorevoli colleghi, che quando in un bilancio complessivamente ridotto nella previsione di spesa si scoprono, nelle pieghe, due voci (diversamente giudicabili) in così forte aumento da rappresentare il 10 per cento della spesa globale, non si può fare a meno di considerarlo come il preventivo di

un'ECA gigantesca, che non ha nulla a che spartire con la sanità e la sicurezza sociale!

Intendiamoci: noi non sottovalutiamo la importanza dell'assistenza intesa correttamente e modernamente, ma non possiamo rimanere insensibili di fronte al fatto che in Italia vi sono ben 63.000 enti assistenziali: uno ogni 850 abitanti, per una spesa annua di 1.500 miliardi, dirottata in mille canali e non sempre a beneficio degli assistiti. In questo settore spendiamo più del doppio di quanto spende il Ministero della sanità per la politica sanitaria e di sicurezza sociale. Siamo davvero il paese degli assistiti! In questa selva di enti fioriscono gli intralazzi e la pratica clientelare, a danno delle categorie più deboli ed emarginate!

Da alcuni anni un vasto schieramento di forze politiche e sociali è impegnato a conquistare un'organica politica di sanità e di sicurezza sociale, a superare la settorialità degli interventi. In molte Regioni si vanno maturando esperienze positive ed interessanti, attraverso il coordinamento degli interventi degli Enti locali per una corretta ed unitaria gestione sociale dei servizi e delle risorse disponibili. Nel bilancio si continuano invece a seguire indirizzi che sono di fatto superati o in via di superamento.

Sul servizio farmaceutico, o meglio sulla politica dei farmaci, eravamo intenzionati a sviluppare un'analisi attenta e rigorosa, ma mi rendo conto perfettamente che non è possibile liquidare un settore così importante e nevralgico per la condizione sanitaria del Paese in limiti ristretti di tempo, per cui, a nome del Gruppo comunista, chiedo all'onorevole Presidente e ai colleghi di valutare la opportunità di riservare un'apposita seduta della Commissione ad una discussione seria e pacata della complessa materia.

In passato ce ne siamo occupati di sfuggita, occasionalmente e marginalmente, soltanto quando sono scoppiati degli scandali, come quello di Alece, quando sono stati autorizzati degli aumenti o quando è stato ritoccato il prontuario farmaceutico. Crediamo, invece, che i problemi del consumo e dell'abuso dei farmaci, della produzione, della distribuzione, dei prezzi, della propaganda, dell'incidenza sulla spesa sanitaria globale,

del prontuario e della brevettabilità, della struttura del mercato e del processo di inserimento del capitale straniero (con grave danno sui livelli occupazionali e a scapito dell'industria nazionale), infine della ricerca scientifica, meritino uno scambio di idee, di giudizi, di proposte. E a noi pare che in ogni caso una riflessione collettiva debba essere pregiudiziale all'iniziativa che si vorrebbe concordare per una visita a qualche complesso produttivo.

Per il servizio veterinario interverrà il collega onorevole Benedetti. Devo però sin da ora rilevare che appare grave e non facilmente spiegabile il mancato rifinanziamento della legge n. 42 del 1972 per la profilassi e il risanamento del bestiame, con conseguente soppressione di 7 miliardi di spesa. Si ritiene, forse, superata questa legge, che discutemmo un paio di anni fa con tanta passione? Ci ricordiamo anche l'impegno del Governo di presentare un provvedimento onnicomprensivo delle varie leggi in materia, con l'annuncio di uno stanziamento di 60 miliardi per completare il piano di bonifica (in base ad una stima assai documentata e circostanziata, noi ne chiediamo, con una proposta di legge, 100).

Invece, somma sorpresa, abbiamo rilevato dal bilancio che si va indietro, interrompendo i piani di intervento, rischiando di pregiudicare gran parte dei risultati conseguiti, con grave danno per la produzione zootecnica, per l'economia nazionale, per la nostra bilancia dei pagamenti.

Alcune brevissime considerazioni, infine, sull'ultima rubrica, relativa all'Istituto superiore di sanità. All'incremento della spesa di 664 milioni alla categoria IV si contrappone una eliminazione di 32 milioni per l'inspiegabile soppressione dei contributi per le borse di studio alla categoria IV. Alla naturale lievitazione degli oneri per il personale (categoria II) a seguito dell'applicazione di provvedimenti legislativi e ministeriali, si aggiunge una spesa in conto capitale di un miliardo e mezzo per la ricerca scientifica (rispetto agli 850 milioni dell'esercizio finanziario 1975). A nostro giudizio, si tratta di un sintomo positivo, ma siamo indubbiamente ancora lontani dall'aver garantito adeguati mezzi affinché

l'Istituto assolva quell'importante ruolo che abbiamo inteso affidargli quando approvammo, due anni fa, la legge di ristrutturazione dei servizi. Ci risulta che proprio una settimana fa il Comitato scientifico dell'Istituto, dopo una fase abbastanza impegnativa di dibattito e di elaborazione, ha predisposto un programma di assestamento strutturale e funzionale dell'ente. Vi è ora l'esigenza di passare dai programmi, dalle discussioni teoriche, all'azione, conferendo mezzi, strumenti ed anche maggiore autorevolezza all'Istituto superiore di sanità. Non è davvero il caso di ricordare al Governo ed a noi stessi quanto sia carente e mortificata la ricerca scientifica in Italia. È la stessa realtà nella quale viviamo a spronarci alla riflessione.

Arriviamo ora all'ultima e conclusiva osservazione che fa riferimento ad un episodio che tanto ha turbato l'opinione pubblica pochi giorni fa. La scandalosa vicenda della « Michelangelo » e della « Raffaello » pone una serie di angosciosi interrogativi, di cui ci siamo resi interpreti presentando al ministro Gullotti alcuni quesiti sotto il profilo sanitario. Il primo interrogativo è questo: il ricorrente fenomeno dei cosiddetti « metodi non provati » di cura del cancro comprende una vasta gamma di proposte, alcune prive di qualsiasi fondamento, altre dotate di qualche base scientifica; alcune espresse in buona fede, ma la maggior parte, invece, con palesi o nascosti fini truffaldini. I colleghi senatori che ogni tanto si definiscono uomini di scienza, esercitando la professione medica a qualificati livelli di responsabilità — oggi ne abbiamo presenti solo due — potrebbero insegnarci che il lungo periodo di tempo necessario per valutare i risultati della terapia costringono gli studiosi a conclusioni ponderate e a una saggia prudenza. Questa oggettiva difficoltà facilita ovviamente chi vuole percorrere la strada delle cosiddette novità miracolistiche a scopi speculativi in un campo dove, per ragioni psicologiche ed emotive, il numero di persone che possono rispondere a questo richiamo è purtroppo elevato. Ci si obietterà che il tempo fa sempre giustizia dei ciarlatani e dei loro mezzi di cura, ma il danno che in un primo momento essi arreca-

no è notevole, anche in termini di vite perdute.

Il secondo interrogativo è questo: la stampa è stata severa, dimostrando senso di responsabilità, non foss'altro per le dimensioni dell'affare e della speculazione; tuttavia è risaputo che qualche periodico dimostra una certa leggerezza nell'esaltare i metodi di questo o quel guaritore. Ed ecco che tale supporto giornalistico, recando con sè immeritato prestigio e popolarità, provoca dei contraccolpi in molti pazienti suscettibili di guarigione con gli attuali mezzi di terapia, menomando, in questa attesa un po' morbosa, l'efficacia delle stesse cure.

Di qui il terzo aspetto: pensiamo per un attimo alla formidabile operazione finanziaria. In una recente riunione a Bruxelles della organizzazione che coordina le ricerche sul cancro, si è dovuto amaramente constatare che i mezzi a disposizione in Europa occidentale, per un piano coordinato internazionale contro la malattia — al di fuori cioè dei bilanci nazionali — si aggirano intorno ai 300 milioni di lire. Nel nostro Paese non superiamo globalmente lo stanziamento di un miliardo e mezzo per le ricerche antitumorali: lo studioso che si applica con serietà in questo campo, che reazione può avere di fronte ad un affare di 16 miliardi di lire per questi cosiddetti « esperimenti navali »? Come si concilia questa novità delle micro-onde, di dubbia efficacia (o di sicura inefficacia, come sostengono in molti, ma non spetta a noi profani emettere giudizi semplicistici in una materia così scottante) con la teoria ormai acquisita, che una cura positiva dei tumori maligni è sempre il risultato di un attacco coordinato ed integrato di vari mezzi (terapia chimica, chirurgia, radiologia, eccetera)? Possiamo condividere il giudizio espresso da Veronesi, dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori: « Questa vicenda deve chiudersi in fretta con un nulla di fatto. Non va dimenticato che la riduzione del tempo che ci separa dalla soluzione finale del problema del cancro è direttamente proporzionata alla entità dei finanziamenti messi a disposizione della ricerca antitumorale, sperimentale e clinica ».

Onorevoli colleghi, così come nella parte iniziale mi era sembrato giusto fare cenno agli episodi di Avellino, così ho inteso terminare l'intervento ricordando questo recente episodio. Sono due esempi di natura diversa, ma credo abbastanza angosciosi ed emblematici.

La domanda che ci poniamo è questa: perchè il diritto costituzionale alla salute deve continuare ad essere offuscato da vicende a sfondo scandalistico?

È una domanda che non vorremmo più formulare al prossimo bilancio, perchè, oltre ad augurarci una risposta unitaria e positiva (per ragioni umanitarie ed altamente sociali), eviterà a voi la fatica di ascoltarci e a noi di parlare così a lungo da rendere obbligatorie le scuse e doveroso il ringraziamento per la cortese attenzione.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Merzario per il contributo dato alla discussione sul bilancio di previsione 1976 del Ministero della sanità.

Poichè ho provveduto a far distribuire in fotocopia la relazione al bilancio del collega Barra, alcuni colleghi mi hanno chiesto di potere meditare adeguatamente tale relazione in funzione degli interventi che ciascuno vorrà fare al riguardo. Per tale motivo, a meno che non ci sia qualcuno dei colleghi presenti che desidera prendere immediatamente la parola, rinvio il seguito della discussione alla prossima settimana, cioè a mercoledì mattina.

Poichè non si fanno osservazioni così resta stabilito.

La seduta termina alle ore 12,45.

SEDUTA DI MERCOLEDI' 8 OTTOBRE 1975

Presidenza del Presidente MINNOCCI

La seduta ha inizio alle ore 10,45.

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

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976 - Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Riprendiamo la discussione generale.

BENEDETTI. Mi soffermerò su un aspetto particolare della Tabella, dopo l'intervento del senatore Merzario, che riguarda le spese previste per l'assistenza veterinaria.

Fino al termine degli anni '60 il nostro Paese era pressochè all'ultimo posto tra i Paesi della CEE per i consumi di carne; tra il 1968 e il 1970 si è notato un accrescimento non indifferente di questi consumi, in relazione a un relativo aumento della capacità di acquisto dei lavoratori, in seguito ad alcune importanti conquiste salariali. A ciò avevano concorso anche i miglioramenti faticosamente conseguiti dai pensionati, pur con tutti i limiti a noi noti. Non eravamo certo balzati in testa nella graduatoria dei consumi europei, ma è certo che avevamo fatto dei progressi non indifferenti. Nel 1973 il consumo di carne bovina era giunto a 14.694.000 quintali. Ma nel 1974 il consumo era sceso a 13.586.000 quintali, con una diminuzione di 1.108.000 quintali. Dai dati preannunciati per il 1975 sembra che il consumo di carne bovina sia diminuito ulteriormente in modo assai rilevante, chi dice del 30 chi del 50 per cento. Si potrebbe ritenere positivo tale fenomeno solo considerando che il livello assai basso in cui ci trovavamo dieci anni fa è stato modificato in aumento negli ultimi anni, per la ragione che diminuendo il consumo di carne noi ci stiamo liberando del peso del debito con l'estero. Certo: si può esultare per i risultati che questa diminuzione del consumo di carne si ritiene possa avere per la bilancia dei pagamenti con l'estero. Ma una conclusione diversa potrebbe apparire quando si riflette che oltre un milione di quintali

di carne sono stati sottratti non certo alle mense dei più ricchi, ma piuttosto a quelle dei più poveri. La tutela della salute e la prevenzione delle malattie passa anche, e in misura non secondaria, attraverso l'alimentazione. Non sollevo questo argomento per chiedere ai medici presenti se il consumo medio giornaliero di 196 calorie in proteine animali sia o meno sufficiente; personalmente non lo so, quello che mi interessa in questo momento è accennare a un altro argomento. Il fatto è che la riduzione drastica del consumo di carne, bovina in particolare, non è fondata prevalentemente sulla riduzione delle importazioni. Se ciò fosse, potremmo affermare che l'Italia si accolla un sacrificio alimentare inevitabile, compensato da una forte diminuzione di un debito intollerabile con l'estero. Il fatto è che non è così: le statistiche ci informano che se è vero che nel 1974 è diminuito il consumo delle carni complessivamente, è addirittura aumentato il consumo di carni di provenienza dal mercato interno. E infatti il patrimonio bovino italiano ha registrato nel 1973 e nel 1974 una fortissima diminuzione. Si deve giungere alla conclusione che siamo in presenza di un fenomeno che vede al tempo stesso una diminuzione grave del consumo di carne ed una pesante falcidia del nostro patrimonio zootecnico, ivi compreso quello da riproduzione e da latte. E tutto ciò non è affatto compensato dal modesto affrancamento dal mercato estero, che tra l'altro è destinato a scomparire, quando ci troveremo con un patrimonio bovino nazionale dimezzato e con una ripresa di consumi a livelli normali, ovvero precedenti all'attuale diminuzione del consumo. Occorre dunque una inversione netta nell'attuale tendenza alla riduzione del patrimonio zootecnico nazionale. Mi sono permesso di introdurre questo discorso in Commissione perchè ritengo che essa debba essere investita del problema. A me sembra che le cifre citate dimostrino che minaccia di fallire miseramente quella volontà politica che era stata a suo tempo annunciata dai Governi che precedettero questo attuale, e cioè l'orientamento verso un Piano-carne. Lo Stato con ciò assumeva l'impegno di promuovere

una inversione di tendenza, affinché gradualmente il fabbisogno di carne fosse sempre più soddisfatto dagli allevamenti nazionali, anzichè dalle importazioni. Infatti, nei primi tempi della presente legislatura la Commissione sanità fu chiamata ad approvare una proposta governativa di rifinanziamento di una delle leggi per la tutela della salute del bestiame. La nostra parte politica colse l'occasione per sollecitare il necessario coordinamento dei vari provvedimenti legislativi in vigore: la legge n. 615 del 1964, la legge n. 33 del 1968, la legge n. 42 del 1972. I colleghi di Gruppo presenti a quella discussione sottolinearono l'urgenza della unificazione dei diversi strumenti legislativi, per arrivare ad una azione su vasta scala per il risanamento degli allevamenti. Si trattava di insistere in questo campo, incoraggiati anche dal fatto che alcuni interventi, peraltro nemmeno imponenti, avevano tuttavia reso possibile, nei dieci anni tra il 1964 e il 1974, risultati soddisfacenti: il 90 per cento dei capi era stato sottoposto a controllo per la tubercolosi; il 30 per cento per la brucellosi, con una diminuzione del tasso di infezione. Badate, non c'era ne c'è da cantare vittoria. A tutt'oggi in Italia il tasso medio di fecondità bovina è inferiore al 67 per cento, contro il tasso medio europeo che è superiore all'87 per cento, con un massimo in Olanda di circa il 90 per cento.

Il Gruppo comunista presentò quindi il disegno di legge n. 3737 alla Camera, comportante uno stanziamento di 100 miliardi in quattro esercizi finanziari. Vi fu un impegno solenne del Governo per uno stanziamento di 60 miliardi, da stabilire con un disegno di legge governativo, ma tutto ciò è rimasto a livello delle intenzioni, e nel silenzio. Lascio alla sensibilità e alla competenza dei colleghi il giudizio sulle conseguenze negative, gravi, di un arresto degli sforzi, peraltro tardivi e non eccezionali, nel campo della cura e prevenzione delle malattie del bestiame e per il miglioramento delle razze bovine. Se si considera che è ancora predominante la figura del piccolo allevatore, da 1 a 10 capi, con stalle vecchie e malsane che risalgono ai secoli scorsi, è facile immaginare che in un breve spazio di tempo i primi risultati positivi

possono essere compromessi irrimediabilmente.

Ma non c'è solo questo: ho concentrato il mio intervento sul bestiame bovino, ma non è ancora cancellato il ricordo delle conseguenze dell'epidemia di peste suina! È a questo punto che l'esame della Tabella sottoposta al nostro giudizio desta non solo stupore ma un sentimento di allarme per l'inefficienza clamorosa del Governo, veramente demoralizzante. Non solo non troviamo una traccia che ci conforti nella speranza che gli impegni, più o meno solenni, del passato possano essere rispettati, ma la scure si abbatte invece sulle voci più qualificanti. Il totale di spesa della rubrica 7 è stato addirittura ridotto di un quarto, scendendo da 24 miliardi e 682 milioni a 18 miliardi e 737 milioni (— 25 per cento). Si sopprimono 4 capitoli (precisamente i capitoli 4034, 4040, 4082 e 4088) perchè si definiscono esauriti gli effetti della legge 1º marzo 1972 sulla bonifica straordinaria degli allevamenti. Vengono cancellati gli impegni di spesa, per 6 miliardi circa, attribuiti al piano di profilassi, a compensi ai veterinari, all'indennità per abbattimento di capi infetti, ai contributi a favore di Enti pubblici, Consorzi di province e comuni. E non si dica che ciò accade per il trasferimento di poteri alle Regioni, perchè non è serio, ed è anzi un obiettivo sabotaggio alle Regioni scaricare su di esse compiti nuovi a ripetizione, come pure sarebbe giusto, ma senza assicurare i relativi mezzi finanziari di intervento.

D'altra parte se andiamo a vedere le previsioni di spesa per un servizio veterinario, come quello di cui al capitolo 4035, che non è affidabile alle Regioni (« Spese per i veterinari nei posti di confine.. »), vediamo assegnare a questo servizio 150 milioni in tutto, e a me sembra che siano davvero pochi, se si considerano le innumerevoli tradotte, con migliaia di capi, che ogni anno varcano il confine a Modane, Domodossola, Chiasso, eccetera.

Vede, onorevole relatore, lei ha perfettamente ragione a richiamare la nostra attenzione sulle caratteristiche nuove del bilancio dello Stato, quando lei afferma che: « Si di-

scosta dalla illustrazione meramente contabile-finanziaria », e aggiunge che il bilancio è la conseguenza di una impostazione programmatica che tiene conto delle novità attraverso una scelta che non è soltanto tecnica, ma essenzialmente politica, e conclude affermando che una indagine « sulla congruità o meno del singolo stanziamento diventa marginale, ove il discorso non venga collegato ad una visione globale ».

Noi vi abbiamo visto fare, a suo tempo, una scelta politica generale, che fa parte anche dell'intenso travaglio autocritico che l'attuale classe dirigente va facendo sull'onda delle difficoltà della crisi economica e del giudizio popolare espresso il 15 giugno. Questa scelta generale è fondata, almeno così si afferma, sulla esigenza di ristrutturare e riconvertire l'apparato produttivo e sulla necessità di liberare il Paese dalla crescente dipendenza dall'estero, almeno in quei settori in cui le risorse nazionali, opportunamente valorizzate, protette e sviluppate, lo consentono.

Ma la scarsa considerazione che il bilancio riserva all'incremento e al risanamento del nostro falciato patrimonio zootecnico sta a dimostrare l'incapacità del Governo di essere conseguente a quella scelta generale, che pure era stata affermata. Ed è lecito, quindi, aggiungere che così non si può andare avanti. Del resto questa contraddizione tra le intenzioni e le parole da una parte e i fatti dall'altra, la troviamo disseminata in tutta la Tabella 19.

Non voglio aggiungere altro, specie dopo l'intervento organico e generale del collega Merzario, ma non posso trattenermi dal sottolineare che questa contraddizione tra le affermazioni generali di volontà politica, e i fatti la troviamo addirittura tra leggi già approvate (o in via di approvazione) e previsioni di spesa. Si legga la cifra riservata al capitolo 2581 — V categoria della rubrica 4 — « Contributi alle scuole per la formazione di assistenti educatori, di assistenti sociali specializzati e personale paramedico, eccetera ». Abbiamo approvato la legge sui consultori familiari; abbiamo approvato la legge antidro-

ga con l'istituzione di centri di cura delle tossicomanie; faticosamente, e purtroppo ancora non ovunque, si va trasformando l'assistenza psichiatrica da ricovero coatto, che esclude la cura e il ricupero di malati di mente, a lavoro paziente e decentrato per evitare il ricovero o per seguire il malato quando è dimesso, con la formazione di *équipes* formate da medici specializzati e da personale infermieristico paramedico; cresce in modo impressionante la domanda di assistenti sociali, di specialisti in psicologia e in altre discipline, e c'è da rinnovare o riqualificare, pressochè per il 90 per cento, un personale infermieristico addetto agli ospedali psichiatrici, che oggi viene scelto con criteri falsati dalla legge del 1904, (quelli della sana e robusta costituzione, cioè quanto bastava per afferrare il malato e legarlo al letto di contenzione): crescono, dunque, tutte queste esigenze di personale, ma resta invariata nel capitolo 2581 del bilancio la ridicola somma dell'anno scorso, come se 1 miliardo potesse bastare per creare nuove leve di personale altamente qualificato e specializzato, di cui il paese ha bisogno e che mi sembrano indispensabili soprattutto in relazione alle due leggi citate prima.

Si parla tanto di confronto fra Governo ed opposizione, tra maggioranza e minoranza, tra Democrazia cristiana e Partito comunista; ebbene termino con questo interrogativo: quando vedremo, onorevoli colleghi, attuato dalla maggioranza il principio del confronto sano e produttivo, confrontando cioè le scelte con le decisioni, le parole con i fatti, per giungere così alle modifiche necessarie delle decisioni palesemente sbagliate? In tutto ciò consiste il confronto, e non in una contrapposizione accademica di idee e propositi.

Ma l'occasione per tale confronto, in sede di esame di un bilancio nel quale si continuano, in uno schema immodificabile, tutti gli errori precedenti, è stata ancora una volta persa, gettando così una grave ombra sulla credibilità di certi propositi, pur lodevoli e lungamente attesi, che ci auguriamo possano essere sviluppati costruttivamente per l'avvenire.

L E G G I E R I . Onorevole Presidente e onorevoli colleghi, non vorrei che il voto favorevole che mi appresto a dare al bilancio di previsione risulti contraddittorio con il contenuto del mio intervento: se ciò dovesse accadere, me ne scuso con gli onorevoli colleghi e soprattutto con l'onorevole rappresentante del Governo.

Sta di fatto che mentre il voto esprime adesione alla politica generale del Governo, riconoscimento della validità della impostazione economico-finanziaria e consapevolezza delle gravi difficoltà tra cui procede la difficile gestione della vita del Paese, dall'altro lato la discussione sul bilancio di previsione si pone come occasione unica per un articolato dialogo tra Parlamento e Governo, che ci consente ogni anno di approfondire, nel settore di specifico interesse, gli indirizzi, i modi e i tempi in cui si muove l'impegno dell'Esecutivo nel breve termine dell'anno che ci sta davanti, ma che è altresì una verifica indicativa della linea che nel lungo termine è perseguita. Ritengo perciò doveroso per ciascuno di noi, per la responsabilità di cui è investito di fronte al Paese, di dare l'apporto del consiglio, del giudizio, della critica, ove fosse necessaria, con l'intento di contribuire a rendere più efficace ed incidente l'opera del Governo. Ciò è tanto più urgente per il settore della sanità che sta vivendo, sia pure tra mille difficoltà, un suo momento qualificante ma delicato, quale è quello della sua integrale riforma. Una riforma che si è fatta troppo attendere, che ha iniziato il suo *iter* per stralci, facendo lenti e corti passi, che avrà ancora bisogno di conseguire traguardi intermedi prima di una globale e definitiva approvazione da parte del Parlamento.

Stando così le cose, ha ragione il senatore Barra quando dice nella sua pregevole relazione che non può essere la tabella 19 con la sinteticità delle sue rubriche a richiamare la nostra attenzione, quanto la nota illustrativa che, essendo redatta in parole e non in cifre, è necessariamente più esplicita e quindi orientativa di un dibattito comprensibile. Le cifre, semmai, hanno un senso quando si esamina il conto consuntivo del 1974, abbinato in questo nostro dibattito e da cui si rileva

quanto sia precaria la previsione di spesa a fronte della concreta gestione.

Da questo esame nasce la mia prima considerazione: si afferma un po' da tutte le parti, Governo compreso, che le somme stanziare per la sanità sono insufficienti, ma il consuntivo del 1974 ci rivela una notevole quantità di stanziamenti non utilizzati, che aggiunti ai residui degli anni precedenti costituiscono la ragguardevole somma di 97 miliardi circa. Per uno come me, che non si intende di finanza, questo fatto rappresenta un punto oscuro su cui sarebbe utile avere qualche chiarimento.

Io ricordo le gravi difficoltà in cui si è dovuto dibattere il Ministro della sanità all'epoca dell'epidemia colerica, quando non riusciva a trovare 4 miliardi per acquistare il vaccino; ricordo l'urgenza con cui un anno fa abbiamo dovuto approvare una legge specifica per rifinanziare l'assistenza agli invalidi. Mi domando: quelle somme avrebbero potuto essere ricavate mediante storni nell'ambito della stessa tabella 19, oppure erano intoccabili, in omaggio ad una norma di contabilità tanto rigida quanto irrazionale?

La discussione sul bilancio deve indurci, onorevoli colleghi, a meditare non solo su quanto ha fatto e quanto vuol fare il Governo, ma anche su quanto abbiamo fatto noi nel corso della nostra attività legislativa, per riscontrarne la rispondenza alle finalità che ci eravamo proposti.

Nel 1973 abbiamo varato una legge, la numero 519, avente lo scopo di ristrutturare l'Istituto superiore di sanità. A parte le operazioni di inquadramento del personale, puntualmente effettuate, sarebbe opportuno conoscere se il regolamento previsto dall'articolo 62 della citata legge è stato emanato, per essere certi che la legge approvata abbia conseguito l'effetto voluto dal legislatore di strutturare in maniera nuova i laboratori, i reparti, i servizi, di stabilire i compiti e le attribuzioni del personale per avviare la ricerca, che rappresenta il fine istituzionale primario di questo Istituto. Suscita qualche perplessità il fatto che a fianco dell'Istituto superiore di sanità si fa cenno, nel bilancio, ad un Centro studi operante alle dirette dipenden-

ze del Ministro, centro che, attraverso convenzioni ed incarichi di studio a ricercatori estranei alla Amministrazione, svolge anche attività di ricerca scientifica, studi sui farmaci, sull'igiene dell'ambiente e degli alimenti, attività tutte che rientrano nei compiti del detto Istituto superiore di sanità. Abbiamo fatto male la legge di riforma dell'Istituto o non è stata concretamente attuata? Si impone una diagnosi e quindi il relativo rimedio.

Un'altra legge importante abbiamo approvato un anno fa: la n. 386. Un anno è stato sufficiente per farne la verifica: quali sono le carenze ed i difetti? Almeno tre, a mio modesto avviso: lo stanziamento insufficiente già all'origine, e la sua sola parziale erogazione, il blocco delle convenzioni fra i medici e gli enti mutualistici previsto dall'articolo 8 e il mancato trasferimento dell'assistenza psichiatrica dalla competenza regionale. Dobbiamo porvi riparo, per evitare guasti maggiori alla situazione sanitaria del Paese.

Posso annunciarvi intanto la presentazione in data odierna di un disegno di legge, da parte di parlamentari democristiani nei due rami del Parlamento, (il primo firmatario del testo presentato al Senato è il collega Torelli) inteso all'effettivo risanamento della situazione finanziaria degli ospedali con l'estinzione contestuale dei loro crediti verso gli enti mutualistici e gli enti locali e con l'assunzione da parte dello Stato dei debiti degli ospedali stessi, di modo che la nuova gestione ospedaliera regionale sia di fatto libera da passività ed il nuovo sistema di finanziamento a bilancio non si inceppi di fronte ad un contenzioso che si riflette direttamente sulla vita ospedaliera, bloccando le forniture indispensabili alla funzionalità degli ospedali.

Abbiamo notizia che la legge n. 386 è stata oggetto anche di altre iniziative parlamentari, (al Senato da parte dei Gruppi liberale, socialista e democristiano) per dare una soluzione all'articolo 8. L'iniziativa socialista e quella democristiana hanno lo scopo di sbloccare le convenzioni scadute o di prossima scadenza e però anche, al tempo stesso, di avviare a soluzione una nuova normativa in direzione della riforma. L'esame di queste proposte riveste carattere d'urgenza, anche allo

scopo di neutralizzare una iniziativa di agitazione della classe medica, a mio avviso molto pericolosa perchè, esorbitando dai comuni schemi di lotta sindacale e pur senza creare disagio per l'utente, si estrinseca in un danno economico alla comunità nazionale non facilmente calcolabile, ma certamente molto grave. Secondo alcune fonti attendibili, questa sorta di sciopero bianco pare sia costato all'erario, fino ad oggi, circa 25 miliardi.

Nella stessa iniziativa legislativa di modifica alla legge 386 potrebbe trovare accogliamento, sulla base dell'emendamento Barra al disegno di legge n. 2169, presentato e ritirato nella seduta del 1° ottobre, una nuova normativa dell'assistenza psichiatrica, come ebbero già l'onore di proporre in sede di discussione del suddetto disegno di legge, in quella stessa seduta.

Ancora un aspetto della politica sanitaria mi preme trattare, anche per la ricorrente attualità di questo fenomeno, che ha avuto nelle sue più recenti manifestazioni (l'epidemia di salmonellosi) implicanze di natura giudiziaria tuttora in fase calda.

Senza addentrarmi in un giudizio su responsabilità reali o presunte a carico di operatori sanitari pubblici e privati, devo dire che ci sarebbe da compiacersi, a prima vista, che nel nostro Paese vengano perseguiti a norma di legge comportamenti professionali non conformi al pubblico interesse; ma è difficile dissociare questo compiacimento dalla ricerca di corresponsabilità forse impersonali, ma non per questo meno concrete, che si collegano ad inadempienze, a ritardi, a carenze di tipo strutturale che concorrono direttamente alla insorgenza di epidemie.

La nota illustrativa alla nostra tabella denuncia il primato nel nostro Paese per l'incidenza di malattie infettive a contagio orofecale; paventa il ritorno dell'infezione colerica, divenuta ormai endemica in numerosi Paesi del bacino del Mediterraneo; è preoccupata infine per il propagarsi dell'epidemia di meningite cerebro-spinale che, sorta in Brasile, ha raggiunto già alcuni paesi europei. Il Ministero della sanità si sta adoperando per potenziare il dispositivo di difesa profilattica nel territorio nazionale, ma gravi sono le dif-

ficoltà operative in cui viene a trovarsi, per la diversa e spesso inadeguata risposta da parte degli enti locali territoriali, da un lato gelosi delle proprie competenze, dall'altro non sempre preparati ad assumersi le proprie responsabilità. Una efficace lotta alle malattie infettive ha bisogno di un disegno unitario di profilassi e di prevenzione, poichè gli agenti patogeni non si bloccano ai confini geografici delle Regioni, come non si bloccano alle barriere doganali degli Stati. Una Regione adempiente può ricevere il contagio da una Regione inadempiente, un clima salubre può essere soggetto all'azione inquinante di zone infette, le zone ad elevato tenore di servizi civili possono avere danno da contatti umani con zone povere i cui abitanti diventano portatori e diffusori dei mali della loro povertà, e precisamente dalle malattie infettive.

Quindi si impone una gestione unitaria della profilassi, anche perchè essa non è di esclusiva competenza medica ma ha risvolti sociologici, urbanistici ed economici, in definitiva ha esigenze di tipo pluridisciplinare.

Ora, poichè non intendiamo rimettere in discussione la gestione della salute a livello di territorio, nè intendiamo indulgere ad artificiose schematizzazioni sui vari momenti della medicina, affermiamo che, nel rispetto assoluto della competenza regionale a gestire la salute del cittadino, si impone una efficace azione di promozione, di coordinamento e di controllo che dovrebbe costituire il preminente impegno istituzionale del Ministero della sanità.

Ho ritenuto di esprimere questo mio pensiero perchè la nota illustrativa al bilancio riporta tra gli obiettivi generali di sollecitata attuazione la ristrutturazione del Ministero della sanità. Sarebbe opportuno in quella sede individuare modi e strumenti per garantire al cittadino uguale protezione della salute in ogni plaga, ricca o povera, del Paese, in città e in campagna, al di sopra o al di sotto di questo o quel parallelo.

Scaturisce da questo discorso sulla profilassi il più ampio tema della medicina preventiva. Non c'è discorso di operatore sanitario o di personalità politica impegnata nel settore che non metta solennemente in evidenza

il privilegio della medicina preventiva nei confronti di quella curativa. Ma non c'è atto del Governo o del Parlamento che puntualmente non smentisca in concreto questo primato. Se escludiamo ciò che è stato fatto in alcune Regioni, non vi è esempio di una legge dello Stato avente per oggetto la medicina preventiva che sia andata a buon fine. Si dirà che si tratta di materia totalmente trasferita alle Regioni. Ma devo ribadire che la eguaglianza del cittadino, di fronte al diritto alla salute, esige un impegno dello Stato (Governo e Parlamento) a fornire una legge cornice entro cui deve muoversi ed operare l'iniziativa regionale. Anche perchè le autonome iniziative regionali sono direttamente collegate alle disponibilità finanziarie di bilancio, che sono profondamente diverse tra regione e regione. Le leggi quadro, invece, per i diversi livelli di medicina preventiva, comporterebbero finanziamenti specifici utilizzabili ai soli fini per cui vengono erogati.

In questa materia anche le nostre inadempienze sono gravi. Vorrei ricordarne alcune: i disegni di legge dei senatori Ossicini e Dal Canton sugli handicappati e disadattati, il disegno di legge della senatrice Dal Canton sulla profilassi della rosolia, il disegno di legge del senatore Pittella sulla profilassi della malattia emolitica nel neonato, il mio disegno di legge sulla profilassi della carie dentaria, approvato dal Senato e non ancora esaminato dalla Camera dei deputati.

Si dice che sono argomenti di cui si occuperà la riforma. Bene! Il progetto di riforma ne parla, all'articolo 11, dedicandovi cinque parole: dettando norme sulla struttura delle unità sanitarie locali, alla lettera *b*) indica « un servizio per la prevenzione ». Punto e basta. Sarebbe auspicabile, ed in tal senso faccio appello alla sensibilità della presidenza di questa Commissione, che si impostasse una azione di recupero di tutti i disegni di legge ancora attuali, giacenti negli scaffali dei nostri uffici, ed una rispettosa sollecitazione alla presidenza della Commissione Sanità dell'altro ramo del Parlamento perchè vengano presi in esame i disegni di legge già approvati dal Senato.

Una parola sui farmaci: a questa materia così complessa e delicata si è rivolta spesso l'attenzione di questa Commissione, sia pure in forme occasionali ed episodiche. Bisogna dire che qualcosa si è fatto, a seguito della entrata in vigore della legge n. 386 del 1974, circa l'adozione di un prontuario unico e della legge n. 519 del 1973, in ordine alla sperimentazione clinica dei nuovi prodotti. Ciò che ci lascia un po' perplessi è quanto si ripromette di fare nel prossimo futuro il Ministero della sanità, secondo ciò che si evince dalle Note illustrative al bilancio a pagina 140. Due aspetti in particolare ci sorprendono: il primo è che non si accenna affatto alla introduzione del brevetto nella produzione dei farmaci; il secondo attiene ai criteri enunciati circa la disciplina della pubblicità dei prodotti. Condividiamo la necessità di disciplinare l'informazione scientifica indirizzata al medico e l'esigenza di una precisa ed adeguata normativa che contempra anche uno stato giuridico degli informatori, ma non ci soddisfano affatto le proposte di nuovi criteri di maggior rigore da applicarsi alla pubblicità farmaceutica. Perchè il punto di vista espresso in Parlamento attraverso la presentazione di numerosi disegni di legge è che la pubblicità sul farmaco deve essere solo proibita, e non regolamentata. Non c'è alcuna necessità che continui a funzionare una Commissione per il rilascio di licenze alla pubblicità farmaceutica, alla quale la stessa nota informativa richiede maggior rigore, quando sappiamo che la discrezionalità di giudizio in questa delicata materia non è metodo idoneo a creare certezza e fiducia nei destinatari dei farmaci.

Il fatto stesso che la pubblicità sussista induce l'industria a considerare la malattia come veicolo su cui far marciare a gonfie vele un determinato prodotto, in concorrenza con altro simile. Nella scorsa settimana, durante la discussione in Aula della legge « anti-droga », io ebbi l'onore di presentare un emendamento che si collegava direttamente a questa materia: introduceva cioè il divieto di pubblicità per quei farmaci che contengono nella loro composizione sostanze classificate nelle 6 tabelle dell'articolo 12 e quindi

capaci di indurre farmacodipendenza. L'emendamento, che pure era sostenuto da informali adesioni, è stato accolto con tale freddezza da tutti i settori dell'Aula, a cominciare dai banchi dei relatori e del Governo, da costringermi a ritirarlo. La tesi da più parti accettata è che questo principio avrebbe dovuto trovare applicazione in una visione globale della materia, applicandolo a tutti i farmaci.

Ora è proprio questa la sede per avanzare rispettosa richiesta alla Presidenza perchè voglia riportare in discussione il disegno di legge n. 765, che è già avallato da una favorevole relazione del senatore Costa, perchè venga almeno confrontato con quanto il Ministero ha in animo di elaborare per non aggravare ulteriormente la casistica delle malattie iatrogene che imperversano nella nostra società.

Siamo il Paese che ha in commercio il maggior numero di specialità medicinali, il Paese che da solo rappresenta il 6,35 per cento del mercato farmaceutico mondiale. Tenuto conto della popolazione, nel consumo dei farmaci siamo secondi solo agli Stati Uniti, che consumano ogni anno 13 miliardi di compresse di tranquillanti e di sonniferi, ossia una pillola e mezzo a testa ogni giorno, tenuto conto che anche i poppanti entrano nella statistica. Dobbiamo cercare di rompere la spirale che fa dell'Italia il Paese delle paradossali contraddizioni; dice la citata Nota illustrativa che in Italia si assommano le malattie dello sviluppo e quelle del sottosviluppo, ma bisogna aggiungere quest'altra contraddizione: in Italia esiste l'avanzata tecnologica che produce sempre nuovi farmaci, ma anche l'arretratezza culturale che, indotta dalla sollecitazione pubblicitaria, ce li fa ingoiare come appetitoso nutrimento.

Credo che la mia richiesta abbia bisogno di una precisazione esplicita: quando sollecito una riattivazione della produzione legislativa ordinaria — e l'ho fatto ripetute volte in questo mio intervento — non penso affatto di favorire i ritardi nell'attuazione della riforma, e non ho nemmeno alcun timore che tali ritardi possano esserne una necessaria conseguenza. Anzi, ritengo che sia vero il

contrario. Ci consta, onrevoli colleghi, che la riforma sanitaria, secondo lo schema proposto, cammina sulle gambe di numerose deleghe, e si muove su un percorso fatto a tappe, rappresentate da gradualità scadenze.

E ciò mi pare ragionevole, in una visione realistica del problema.

Ora, a me pare che predisporre strumenti operativi nei settori più caldi della complessa materia significa avvicinare, e non già dilazionare, i tempi della sua completa attuazione. Basta che di volta in volta le norme particolari vengano confrontate con gli indirizzi generali della riforma e che non si contrabbandi, con l'urgenza di alcuni problemi, il sostanziale immobilismo del sistema.

Ma non mi pare che ciò sia sospettabile nè al livello di forze politiche, nè a livello di operatori del settore, di ogni ordine e grado.

Concludo scusandomi con gli onorevoli colleghi e con l'onorevole rappresentante del Governo per la tensione critica del mio intervento, ma esso vuol porsi in una prospettiva di stimolo costruttivo a fare presto la riforma: anche la critica è una espressione di fiducia quando si accompagna alla piena disponibilità, alla leale collaborazione per contribuire alla difesa della salute, che noi oggi dobbiamo considerare come autentico impegno di civiltà, per le prospettive di mutamento sociale che io ritengo intimamente legate al compimento della nuova politica sanitaria del Paese.

Certo le cose dette, per la loro frammentarietà, rappresentano soltanto pochi aspetti della complessa ed avvincente problematica, ma esse si collocano come antefatto di un disegno armonioso di difesa della salute, che è nella speranza di tutti noi e che deve trovare, che certamente trova nella volontà politica del Governo una risposta di disponibilità ad un impegno di azione.

Io sono certo che il nostro Ministro della sanità, e con lui il sottosegretario Pinto, sono come noi convinti che, nell'ambito dei molteplici divari che ancora caratterizzano la organizzazione del Paese, ve n'è uno che non è ulteriormente tollerabile, perchè ingiusto ed iniquo, ed è quello dei diversi

livelli del rischio di malattia tra i cittadini italiani.

Difendere la salute è un diritto-dovere di ogni uomo, tanto maggiore quanto più alta la dignità sociale rivestita: per assecondarlo e realizzarlo ciascuno di noi cerca di fare, come può, la sua parte.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al senatore Cavezzali, desidero assicurare al collega Leggieri che terrò nel massimo conto le osservazioni rivolte alla presidenza nel corso del suo intervento.

CAVEZZALI. Credo si debba sottolineare come la relazione del collega Barra offra elementi sufficienti di riflessione, almeno sugli aspetti essenziali della tabella al nostro esame. In linea di massima credo si possano condividere le osservazioni svolte dallo stesso relatore sulla ritualità dell'esame del bilancio, sugli aspetti formali del bilancio medesimo, che non corrispondono più ai dati di fatto. Tale situazione avrebbe trovato compensazione — dice il relatore — nella Nota illustrativa, che è stata presentata con il documento 2238-bis.

Si può convenire che tale nota, per quanto riguarda la parte sanitaria, illustra alcuni aspetti generali, tuttavia essa non dà sufficienti indicazioni circa il modo di rimediare alla somma di lacune che il relatore stesso ha rilevato nel bilancio. Si nota infatti la mancata corrispondenza tra i dati contabili ed una situazione sanitaria in completa evoluzione, soprattutto con riferimento alla riforma sanitaria attualmente all'esame della Camera dei deputati, e che tutti speriamo trovi quanto prima una conclusione.

Ma la connessione era il bilancio e i problemi che derivano dalla riforma sanitaria, non è stata considerata. Mi pare quindi giusto rilevare, d'accordo con il relatore e con altri colleghi, il vuoto che ogni anno noi riscontriamo e che quest'anno è ancora più evidente.

Certamente la situazione, come la relazione Barra mette in evidenza, s'è aggravata per una serie di discrasie tra la vecchia normativa e la nuova, soprattutto in riferimento alle

competenze che sono state demandate, in ottemperanza del dettato costituzionale, alle Regioni e che sono ormai consacrate in un passaggio di attività che male si concilia con le mansioni che ancora dovrebbero competere, secondo la legge istitutiva del 1958, al Ministero della sanità.

Pertanto, il problema fondamentale della ristrutturazione del Ministero nasce dalla realtà delle cose, e tutto ciò che il relatore ha detto su questo punto non può che essere condiviso, anche se — ripeto — questo problema va posto in un quadro nuovo, poiché non si può consentire al ripristino di un vecchio concetto di attività istituzionali (in una visione globale della politica del Ministero della sanità quando si sa che ormai certe competenze allo stesso Ministero non competono più).

L'attuazione di alcuni indirizzi fondamentali di politica sanitaria, in relazione alla valutazione di determinati problemi, esige una attività di coordinamento che il Ministero oggi sembra non avere più la possibilità di svolgere, dato che una serie di strumenti gli sono venuti a mancare. Pertanto, il problema della ristrutturazione del Ministero della sanità è un problema ancora aperto, che dovrà essere affrontato e risolto, sempre — ripeto — avendo presenti le norme già attuate per quanto attiene le deleghe espressamente previste per l'attività regionale. Non so, poi, se si possa ritenere ancora valida una struttura periferica del Ministero, come il relatore accennava. Ma certamente, per quanto concerne l'attività centralizzata (vedremo, ad esempio, il problema dei farmaci, e altri problemi), dobbiamo ritenere che sia necessario colmare le lacune che attualmente si lamentano.

Il Gruppo socialista è assolutamente orientato in questo senso, ed è giusto che il problema sia posto — come il relatore del resto ha fatto — alla nostra considerazione.

La situazione sanitaria ospedaliera, considerando le ultime direttive espresse, in riferimento anche ai criteri di applicazione della legge 386 circa la sistemazione degli ospedali, non corrisponde a quanto detta legge imponeva. Vari gruppi parlamentari alla Camera,

ed in questa sede, hanno proposto, in previsione di alcuni elementi che la legge 386 non ha potuto superare, *in primis* una nuova impostazione delle convenzioni nazionali per quanto concerne il trattamento economico e normativo del personale medico e non medico da parte degli enti mutualistici, in modo che si venga a nuove contrattazioni, nella eventualità che la legge 386, con il blocco, abbia determinato una situazione di emergenza nel settore. Come ha detto il senatore Merzario, non devono essere i motivi settoriali o corporativi gli unici a sospingerci a questo esame.

In tema di finanze, il relatore ha accennato al fatto che in realtà si è creata dell'elasticità in materia di spesa, nel gioco di competenze, fra potere esecutivo e legislativo, sottolineando i pregi di tale elasticità. Una serie di fatti però, anche recenti, potrebbero permetterci di dire che in via legislativa non dovremmo esagerare in una elasticità che può anche significare distorsioni di spese di indirizzo globale. Potremmo porci altresì domande che non hanno risposta, circa la programmazione nazionale della priorità delle spese sanitarie. Mentre manca — e lo vedremo nel bilancio — una realizzazione esatta di tali priorità, le spese per provvedimenti capillari rivolti alla tutela di legittimi interessi (ma qualche volta di interessi settoriali anche corporativi o privilegiati) hanno finito per dissipare, nelle voci più svariate, i mezzi finanziari. Da questo punto di vista la legge 386 deve essere vista nell'attesa di una riforma sanitaria che non può prescindere dalla sistemazione del personale sanitario, che evidentemente è parte integrante di una vera riforma, poichè questa non può essere attuata contro o senza la collaborazione e senza una adeguata sistemazione del personale stesso. Quindi, ben giustamente si è considerata l'opportunità di una revisione della legge 386, e cioè di un provvedimento-ponte integrativo, che affronti tali aspetti. Il senatore Merzario ha espresso il consenso del suo Gruppo, dopo alcune perplessità, e in particolare la disponibilità ad un esame globale dei problemi alla luce delle citate iniziative parlamentari, con particolare riguardo alla revisione della

norma dell'articolo 8 circa le future convenzioni uniche nazionali ed il blocco delle convenzioni esistenti.

Desidero inoltre soffermarmi sulla previsione di spesa di cui al capitolo 4546 della Tabella 2, e cioè sulla cifra, inadeguata e insufficiente, di 100 miliardi di integrazione dello Stato per il Fondo nazionale ospedaliero. Se non dovessimo troppo formalizzare il nostro esame, considerando il carattere illusorio e poco serio di questa previsione, dovremmo alla fine non votare questo bilancio o astenerci, perchè anche solo osservazioni di stretta natura contabile potrebbero portare a tali conclusioni. Stiamo, infatti, esaminando il bilancio in sede preventiva e non si può far finta di non prevedere spese di dimensioni assai preoccupanti e che sono invece facilmente prevedibili, tanto è vero che il relatore, in relazione ai disegni di legge che verranno all'esame della Commissione (non pensiamo che importanti provvedimenti di iniziativa parlamentare per la revisione della legge 386 restino lettera morta) ha invitato i Gruppi parlamentari ad utilizzare tali iniziative per colmare questa evidente lacuna.

Circa un altro aspetto essenziale della riforma ospedaliera, non completamente attuata per quanto riguarda le competenze, giustamente il relatore ha messo in evidenza la situazione dell'assistenza psichiatrica nel nostro Paese. Per renderci conto della realtà, basta leggere il commento de « Il corriere della sera », o quanto è stato detto stamane dal Presidente della Provincia, relativamente al nosocomio di Nocera Inferiore. È una lettera che può scuotere ciascuno di noi, ma soprattutto dobbiamo affermare che non si possono ulteriormente tollerare situazioni e discrasie di questo genere nel nostro Paese. Giustamente quindi il relatore raccomanda di cogliere l'occasione per colmare questa lacuna, in modo che nell'ambito regionale si provveda a migliorare l'assistenza ospedaliera psichiatrica e soprattutto si abbia l'autorità per poter intervenire in questo campo. Certo, sarebbe auspicabile (ne abbiamo parlato in una precedente seduta) che i Gruppi parlamentari, singolarmente o insieme, prendessero adeguate iniziative al riguardo. Ci si chiede infat-

ti perchè il Parlamento non si muova, provvedendo a presentare progetti organici e non intervenendo occasionalmente per coprire situazioni di carenza legislativa. Il richiamo è validissimo e la nostra responsabilità dovrebbe essere sollecitata a muoversi in questa direzione e a collaborare per colmare questo enorme vuoto. Ha fatto bene, comunque, il relatore ad attirare l'attenzione su questo punto, uno dei più importanti nodi della politica sanitaria che vengano in esame in sede di discussione del bilancio.

Un'altra questione è quella della situazione farmaceutica nel nostro Paese, problema che nei vari interventi è stato sottolineato. Anche il collega Leggieri ha fatto in proposito una serie di valide osservazioni. Uno degli aspetti sui quali il mio Gruppo desidera richiamare l'attenzione dei colleghi della Commissione è quello dell'attività del Ministero, sia per la disciplina della produzione farmaceutica e i relativi controlli, sia per quanto attiene la presentazione e la brevettazione dei farmaci. Sono stati ricordati in proposito anche certi episodi scandalosi: sono tutte questioni note. Ora, noi riteniamo che il Ministero si muova in questo campo senza idonei strumenti, attraverso commissioni che, in modo informale, provvedono di volta in volta, mentre anche qui si richiedono iniziative per vedere se si può, non dico moralizzare il settore farmaceutico, ma per lo meno affrontare alcuni problemi, per esempio il problema consumistico, di sperpero dei mezzi, quello della situazione debitoria che assomma a cifre piuttosto rilevanti, quello della propaganda. Tutto questo deve essere affrontato con una diversa disciplina legislativa del settore farmaceutico.

Posso preannunciare che il Gruppo socialista quanto prima interverrà con una propria iniziativa legislativa. Con ciò non si vuole respingere la proposta, mi pare ottima, del collega Merzario, di approfondire in una apposita seduta questo importante argomento.

Non possiamo ora soffermarci su tutti gli aspetti particolari di esso, ma esaminando il bilancio della sanità non possiamo trascurare di sottolineare l'importanza di certe questioni. La nota illustrativa formula considera-

zioni generiche, che non colgono l'essenza del problema, che è poi quello della ricerca, quello di uno sviluppo corretto e sano dell'industria farmaceutica.

Collegato a questo punto, vi è quello dell'Istituto superiore di sanità. Quando abbiamo provveduto alla riforma dell'istituto, noi ci siamo impegnati al massimo, accogliendo tutto quello che al momento poteva essere accolto, anche ai fini di una revisione delle funzioni dell'Istituto superiore di sanità, delle sue competenze. Nella nota illustrativa si parla dei miglioramenti: 600 milioni in più per il personale, 800 per la ricerca. Ma sono tutte cifre modeste, che ci danno la sensazione che ancora non sia stato attuato integralmente quanto la legge di riforma prevedeva...

B A R R A, *relatore alla Commissione.* Si, perchè non è stato ancora approvato il regolamento.

C A V E Z Z A L I. Diciamo pure che non è stata data piena attuazione alla legge, mentre le strutture dell'Istituto superiore di sanità devono essere riqualificate, considerati tutti gli interventi che la legge stesse domanda all'Istituto. Si è fatto presente che anche nel campo della ricerca non tutto è stato completamente realizzato. L'Istituto funziona in modo tale per cui il ricercatore non è portato a utilizzare le sue strutture, ma piuttosto a indirizzarsi altrove. Ma qui dovremmo entrare nel problema del ruolo della ricerca in Italia: mi pare che il Governo abbia già predisposto un disegno di legge al riguardo, lo ha anticipato giorni fa, in un convegno nazionale, il ministro Pedini. Il Ministero per la ricerca scientifica dovrebbe riconsiderare un po' tutto il problema della ricerca in Italia. Quello, comunque, che dobbiamo sottolineare è che il problema dell'Istituto superiore di sanità non può essere visto in termini riduttivi. È certo, al contrario, che devono essere esaltate le sue competenze. Se la legge è rimasta inattuata perchè manca il regolamento, ebbene, si arrivi a definirlo.

Sottolineati questi aspetti, dobbiamo passare a tutte le cose che sono previste nel bilancio mentre non dovevano essere più previste (l'ONMI, la Croce rossa, eccetera). Credo che potremmo citare una serie di voci, che alcuni hanno definito « regalie », che ancora sopravvivono nel bilancio, e costituiscono una dispersione di mezzi, nell'una o nell'altra direzione. Si dovrebbe anche procedere ad una « potatura » del bilancio per eliminare tante voci inutili di carattere secondario, piccole in apparenza ma che, sommate assieme, finiscono per generare forti spese. Il collega Merzario ha accennato ad una spesa di oltre 1.500 miliardi per un certo numero di enti. Pur senza voler dare una convalida a questo dato, dobbiamo ritenere che il problema esiste.

Vorremmo poter parlare, quindi, di una « potatura » del bilancio per spese inutili, o per enti inutili. Per quanto riguarda l'ONMI forse si potranno unire tutte le volontà ed unificare le varie iniziative. Circa la Croce rossa, in altra occasione abbiamo parlato delle sue funzioni, del problema del suo superamento, soprattutto in riferimento ai compiti demandati agli ospedali nel campo delle trasfusioni eccetera. Ma queste sono tutte questioni che finiscono per allontanarci da una visione globale dei problemi sanitari.

Il settore sanitario deve essere visto come un settore primario nella vita nazionale, nell'assetto civile del nostro paese. Quindi, anche il problema della spesa di questo settore va considerato secondo questo ordine di priorità. Se riteniamo che un assetto civile dipenda dall'affermazione di certi valori umani, dobbiamo anche ritenere che la nota illustrativa non affronta i veri problemi della sanità e che il bilancio è inadeguato.

Il bilancio è completamente inadeguato, e valide sono le critiche mosse dal relatore, del quale sottolineo la competenza con la quale ci ha presentato i vari problemi. Avremmo però voluto che alcuni punti fossero trattati con maggiore incisività, ed esprimiamo il grande rammarico di trovarci ancora una volta di fronte agli stessi problemi, rilevando che i sindacati hanno manifestato

gravissimi dissensi e che anche altre istanze politiche hanno notato le discrasie che affliggono la nostra tabella.

È necessario porre particolare attenzione a questo settore del bilancio dello Stato, augurandoci che al più presto, in sede di riforma sanitaria, si possa colmare una così grave lacuna che interessa la collettività nazionale.

ZANTI TONDI CARMEN PAOLA. Io vorrei soprattutto dare atto al senatore Barra del fatto che nella sua relazione ha colto un sentimento comune a tutti, cioè quello della inutilità del Ministero della sanità, richiedendosi ormai nel campo sanitario una forma di coordinamento che consenta la responsabilità delle Regioni, per una critica sanitaria più qualificata e quindi per un livello di salute generale migliore. La stessa relazione (la nota preliminare) che accompagna la tabella 19, nonché la nota illustrativa, come ha rilevato il senatore Cavezzi sono veramente insufficienti. La riforma sanitaria, lo scioglimento dell'ONMI, la legislazione sull'aborto e sulla educazione sessuale nella scuola, la nostra legge sui consultori e via di seguito, sono tutti problemi che vengono quasi ignorati, pur essendo in discussione al Parlamento e presso le Regioni. Ci troviamo invece di fronte ad un elenco interminabile di cifre che per alcuni capitoli, tra l'altro, meriterebbero un maggiore approfondimento. Ad esempio non abbiamo la possibilità di essere informati su come vengono spesi gli stanziamenti per i manicomi, per i bambini handicappati, per la Croce rossa; non sappiamo quali criteri vengono seguiti e quindi si ha la netta impressione che si continui ancora, come sempre nel passato, a dare, a spendere, e forse anche a sperperare.

Intendo soffermarmi sulla questione dell'ONMI, anche se forse posso apparire un po' pedante, perchè ritengo giusto richiamarvi l'attenzione della nostra Commissione. Riconosco e do atto al senatore Barra di aver posto il problema dell'ONMI in una impostazione che io e il mio Gruppo condividiamo. Credo che siamo tutti concordi nell'acclama-

re e sottolineare la volontà del Governo, dichiarata nella nota illustrativa (stampato 2238-bis, pag. 135) di sciogliere l'Opera nazionale maternità e infanzia; da parte nostra però sussistono alcune perplessità che intendiamo concretare in un emendamento, tendente a congelare sul bilancio i 21 miliardi destinati all'ONMI, perchè siano dati alle Regioni e solo quando la legge per il suddetto scioglimento sia stata emanata. Colgo l'occasione per porre una domanda ben precisa al Governo: I 21 miliardi sono già stati erogati? L'ONMI ha già cominciato a spendere? Domando questo perchè si dice spesso che quando una somma viene stanziata, anche se il bilancio non è stato ancora approvato, l'ente beneficiario può già cominciare a spendere.

B A R R A, *relatore alla Commissione.*
Se lei osserva con attenzione la tabella noterà che dei 21 miliardi 16 sono destinati al pareggio di precedenti disavanzi.

Z A N T I T O N D I C A R M E N P A O L A. Comunque la parte di stanziamento che non riguarda le spese già effettuate dovrebbe essere, secondo il nostro emendamento, congelata in bilancio per destinarla alle Regioni quando sarà sciolto l'Istituto, perchè siamo portati a diffidare, avendo ormai alle spalle anni di esperienza, della reale volontà politica di sopprimerlo.

Vorrei quindi richiamare la vostra attenzione sul fatto che da 11 anni ormai il problema ha raggiunto un particolare rilievo nel nostro Paese: mi riferisco al momento iniziale in cui l'onorevole La Malfa, sulla « Voce Repubblicana », cominciò a lanciare un grido d'allarme per la gestione dell'ONMI. Comunque, il nostro Gruppo da 20 anni, ogni volta che si rinnova il Parlamento, ripropone un disegno di legge per sciogliere l'ONMI.

Undici anni fa ero deputato, e dopo che l'onorevole La Malfa, allora presidente della Commissione bilancio della Camera, scrisse quell'articolo, vi fu una riunione congiunta delle Commissioni bilancio e sanità in cui si discusse il problema dell'ONMI. Ebbene, noi non siamo riusciti in quella sede, come par-

lamentari, ad avere fino in fondo informazioni corrette, giuste e vere sull'Opera nazionale maternità ed infanzia. All'allora Presidente dell'Opera Gotelli abbiamo posto mille domande (come si sono spesi i soldi, perchè si è fatta la politica che ha portato agli scandali più mostruosi, eccetera) senza averne soddisfacenti risposte. Queste cose non sono superate, non sono alle nostre spalle, sono invece tuttora presenti e pesano sulla politica sanitaria e sociale del nostro Paese, sulla politica di uno Stato che ha sempre appaltato a questo Ente quello che avrebbe dovuto fare in proprio, quello che avrebbe dovuto fare per affrontare sul serio il compito così importante della tutela della salute del nascituro e della madre. Noi abbiamo saputo come fu applicata la legislazione sulla maternità e l'infanzia da parte di questo ente definito « cancro dell'Italia »: si sono fatti affari loschi. Per la Rocca delle Caminate, l'ONMI si è prestata ad aiutare la vedova di Mussolini e vi è stato un grande movimento popolare nel forlivese al riguardo; si è rubato facendo passare, ad esempio, verdura marcia per verdura di prima qualità.

Con i ministri per la sanità Ripamonti e Mariotti abbiamo avuto dialoghi interessanti in sede parlamentare; tuttavia, abbiamo sempre soltanto iniziato la discussione sull'ONMI, vi è stato il riconoscimento, anche da parte di questi ministri, della necessità di andare verso il superamento di tale Ente, ma in realtà non si è mai terminato e la Commissione sanità della Camera non ha mai potuto dire la parola fine (il senatore Capua me ne dovrà dare atto!).

C A P U A. Sì, gliene do atto.

Z A N T I T O N D I C A R M E N P A O L A. Ecco perchè ritengo sia legittimo avere qualche sospetto e preoccupazione. La circolare n. 954 dell'ONMI, firmata dal commissario straordinario e inviata alle sedi provinciali dell'Opera, dice che si chiederà un aumento allo Stato perchè non si riesce a far fronte alle loro esigenze e aggiunge, inoltre, che l'ONMI rimane l'unico centro per una vera politica di medicina pre-

ventiva materna e infantile. Certamente, bisogna avere una bella faccia tosta per affermare queste cose, ma non basta ancora: nella circolare si propone che tutti gli asili-nido i cui stabili sono di proprietà del comune debbano essere posti a carico dello stesso, in quanto dove l'ONMI non può assolvere ai propri doveri verso il personale, deve pensarci il comune, in base ad una legge dello Stato che obbliga a finanziare gli asili-nido. Per quanto riguarda il pagamento delle rette dei bambini (l'ONMI ha fatto una grossa politica di ricovero dei bambini nei vari istituti) esse vengono caricate alle regioni. Infine si sostiene che l'Opera si deve ristrutturare in accordo con le Regioni, in funzione dei consultori famigliari che debbono essere fatti.

Ora, questa circolare non dà affatto la sensazione che l'ONMI abbia capito che è un ente che deve essere sciolto. Noi potremmo darvi molti ordini del giorno di province e comuni che chiedono tale scioglimento. In alcune province, poi, si cominciano ad aumentare le rette degli asili-nido e addirittura si propone, sulla base del reddito di ogni famiglia, di portare le rette mensili fino a 50-60.000 lire. Noi non possiamo ignorare queste cose perchè si tratta di un ente che, attraverso lo Stato, realizza una determinata politica nel campo della maternità e dell'infanzia. Non mi si venga poi a dire che i centri pediatrici e materni erano una cosa seria: un collega democristiano alla Camera ha molte volte denunciato che i consultori sono fatti per essere utili al medico, ed ha portato l'esempio del proprio comune in cui ha scoperto che i consultori materni sono aperti dalle 7 alle 7,30 e il ginecologo vi passava davanti senza entrarvi.

B A R R A, *relatore alla Commissione.* Con molta brutalità debbo dire che quanto lei sta dicendo avviene nella mia provincia!

Z A N T I T O N D I C A R M E N P A O L A. Se esaminiamo l'attività dell'ONMI scopriamo che è essenzialmente un ente distributore di farine lattee, e che pesa i bambini: non è andato molto al di là di tut-

to ciò. Vorrei sapere se l'ONMI è in grado di fornire al Ministero della sanità una relazione sullo stato di salute delle madri e dei bambini del nostro Paese sulla base dei trentamila consultori che abbiamo in Italia.

Stando così le cose, noi abbiamo, ripeto, molte perplessità e chiediamo che si esprimano con serietà tutti i Gruppi nella nostra Commissione, affinché la soppressione dell'ente abbia un *iter* rapido. Non possiamo inoltre permettere che il bilancio registri un aumento, pur se ambiguamente giustificato, con 16 miliardi impegnati per il ripiano dei debiti e altri 5 miliardi di aumento dello stanziamento all'ONMI. Dobbiamo avere la garanzia che questi soldi verranno impegnati soltanto se l'Opera maternità e infanzia sarà sciolta. Noi proporremo al riguardo un emendamento, dispostissimi a ritirarlo se la Commissione impegnerà il Governo a dare quei miliardi solo quando la legge di scioglimento sarà stata emanata, affinché vengano adoperati per i fini indicati nella tabella 19.

Mi scuso se sono stata un po' caotica nell'esposizione e se mi sono espressa con troppo calore, ma si tratta di una battaglia che ha bisogno di essere portata a termine. È questa ormai nel nostro Paese l'opinione di tutti, ne è prova il lavoro svolto insieme in Commissione per realizzare la legge sui consultori, coscienti come siamo della necessità di avviarci sulla strada della prevenzione, in modo che si possa dare a tutto il territorio la possibilità di strutture diverse e di superare i paurosi divari esistenti fra le varie Regioni nella mortalità infantile, nell'aborto, eccetera, per la mancanza di una politica seria verso la maternità e l'infanzia.

Quindi anche l'esame della tabella 19 (che noi riteniamo molto importante) può essere un'occasione per prendere un impegno serio per il superamento di tale situazione. Trasferire queste strutture, questo personale alle Regioni significa mettere le Regioni stesse in grado di assolvere meglio ai compiti che loro spettano.

C A L I A. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il bilancio di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1976 è a mio pa-

rere un bilancio che raccoglie in cifre di spesa soltanto l'ordinaria amministrazione. Ci troviamo di fronte ad un bilancio analogo a quello degli anni precedenti, che è stato sempre criticato dalla maggioranza dei componenti delle Commissioni sanità dei due rami del Parlamento; ci troviamo di fronte a voci stazionarie o a soppressioni, come giustamente ha osservato il senatore Merzario nel suo intervento.

Il sistema sanitario del nostro Paese è oggi apertamente attaccato e denunciato. Con la crescita delle malattie infettive, con la paralisi degli ospedali, con strutture ormai invecchiate, con le carenze inerenti alla legge n. 386, la tutela della salute rimane solo un modello ideale, mentre ogni giorno ci scontriamo con programmi destinati a restare irrealizzati, con progetti di riforma mai attuati.

Di fronte a tale grave situazione, che investe tutto il sistema sanitario, occorre fare uno sforzo qualificante di intervento finanziario per affrontare seriamente e risolvere alla radice tutti i problemi sanitari ed igienici del nostro paese.

Il collega Merzario, col suo ampio e documentato intervento, mi esonera dal fare un lungo discorso. Egli ha largamente documentato i gravi fatti epidemici verificatisi in alcune zone del Mezzogiorno (i casi cioè di salmonellosi), più precisamente nella casa di cura privata Malsomi di Avellino, dove si può dire che sono stati uccisi 20 neonati.

Il Gruppo comunista, di fronte a tale fatto, ha presentato interpellanze e interrogazioni al Ministro della sanità, alle quali, alla data di oggi, nessuna risposta è stata data. La sconcertante epidemia di Avellino richiede un piano di interventi, al fine anche di accentrare le responsabilità. C'è voluta la strage dei neonati di Avellino per riproporre all'attenzione dell'opinione pubblica i problemi della lotta contro le malattie infettive e per il risanamento ambientale!

La situazione sanitaria del Mezzogiorno e delle Isole, ma anche delle zone meno disagiate del Paese, si aggrava di anno in anno. In Italia, nei primi mesi del 1975, i casi di tifo e paratifo, nonché le gastroenteriti infantili sono paurosamente aumentati: di

oltre il 40 per cento. Il problema è quindi assai grave, sia sotto il profilo medico che sotto il profilo igienico.

La situazione igienico-ambientale, in particolare nel Mezzogiorno, è caratterizzata da una notevole carenza di infrastrutture civili (acquedotti, fognature, impianti di depurazione, servizi di raccolta e di smaltimento dei rifiuti solidi).

Occorre pertanto porre come esigenza primaria la riqualificazione della spesa pubblica in termini di investimenti sociali. A due anni dall'episodio di colera di Napoli e Bari, ancora si discute sulle misure da adottare per fronteggiare un pericolo che tutti gli scienziati e gli operatori sanitari considerano endemico. Le febbri tifoidi, le infezioni gastroenteriche e le altre malattie infettive sono, nel nostro Paese, in costante aumento: esse falchiano i più indifesi, i più poveri, i bambini. L'Italia ancora oggi presenta uno dei tassi di mortalità infantile più elevati: il 29,2 per mille, che raggiunge in Campania, nelle Puglie, in Basilicata, in Calabria e in Sicilia punte che vanno dal 40 al 50 per mille. Secondo dati attendibili, non sono più di 15-16 milioni gli italiani che possono usufruire di un servizio fognario e di veri impianti igienici. Solo a Napoli, 40 mila persone vivono ancora in baracche; 2325 comuni italiani sono completamente privi di fognature, altrettanti ne dispongono solo parzialmente.

Manca inoltre il personale specializzato: vale la pena di ricordare a scopo esemplificativo che nella regione lombarda gli ufficiali sanitari di ruolo sono 63 (un ufficiale sanitario ogni 135 mila abitanti), i vigili sanitari sono 292 (uno ogni 29258 abitanti); i laboratori provinciali di igiene e profilassi lamentano una paurosa carenza di personale tecnico, soprattutto nel campo dell'igiene ambientale (medici, clinici, fisici, biologi, eccetera). Nei laboratori ospedalieri, salvo lodevoli eccezioni, non si trovano medici e tecnici qualificati nel settore della diagnostica. Mancano funzionali reparti di isolamento e sezioni di diagnosi e cura dei malati infettivi. Risulta che la maggior parte degli ospedali non hanno fognature ed impianti di depurazione dei liquami.

Come è stato affermato e denunciato dal presidente del Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero della provincia di Avellino, (in presenza della delegazione di parlamentari e consiglieri regionali comunisti, nel corso di un incontro avvenuto l'altro ieri) di fronte a circa 750 posti letto vi sono una rete idrica e fognaria inservibili, mancano tecnici e personale paramedico qualificato, infermieri, eccetera. La cosa più grave, però, che ha particolarmente colpito la delegazione, è la mancanza di un reparto per le malattie infettive.

Nel chiudere questo mio intervento vorrei mettere a conoscenza della presidenza, del sottosegretario Pinto e dei colleghi le proteste e le denunce degli aiuti e assistenti ospedalieri del Policlinico di Bari. Leggerò una parte del manifesto scritto da tale personale: « Caro cittadino, l'assistenza che ti offriamo nel più grande ospedale della Regione è pessima. Ti sei mai chiesto — domandano i medici con il loro manifesto ai cittadini — cosa succede quando hai la sfortuna di essere ricoverato al Policlinico? Se ti rompi una gamba nei giorni feriali, dopo le 20, aspetterai la mattina dopo perchè ti tacciano una radiografia; se invece sei più sfortunato e ti capita di sabato sera, aspetterai fino a lunedì mattina. Se hai il diabete e ti serve una glicemia d'urgenza, sei proprio scalognato, perchè i nostri laboratori funzionano solo nei giorni feriali dalle 8 alle 13 (e sempre se non si rompe qualche apparecchio, perchè la riparazione richiede, in media, 3 mesi). Caro cittadino, conclude il manifesto dei medici dell'Anaa, non andare nelle case di cura private. Aiutaci a chiedere che sia rispettato, qui a casa tua, il tuo diritto alla salute ».

Mi rivolgo, inoltre, al Sottosegretario per una questione molto urgente. La Clinica dermatologica del Policlinico di Bari ha realizzato un disco di informazione e guida nella lotta contro le malattie veneree, da diffondere tra i giovani, nelle scuole medie superiori e nelle caserme, per contribuire a combattere la lue, un male che affligge il mondo da sempre (l'Europa dal XIV secolo), per educare i cittadini — soprattutto i giovani — a temerlo suggerendo loro come scon-

figgerlo. Ma onorevole sottosegretario, sappia che alla Clinica, dal luglio del 1969, non giunge più neanche la modesta sovvenzione che il Ministero della sanità le aveva destinato fino ad allora.

Di fronte alla grave situazione igienico-sanitaria e sociale del Paese, denunciata dal mio Gruppo ancora una volta nella Commissione sanità del Senato, si impone l'urgenza di portare avanti a concludere rapidamente nel Parlamento l'iter legislativo della riforma sanitaria.

P R E S I D E N T E. Se non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame è rinviato alla seduta di domani.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 12,45.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 9 OTTOBRE 1975

Presidenza del Presidente MINNOCCI

La seduta ha inizio alle ore 10,45.

M E R Z A R I O, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976

— Stato di previsione 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 1976 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Riprendiamo la discussione generale ascoltando l'intervento del senatore Pittella.

P I T T E L L A. Non può sfuggire il contrasto, oggi più che mai evidente, tra la situazione sanitaria del nostro Paese e gli strumenti approntati dal Governo per farvi

fronte, più specificatamente tra le ondate epidemiche che affiorano e fanno vittime innocenti, specialmente nelle regioni meridionali, e la carenza di presidi di prevenzione e di cura messi in atto dall'amministrazione centrale. Questo stridente contrasto non può certamente risolversi con le indicazioni, date qui da qualche parte politica, che tendono ad individuare in alcune strutture sanitarie la causa di ogni male, specie nel meridione, causa che invece va individuata nella carenza di programmazione sanitaria, di fronte a cui anche le Regioni segnano il passo in tutto il territorio italiano. Dico questo non per attaccare delle strutture che comunque hanno assolto e assolvono, nella maggioranza dei casi, al compito di tamponare le falle organizzative o addirittura l'assenza del potere pubblico; ma anzi per sottolineare che il correttivo non può consistere nell'abbattere i presidi sanitari privati, ma nel finalizzarli alla tutela della salute pubblica, precostituendone la sostituzione con strutture pubbliche o prevedendone la regionalizzazione, e intanto rimuovendo le vere cause delle epidemie e delle carenze sanitarie. Per far ciò occorre realizzare le strutture igieniche di base: acquedotti, fognature, impianti di depurazione, sorveglianza degli alimenti, igiene del suolo e dell'abitato, e così via; per poi passare alla profilassi più diretta, attraverso le vaccinazioni, le indagini su campione o di massa, l'isolamento e le cure dirette della malattia infettiva, una volta che essa è intervenuta.

Partendo già da queste sole considerazioni, diventa chiara l'affermazione che, in questo bilancio, non è dato trovare un indirizzo nuovo per sanare o almeno rimediare alle carenze sanitarie del Mezzogiorno; sia per quel che riguarda i problemi generati di politica sanitaria che per l'assistenza ospedaliera e per quella generica ambulatoriale, con le sue articolazioni specialistiche alle quali più volte si è qui accennato. Nè può farci mutar pensiero una recente affermazione del ministro Emilio Colombo, secondo il quale, mentre la situazione del bilancio statale desta vive preoccupazioni, queste si aggraverebbero ulteriormente quando si passi a considerare la finanza regionale e locale e quel-

la del sistema di sicurezza sociale. La constatazione, infatti, che esiste un sottofondo in cui spariscono energie economiche, come è il caso degli enti assistenziali con i loro apparati burocratici e faraonici, non può essere per un Ministro, nè per noi legislatori, un motivo sufficiente per alzare le mani e predisporre alla resa. Avremmo preferito sentir dire in che modo e in che tempi sarà affrontato lo scioglimento reale di enti come l'ONMI, che lungi dall'assolvere compiti di profilassi e di cura in pediatria e in neonatologia, assorbe attraverso inutili strutture molti miliardi dello Stato. Basti pensare che in molte regioni l'ONMI è diventato un ricettacolo a numero chiuso per pediatri affiliati ai centri gestionali di potere, per cui solo alcuni sono ritenuti idonei a percorrere il territorio di sette o dieci comuni, con trasferte giornaliere riflettenti non solo l'opera professionale ma anche il chilometraggio, mentre viene negato, a pediatri residenti nei comuni interessati al servizio ONMI, di prestare gratuitamente la loro opera, sebbene un articolo del codice disponga chiaramente in tal senso. E invece oggi assistiamo all'incremento di più di 21 miliardi dello stanziamento per l'ONMI, con conseguente riduzione o addirittura soppressione di voci di spesa che a mio giudizio sono ben più importanti, come quelle delle rubriche 3 e 4 dell'igiene pubblica e delle malattie sociali o quelle concernenti la profilassi delle malattie del bestiame (rubrica 7). E non ci soddisfa nemmeno il modesto incremento della spesa per la ricerca scientifica dell'Istituto superiore di sanità. Il Capo dello Stato, in una cerimonia di premiazione per la ricerca scientifica, si è lamentato dell'arretratezza di tale settore in Italia e ha detto che essa versa in ben misere condizioni, ma nonostante questa autorevole voce la risposta è stata parziale e insoddisfacente.

Da queste brevi riflessioni derivano alcune chiare indicazioni:

1) la discussione di un bilancio preventivo non può prescindere da quella contemporanea del bilancio consuntivo, e vorrei pregare il Presidente di rendersi interprete di questa esigenza;

2) il bilancio dello Stato deve essere finalizzato agli scopi che si prefigge di raggiungere; non può essere mortificato dalla contingente necessità di superare la congiuntura, poichè non si farebbe che peggiorare questa congiuntura se non si riuscisse a individuarne le cause e a rimuoverle, e nel caso della Sanità finora nessuna causa, pur individualizzata, è stata rimossa, nè si è intravista una precisa volontà in tale senso;

3) non si può condurre una lotta per la tutela della salute se non si eliminano i motivi di fondo, mediante una politica del territorio e una programmazione pluriennale delle iniziative;

4) non si può sperare in un futuro meno denso di ombre se non si ha il coraggio di portare a termine l'opera di mediazione tra vecchio e nuovo, e non si decide di imboccare la via verso il progresso, superando le strutture fatiscenti che erano sorte nel passato in funzione di scopi diversi, oggi ormai non adeguati alla realtà nella quale viviamo;

5) la finalizzazione dei fondi da destinare alla Sanità deve trovare, nella visione globale dei problemi e alla luce delle drammatiche vicende ultime dell'avellinese e del Mezzogiorno in generale, il suo significato e la sua motivazione, perchè così facendo, potrà, a mio giudizio costruirsi un sistema nuovo, adeguato allo spirito di libertà, di civiltà e di progresso che aleggia in tutti noi.

Concludendo, dichiaro di condividere in molta parte le posizioni sofferte assunte dal relatore, senatore Barra, anche se le perplessità e le riserve, derivanti dall'impostazione finanziaria della tabella 19, rimangono pur sempre assillanti. Il voto favorevole è legato soltanto alla speranza che presto i problemi della tutela della salute, dell'assistenza psichiatrica, della regolamentazione del settore farmaceutico, del trattamento unico nell'ambito delle convenzioni mediche, vengano affrontati e risolti; ma è pur sempre un voto di assenso formale ad una politica sanitaria che non risponde ai fini dichiarati e che riproduce schemi superati, antistorici — con le conseguenti storture e

ingiustizie — atti soltanto a perpetuare situazioni deplorabili e molte volte antisociali.

C A P U A . Sarebbe molto facile discutere di questo bilancio soltanto in funzione critica: a demolirlo basterebbero le dichiarazioni già fatte da eminenti colleghi della maggioranza. Ma poichè mi rendo conto che l'attuale drammatica congiuntura che fa prevedere parecchie migliaia di miliardi di disavanzo — dei quali una buona parte riguarda la Sanità — porterebbe ad un risultato sterile il mio intervento, anche se animato dalla più viva volontà di chiarificazione, cercherò di analizzare il bilancio seguendo il buario proposto dal relatore di maggioranza.

Mi permetto di dissentire in linea di massima dall'affermazione che lei, senatore Barra, ha fatto, di voler considerare come funzione del Parlamento l'assecondare l'esigenza dei tempi, esigenza consistente nel mediare la rigidità dei principi strettamente economico-finanziari con una valutazione politica globale. Con tale affermazione si dà fiato alla tromba che sta suonando il ministro La Malfa, che riversa sul Parlamento tutte le colpe del dissesto finanziario, dichiarandosi egli solo puro e gli altri colpevoli: specialmente i democristiani, ma esclusi i socialisti. Sulla scia di quella esigenza di cui ha parlato il senatore Barra il Parlamento si è fatto travolgere, ed ha portato il bilancio dello Stato al disastroso risultato che noi tutti riconosciamo. E tutto ciò soprattutto per spese correnti, non già per investimenti o per una politica di progresso sociale: l'attuale previsione di spesa per la Sanità ne è una prova.

Quando il relatore afferma che diventa marginale la cristallizzazione dell'indagine sulla congruità o meno del singolo stanziamento, di fronte ad una visione globale, ho l'impressione che voglia crearsi un alibi con la propria coscienza.

E vengo ai punti che il relatore ha messo maggiormente in evidenza, perchè è più corretto attenersi allo schema seguito dalla relazione di maggioranza, nel discutere un bilancio.

Ristrutturazione del Ministero della sanità. È un problema di attualità, sul quale hanno convenuto, se ho bene ascoltato, anche i senatori Leggieri e Cavezzali. Hanno trattato ampiamente quest'argomento, che mi trova consenziente. Il relatore comincia rifacendosi ad alcuni dati storici che ricorderò anche io perchè trent'anni di vita parlamentare mi hanno fatto vivere tutta questa evoluzione. Qual è la storia del Ministero? La voglio ricordare, per richiamare alla memoria un uomo che ha dei meriti in questo campo, il democristiano professor Caronia, il quale si battè duramente, e io fui con lui in questa battaglia, e ci furono anche l'onorevole Gaetano Martino e altri; prima per ottenere la costituzione di una Commissione per la sanità, che allora non esisteva (quando io cominciai la vita parlamentare c'era soltanto un alto Commissariato della sanità e dei servizi di sanità sparsi per i vari Ministeri, e quanto al Parlamento, discutevamo i nostri problemi in quell'enorme bailamme, in senso non dispregiativo, che era la Commissione lavoro che, assillata giustamente da tanti problemi attinenti al lavoro, considerava marginali — oso dire — i problemi della sanità) e, successivamente, per ottenere la costituzione di un Ministero della sanità. E indubbiamente, un riconoscimento deve andare a coloro che hanno combattuto questa battaglia.

Ora, questi ricordi storici mi rammentano anche un altro fatto, senatore Barra: cioè che sin da allora noi ci battemmo per il principio dell'unificazione di tutti questi servizi sanitari e quindi per la creazione di un Ministero della sanità. E chi si oppose allora a questo, sa chi fu? Il Ministero del lavoro, ma valendosi della voce dei sindacati, i quali affermava che si trattava di gestire mezzi finanziari forniti dai lavoratori e che quindi andavano direttamente amministrati dal Ministero del lavoro, per cui lo Stato non doveva mettervi lo zampino. E se le cose sono state ritardate, in questo processo di unificazione, prima ancora che venisse fuori la questione della sanità nazionale, del servizio sanitario nazionale, preferisco lasciarlo agli atti, e cioè alla storia.

Da allora molta acqua è passata sotto i ponti, e le cose non volgono al meglio, dato che abbiamo dovuto riconoscere il fallimento dei vari processi tendenzialmente progressivi di questa sanità che vogliamo nazionalizzare, cioè il fallimento della legge Mariotti, e delle successive leggi che hanno cercato di correggere i danni di questa legge, e infine gli ulteriori danni determinati dal passaggio brusco alle Regioni, senza una fase preparatoria, con la conseguenza di un enorme vuoto economico e normativo. Questi sono elementi che ricavo dalla mia e dalla vostra esperienza, perchè li avete riconosciuti.

Ritorna in ballo oggi il problema delle responsabilità del Ministero della sanità nella tutela della salute pubblica. Ed è giusto che ritorni in ballo. Il relatore, sia pure molto garbatamente, prospetta la possibilità di una conflittualità fra le attribuzioni istituzionali del Ministero e quelle delle strutture regionali, provinciali e comunali: paria di zone grigie ed incerte e di intreccio di competenze esecutive. Difatti, in tema di prevenzione è difficile orientarsi, specie quando le stesse organizzazioni periferiche chiamano in ballo il potere centrale. E qui siamo al problema del tifo, del paratifo o salmonella, del colera, che sono argomenti di attualità scottante, che ci richiamano ad un senso di responsabilità unitario, perchè non è soltanto locale, ma globale dello Stato, perchè nel momento in cui si parla di queste infezioni non è una Regione che viene in ballo, ma l'Italia nella sua unità strutturale.

Il senatore Leggieri ha giustamente osservato che i germi infettivi non si fermano ai confini delle Regioni. Io aggiungo che non si fermano neppure ai confini dello Stato. Oggi, il problema delle malattie infettive direi che è un problema supernazionale. Dirò, per esempio, che un cittadino qualsiasi, di una qualsiasi nazione, che parte da Bombay, è rigidamente controllato dalla polizia per vedere se porta addosso bombe o armi offensive, perchè può arrivare a Roma, lanciare un ordigno e produrre un danno. Però, nessuno va ad accertare se un cittadino che sale, per ipotesi, a Bombay, è un portatore di colera, e in quella zona esiste il colera. Non è che io voglia una polizia *ad hoc*, me ne

guardo bene; faccio soltanto un'osservazione.

P I N T O, sottosegretario di Stato per la sanità. Vi sono gli uffici sanitari di dogana.

C A P U A. Io sono passato molte volte alle frontiere e ho visto che questi uffici non si preoccupano mai di queste cose. Le dirò, io vado una volta all'anno, un mio *hobby* per la caccia, in Tunisia. E la Tunisia è zona di colera, di tifo, di paratifo. Ho un vecchio foglio giallo timbrato non so quanti anni fa, mostro quello e nessuno mi chiede nulla.

P R E S I D E N T E. Si sente protetto

C A P U A. Non è che io faccia valere la mia qualità di medico, eppure nessuno mi ha mai chiesto nulla, mentre io potrei essere un portatore di tifo, di paratifo e di altre malattie: queste mie osservazioni e considerazioni, direi che oggi sono di attualità. Molte volte, uno che sbarca da un aereo e porta con sé i germi del colera, produce molti più danni di una bomba. Una bomba non avrebbe ucciso dodici bambini ad Avellino, cosa che ha fatto un banale, involontario portatore di infezione. Dico questo per concluderne che c'è bisogno di un'autorità superiore, che valuti e quindi regoli questo stato di cose.

La prevenzione contro le malattie infettive richiede un piano organico centralizzato che prescindendo dalle attribuzioni e dalle possibilità finanziarie regionali, anzi: deve maggiormente esplicarsi nelle regioni con minori possibilità economiche. Le argomentazioni che io propongo conducono a questa esigenza primaria: occorre un piano centrale.

E giacché ora siamo nel campo della prevenzione, che è uno dei capisaldi della salute pubblica ed attualmente, e disgraziatamente, il più trascurato, è necessario porre il problema, a parer mio, in termini più ampi. Ieri, il senatore Merzario parlava dei servizi veterinari. Io vi ricorderò che se voi volete importare un animale in un qualsiasi Paese, siete sottoposti a un severo regime di controllo: provate a sbarcare un cane in Inghilterra, per esempio, è molto più facile che vi sbarchi un uomo portatore di malat-

tie infettive. E questo perché? Perché il mondo animale è più protetto di quello umano, dalle legislazioni attuali. Lei parlava ieri del rano veterinario riguardo ad altri problemi, ma io mi sono ricordato di questi elementi di fatto.

La profilassi, nella salute pubblica — per procedere nel mio ragionamento — ha riferimento solo alle malattie infettive? Niente affatto! La profilassi è qualcosa di molto più ampio, e non c'è campo della terapia che non preveda una profilassi. Ad esempio, citerò quella della carie dentaria, qui ricordata dal senatore democristiano Leggieri, il quale ha parlato anche di una legge-cornice sulla medicina preventiva, che lo Stato dovrebbe emanare. E allora io mi domando: dovrà essere questo un compito delle Regioni o dello Stato? (A proposito di quell'atto di coraggio, di decisione che chiede il senatore Barna per la soluzione di queste controversie, conflittualità operative che si potrebbero determinare fra Stato e Regioni). Questi sono i problemi delle Regioni o dello Stato? Insomma, la carie del bambino calabrese o del bambino sardo è un problema che riguarda la Regione o lo Stato? Sono problemi che egli stesso ha posto sul tappeto e che io qui debbo ricordare.

Gia nei giorni scorsi, in questa Commissione, la profilassi del nanismo ipofisario l'abbiamo praticamente devoluta al controllo centralizzato del Ministero e dell'Istituto superiore di sanità. Abbiamo già fatto una scelta, noi. Ora, come risponde — guardate che il mio è un discorso critico, ma sereno — il relatore di maggioranza a questa complessa questione che ha così brillantemente sollevato? Egli propone il modello svedese.

B A R R A, relatore alla Commissione. Non l'ho proposto. Ho detto che, al limite, di fronte a un fenomeno di svuotamento di fatto del Ministero della sanità, allora sarebbe preferibile sopprimerlo anche di diritto.

C A P U A. Accetto la correzione. Ad ogni modo, il relatore cita il modello svedese. Ora, io dico che noi sentiamo parlare troppo spesso di questo modello svedese. Non so

se gli onorevoli colleghi qui presenti abbiano avuto la fortuna di poterlo osservare da vicino. Io l'ho avuta, perchè mi ci mandò il Parlamento italiano con una Commissione, che è stata circa quindici giorni sul posto ed ha avuto la possibilità di osservare tutto. Debbo ricordare agli onorevoli colleghi che questo sistema ideale, un po' utopistico, che stanca forse proprio per la sua utopia, e che ha anche molte imperfezioni — ne parleremo al momento opportuno — importa, per otto milioni di persone, una spesa che allora era di circa 1300 miliardi e che, con i prezzi attuali, va sui duemila miliardi. Se voi rapportate questa cifra al numero di abitanti che vi sono in Italia, arrivate a un valore di qualcosa come 13 o 14 mila miliardi, che sarebbero necessari per la sanità. E per di più vi è un'osservazione da fare, marginale, senatore Barra, ma che lei però dovrà recepire, perchè è meridionale. Questo è un sistema attuato da mentalità nordiche, serie, rispettose al cento per cento del senso di responsabilità che si deve avere nello spendere il denaro dello Stato. In Italia, questo senso di responsabilità è un po' più limitato. Non voglio fare offesa a nessuno, ma dico che è un po' meno sentito.

Ma cosa dice poi, in ultima analisi, nel citare l'esempio svedese, il senatore Barra? Dice che lì c'è una commissione centrale che controlla. Noi di servizi centrali ad alto livello ne abbiamo già due, che dovrebbero controllare, sotto l'aspetto tecnico, la periferia, e sono l'Istituto superiore di sanità, che avrebbe queste funzioni, e il Consiglio superiore di sanità. Ora poi sembra che ve ne sia un terzo, mi pare sia il Centro studi del Ministero, contro il quale già è stata lanciata qualche freccia, in quanto sarebbe una duplicazione dell'Istituto superiore di sanità, date le sue funzioni. Voglio sperare che l'onorevole relatore non preveda un quarto centro di controllo.

BARRA, *relatore alla Commissione.* Lei sta facendo un discorso fuori della realtà. Nessuno di noi ha inteso dire che in Italia dovremmo introdurre altri sistemi, svedesi o inglesi. Oltre a tutto si andrebbe completamente al di fuori di molte posizioni, an-

che di rilevanza costituzionale. Io ho detto che al limite, (quale elemento rafforzativo della mia tesi) se noi proseguiamo su questo indirizzo, cioè svuotiamo gradualmente di attribuzioni il Ministero della sanità, arriviamo a una posizione paradossale, che crea conflitti di attribuzione. Ecco perchè, per esempio, la materia che ho definito — questa espressione non me la sono inventata io — « polizia sanitaria », e che va dai problemi dei controlli sanitari di frontiera, che oggi sono attribuiti allo Stato, fino alla profilassi in senso generico, è materia che la Costituzione a mio avviso non ha trasferito alle Regioni e che può essere delegata o meno. E in questo quadro io ritengo che si possa rivedere la questione.

PRESIDENTE. Scusate, io non ho nulla in contrario a qualche interruzione, ma lei, senatore Barra, tenga presente che deve replicare mercoledì prossimo.

CAPUA. Devo dare atto al relatore di aver cercato di trovare una soluzione a questo ingarbugliatissimo problema.

Vorrei aggiungere un'altra questione, che per me è più importante; si accenna infatti con velate parole ad una specie di oggetto misterioso che si intravede nebulosamente: la riforma sanitaria. Non è il momento di discuterla, ma è evidente che il problema delle specifiche competenze del Ministero della sanità è a monte e non a valle della riforma; altrimenti incorreremo in più ampi guai e disservizi. Se non si stabiliscono prima i compiti del Ministero, onorevole Sottosegretario, ci troveremo poi di fronte alla solita legiferazione fatta a scacchetti, e si potranno anche determinare controversie che non avranno mai termine. Ritengo, pertanto, sia necessario discutere prima sulle attribuzioni del Ministero della sanità.

Il secondo problema che il relatore ha posto alla nostra attenzione è quello dell'assistenza ospedaliera, costituito con quota parte dei contributi assicurativi obbligatori, con le somme destinate all'assistenza ospedaliera iscritte nei bilanci degli enti pubblici e con un apporto integrativo dello Stato non superiore ai 100 miliardi. In quest'ocasio-

ne, si fa crollare un tabù contro il quale invano, nel passato, avevamo puntato i nostri strali: la retta ospedaliera, riconoscendo che non può più andare a ruota libera, viene sostituita da costi *standards* stabiliti dal CIPE. Noi queste critiche alla liceità di crescite illimitate della retta le abbiamo sostenute sin dal tempo della legge Mariotti, che determinò il cataclisma. Sono lieto che finalmente, di fronte al disastro economico, siate arrivati a condividere una concezione che il mio Gruppo ha difeso *ab initio* e che Mariotti e la maggioranza invece smantellarono, non rendendosi conto dell'enorme crisi finanziaria che avrebbero determinato negli ospedali e che ci porta oggi a dovere rabbenciare una grave situazione. Con la legge n. 132 del 1968 si eliminò la retta ospedaliera standardizzata, sostituendola con un regime amministrativo e contabile rivelatosi poi, alla prova dei fatti, finanziariamente insostenibile.

In mancanza di informazioni attendibili, e poichè non emergono in maniera chiara nemmeno dalla relazione, vorrei fare qualche domanda al Governo, sempre che il Parlamento abbia ancora il diritto di sapere qualche cosa. Questo fondo, così racimolato, a quanto ammonta? Il relatore parla di 2.700 miliardi, il Governo lo conferma? Se si tratta realmente di 2.700 miliardi, dicendo che vogliamo la riforma commettiamo un'ipocrisia con noi stessi, ci nascondiamo dietro un dito; dobbiamo invece avere il coraggio di sostenere le nostre opinioni. Quali sono i debiti finora accertati degli enti ospedalieri?

B A R R A , *relatore alla Commissione.* Ammontano a 1.000 miliardi i debiti consolidati fino a tutto il 1974, e non ancora pagati.

C A P U A . Nelle discussioni precedenti si parlava però di 1.300 miliardi. Vorrei anche sapere a quanto è ammontato il totale dei debiti nel primo anno di gestione regionale, estrapolando in base ai dati già disponibili indipendentemente dagli interessi passivi. Il Ministro dovrebbe fornirci questi dati, per metterci in condizione di conoscere la situazione del settore. Mi piacerebbe venire a conoscenza di quanto è aumentato

il costo della gestione quest'anno, e ciò agli effetti della rotazione dei quei 2.700 miliardi che costituiscono il fondo-base.

Che previsioni di spesa ci sono, onorevole Sottosegretario, per il completamento del servizio sanitario nazionale secondo il progetto di legge in discussione alla Camera? Il Ministro non ha mai risposto al riguardo, pur avendo il dovere di farlo. La critica più grave che intendo fare alla relazione riguarda il fatto che si sostiene la mancanza di importanza delle cifre, degli stanziamenti iscritti nei singoli capitoli, in quanto si dovrebbe guardare solo al fine politico della spesa nel suo insieme. Non si può dire ciò in Parlamento. Desidero vedere qualche tabella, qualche cifra anche e soprattutto sotto l'aspetto dell'attuazione della riforma, altrimenti mi rendo complice di un errore politico. Vorrei citare un'affermazione di Fouché, ministro di Napoleone, che non era certamente un uomo di destra, Fouché disse, a proposito della fucilazione del duca di Enguien, che gli errori in politica sono peggio dei delitti. Sono nel dovere di ricordare al relatore che quando la volontà politica vuole — ritenendo che la valutazione del quadro generale possa prevalere sulla congruità del singolo stanziamento, come ha detto il relatore — procedere avanti senza avere non dico la sicurezza circa il futuro sviluppo dei costi fondamentali ma almeno un'approssimativa idea al riguardo, ebbene dico che questa è pura demagogia, e non socialità.

C'è in giro un altro oggetto misterioso: una proposta di legge di parte democristiana, che pare abbia attinenza con i guai della legge n. 386. Non ne parlo perchè non la conosco. Valuteremo questo oggetto misterioso quando sarà presentato il relativo disegno di legge.

Molti problemi, molti argomenti sono carenti o quasi, nella relazione: psichiatria, droga, veterinaria eccetera. Non gliene faccio però una colpa, lei ha toccato i due punti più scottanti, e d'altra parte avrà pensato, come me, che è inutile parlare, per esempio, di psichiatria: quando ne discutiamo, infatti, ricordiamo un po' gli israeliti che si dirigono da ogni parte del mondo verso il mu-

ro del pianto nella speranza che arrivi il Messia. Speriamo che, dopo tante lamentazioni, arrivi davvero qualcuno che riassesti un poco il settore della sanità.

L'ultimo problema scottante è attinente all'Opera nazionale maternità e infanzia. Ho parlato di tale questione in occasione dell'esame del passato bilancio; il discorso però è caduto nel vuoto. Quando discutemmo il provvedimento sui contraccettivi e sostenemmo la necessità di creare un'altra organizzazione di assistenza alla madre e al fanciullo, sollevai nuovamente il problema dell'Opera nazionale maternità e infanzia. Non ho ottenuto alcuna risposta; pare ci sia un disegno di legge al riguardo, che io considero un altro oggetto misterioso.

BARRA, *relatore alla Commissione.* Esiste un provvedimento in proposito, concordato in Commissione alla Camera, ed io mi sono preoccupato di andarlo a vedere.

CAPUA. Lei mi reputa un ingenuo, senatore Barra. Ho detto che si tratta di un oggetto misterioso perchè è da tanto tempo che si parla di questo problema, però non è stato posto all'esame della Commissione. Moltissime volte abbiamo sollevato questo problema con le colleghe Dal Canton e Zanti Tondi. Quando si concedono 16,5 miliardi per sanare il bilancio dell'ONMI, e però si evita di discutere a fondo il problema di questo ente, ciò significa che virtualmente si raddoppia il debito attuale, e cioè si autorizzano altri 33 miliardi di debiti. Sono costretto a tenermi sulla falsariga della relazione; rispetto comunque il lavoro del senatore Barra.

Vi sarebbe infine il grande problema della Croce rossa italiana. A monte però dei due problemi dell'Opera nazionale maternità e infanzia e della Croce rossa italiana, è il problema attinente ad una completa ristrutturazione del Ministero della sanità. Non si potranno affrontare tali problemi, che interessano tutta l'Italia, senza prima stabilire definitivamente quali sono i poteri e i doveri del Dicastero: si deve far ciò, se si vuole avere un'organizzazione della sanità pubblica

che sia funzionale. A noi parlamentari, ormai esautorati di tanti poteri, posti al di fuori della grande circolazione di idee, che avviene invece tra l'Esecutivo e il mondo sindacale, resti almeno il senso della dignità dello Stato, almeno la difesa della sua funzionalità amministrativa!

Chiedo scusa per la polemica e vi ringrazio di avermi ascoltato.

OSSICINI. Onorevoli colleghi, sarò brevissimo, perchè l'intervento sul bilancio, prescindendo dall'analisi fatta nella sua puntuale relazione dal collega Barra, può oscillare fra due livelli. Il primo è quello di un atteggiamento abbastanza politico, ma al tempo stesso da revisore dei conti: ossia, prendere il bilancio così com'è, dato che in ogni caso è impossibile aumentare la spesa totale, si possono solo fare dei rilievi. Si potrebbe, invece, prendere pretesto dalla discussione sul bilancio per una serie di polemiche e lamentele.

Non mi intendo di bilanci, se non nei limiti in cui vengono investiti problemi politici; ero tentato, il Parlamento me lo ha vietato, di leggere il mio intervento sul bilancio che ho fatto all'inizio della passata legislatura. Avrei potuto, infatti riproporre oggi gli stessi problemi che ho affrontato allora, perchè non hanno certamente perso di attualità.

Ma comunque penso che il leggere il proprio intervento, purtroppo, come ho ripetuto ogni volta che si parla di bilancio, sembra un rituale ossessivo, che però non esclude un raffronto con certe scadenze, che non riguardano solo la riforma sanitaria. Perciò sarò brevissimo, anche perchè il senatore Leggieri ha già fatto — scusate il termine — alcune lamentazioni, sulle soluzioni non affrontate e sui problemi drammatici non risolti. Farò, dunque, soltanto alcune brevissime annotazioni, senza addentrarmi nell'architettura del bilancio.

Dobbiamo tener conto che indubbiamente esiste un problema di riforma sanitaria, visto in una cornice, in un quadro di sviluppo della politica sanitaria italiana in generale; ma al tempo stesso non possiamo non

tener conto che esistono situazioni parziali che però hanno un'urgenza generale, perchè sono soggette a scadenze improrogabili e quindi, evidentemente, non possono attendere di essere collegate alla riforma sanitaria. Vorrei dire, pur con l'affetto che ci lega, per il lavoro svolto insieme, che non vorrei che finissimo sempre con il legiferare come legiferiamo, ossia risolvendo problemi parziali che però non hanno una urgenza generale, ma solo una urgenza settoriale. In pratica, noi dichiariamo che molte cose non vanno affrontate se non nel quadro generale, e quindi rinviando provvedimenti urgenti, perchè li definiamo settoriali; poi però seguiamo ugualmente a fare delle leggi settoriali ma senza un programma e quindi non sono quelle urgenti. È chiaro invece che la settorialità può essere affrontata subito, purchè sia programmata in modo da rispettare le scadenze più urgenti, così come si è fatto per la droga. Vorrei ricordare insomma che se prima non programiamo, finiamo veramente per legiferare settorialmente nel peggiore significato della parola, e per di più sulla base di strutture che invece ancora non esistono. Una gran parte delle leggi che abbiamo settorialmente approvato presuppone l'esistenza di organismi la cui importanza io vado predicando da molto tempo ma che non abbiamo però realizzato, o che in qualche caso abbiamo realizzato, ma dimentichiamo che esistono. Infatti, è inutile parlare, per esempio, dell'esistenza dei consultori famigliari, dei consultori di profilassi di igiene mentale, eccetera, come fatti integranti, senza i quali le leggi non possono funzionare, quando poi in pratica questi organismi ancora non esistono. Oggi si fanno molte critiche sulle ultime leggi che abbiamo approvato come quella sulla droga, che io stesso in Aula ho difeso; ma effettivamente non c'è dubbio che la mancanza delle strutture, di cui io vado gridando l'esigenza da sette o otto anni, porterà molti di coloro che nell'ambito di questa legge hanno bisogno d'assistenza, al manicomio. Allora, signori miei, riforma sanitaria o non riforma sanitaria, se noi non creiamo le strutture di base per i famosi centri medico-psicopedago-

gici e di igiene mentale, strutture che sono per il 90 per cento sulla carta, è evidente che finiamo non solo per legiferare settorialmente ma per fare veramente qualcosa che definirei pirandelliano, ossia per presupporre l'esistenza di cose che non ci sono e che neanche cerchiamo di realizzare.

Faccio un esempio pratico. È in discussione alla Camera la legge per lo scioglimento dell'ONMI, sulla quale esiste un parere, che io ho consultato, della Commissione affari costituzionali, e un dibattito è stato già svolto in Parlamento. Non vi dico quale è stata la mia meraviglia nell'accorgermi che in questo progetto, che era concordato dai partiti, si era tenuto conto soltanto della parte burocratica e ci si era dimenticati della parte riguardante l'attività svolta dall'istituto e dal personale sanitario, psichiatrico e assistenziale in genere. Abbiamo dovuto proporre, alla Camera, un articolo aggiuntivo perchè ci si ricordasse che all'ONMI esistono anche medici, psicologi, assistenti sociali e pedagogisti. Scusate la mia franchezza e se torno a ripetermi, ma tutto questo è pirandelliano, inoltre, fa male a vedere la mancanza di considerazione per i centri medico-psicopedagogici, che sono una delle poche cose che hanno sempre funzionato perfettamente e dei quali si era completamente dimenticata l'esistenza.

Non parliamo poi del fatto sul quale io ho insistito migliaia di volte e sul quale torno ad insistere: senza una legge-quadro sull'assistenza all'infanzia, tutto quello che potremmo fare riguardo all'infanzia è ridicolo, non ha senso, è controproducente: sarebbe meglio non fare niente. Sciogliamo pure le strutture che si ritiene opportuno di sciogliere, ma creiamo altre strutture, funzionali, perchè non è possibile andare avanti così. Un tempo si diceva una battuta, e cioè che se volevamo salvare la faccia potevamo andare a vedere quello che succedeva in Spagna ed in Grecia, ma ora non salviamo neanche più la faccia, perchè sono andato in Grecia ed ho visto che stanno sorgendo alcuni centri psicopedagogici che noi in Italia non abbiamo. Noi non abbiamo fatto niente in questo senso, però seguiamo a legiferare

come se le strutture esistessero e così facendo non risolviamo niente, anzi peggioriamo le cose perchè legiferiamo su un vuoto, su un cratere, e il tipo di discorso che noi andiamo portando avanti diventa allucinante. Dove sono i consultori per l'assistenza all'infanzia, i preventori? Chi si occuperà dei drogati quando dovranno essere rieducati? Nessuno, perchè tutto è solo sulla carta, e si finirà con l'inflazionare i manicomi e quello che è rimasto delle strutture brefetrofiali. Io non insisto solo perchè desidero mandare avanti il mio disegno di legge sull'infanzia handicappata o quello della senatrice Dal Canton, oppure per sollecitare l'inizio di una indagine conoscitiva che tante volte abbiamo richiesto, ma perchè siamo ad un punto che non ci consente più di tentennare; infatti i problemi sono urgenti, e per di più abbiamo approvato alcune leggi che danno per esistenti cose che non lo sono, per cui dovremmo almeno comportarci in termini di onestà legislativa. Il bilancio è quello che è; forse il famoso « Godot » come a me piace chiamare la riforma sanitaria — un giorno arriverà, ma intanto dobbiamo subito programmare i nostri lavori in modo da colmare le incredibili lacune legislative che abbiamo vissuto drammaticamente in questi anni. Non potevamo evitare di legiferare sulla droga, data l'urgenza del problema, ma quello che è sbagliato è che seguitiamo a legiferare senza tener conto che anche nelle singole leggi molto potrebbe essere chiarito, nelle leggi che di volta in volta produciamo premuti dall'urgenza di singoli problemi.

Non vi ricorderò la posizione negativa che assunsi quando si parlò degli invalidi civili e non si volle tener conto in quella sede dei problemi della psichiatria infantile, per cui ancora oggi avviene che i bambini sono assistiti soltanto se vanno in certi istituti, e cioè non vi è alcuna assistenza se restano a casa, quando tutta la scienza moderna è concorde sul fatto che l'unica assistenza valida ad un bambino psichicamente carente si può realizzare nell'ambito familiare.

Ma questa legge per gli invalidi civili, onorevoli senatori, noi l'abbiamo pur fatta! È dunque evidente che noi continuiamo a pro-

durre leggi, e quindi dobbiamo porci il problema del come, già fin d'ora, in attesa della riforma sanitaria, per mezzo di leggi separate o coordinando tra loro diversi provvedimenti si renda possibile — per lo meno in alcuni settori — organizzare strutture che occorrono a far vivere servizi esistenti sulla carta, esistenti in base a leggi già varate ma, nella realtà, inesistenti.

Ad esempio, è stato presentato un disegno di legge ad iniziativa dell'onorevole Mariotti sugli ospedali psichiatrici, e non vi è dubbio che bisogna decidere se devono essere regionali o restare provinciali, ma anche in questo caso, quando si viene al dunque, il discorso si fa quanto mai complesso. Da anni, a mio avviso, potevamo adottare provvedimenti atti ad evitare certi drammi. Io stesso, appena fui eletto senatore, promossi un brevissimo disegno di legge, al quale il Ministro dell'epoca, l'onorevole Ripamonti, si dichiarò favorevole, per l'abolizione dei manicomi criminali. Non è infatti necessario fare una riforma sanitaria per rendersi conto che questo tipo di manicomio rappresenta un'assurdità teorica, scientifica, giuridica e pratica! Voglio dire che vi sono tante cose che possono essere fatte senza dover aspettare chissà quali importanti decisioni sul piano del nostro finalismo umano.

Per gli ospedali psichiatrici, ad esempio, esistono a mio avviso dei problemi e delle possibilità di inversione di tendenza, e cioè anche prescindendo dall'affrontare in pieno e organicamente l'incredibile situazione dovuta alla mancanza della riforma della legge del 1904.

Non è pensabile, ripeto, che noi si possa risolvere le incredibili situazioni che esistono nei nostri ospedali psichiatrici soltanto con la riforma sanitaria. Più realisticamente, io ritengo che — settorialmente — possiamo già oggi dare delle indicazioni utili.

Cito un problema tra i tanti: non vi può essere un reparto per bambini in un manicomio per adulti. Questo è un assurdo giuridico e pratico: mettete i bambini fuori da questi manicomi, in modo che quando la madre va a trovare il figlio non debba entrare in un manicomio. Questo non richiede

delle leggi difficili, ma solo provvedimenti amministrativi piuttosto elementari.

Perchè, ripeto, una madre che ha un bambino handicappato deve andare a trovarlo nel manicomio provinciale, quando esistono brefotrofi vuoti?

DAL CANTON MARIA PIA. Lei sa bene, senatore Ossicini, che non si possono impartire ordini alla Provincia! Sono anni che anche noi insistiamo su questi problemi.

OSSICINI. Forse non basteranno i mezzi amministrativi, ma con gli strumenti legislativi si può anche imporre alle province di fare talune cose!

Per concludere, onorevoli senatori, se io facessi l'elenco delle omissioni che noi — a cominciare da me — dobbiamo imputare a noi stessi come legislatori, verrebbero fuori situazioni da vertigine. Pertanto, discussione sul bilancio o meno, dobbiamo prendere lo spunto da tutto quello che abbiamo detto, per mettere nel nostro « bilancio » morale e legislativo alcuni interventi assolutamente indilazionabili; altrimenti, ripeto, non solo saremo accusati di aver tardato a varare provvedimenti che invece potremmo fare, ma saremo accusati anche di mistificazione legislativa, perchè non si può legiferare presupponendo l'esistenza di strutture che, invece, non esistono.

DE GIUSEPPE. Onorevole Presidente, onorevole rappresentante del Governo, nell'esame che con tanto apprezzabile zelo gli onorevoli colleghi stanno facendo del bilancio di previsione del Ministero della sanità non può trascurarsi, ritengo, la considerazione che il disavanzo previsto per l'esercizio 1976 — 11.515 miliardi — è indubbiamente assai più elevato di quello di 7.172 miliardi che appena un anno addietro fu con giudizio unanime riconosciuto come tetto non superabile, se non affrontando rischi eccezionali.

A tale aumento, come ben si comprende, si è pervenuti registrando gli impegni di spesa che sono stati decisi dal Parlamento e che

nel bilancio 1976 e nei successivi devono trovare conveniente estrinsecazione.

È vero che può replicarsi che l'aumento è anche in rapporto alla impossibilità, non essendo stata realizzata compiutamente la riforma tributaria, di prevedere fin da ora maggiori entrate, ma sta di fatto che queste maggiori entrate non potranno comunque essere così elevate da assicurare un ritorno al disavanzo di previsione del 1975.

Questa premessa, comunque non inutile, anche se fatta in una Commissione che esamina non il bilancio statale nella sua globalità, ma una sua particolare fetta, offre la possibilità di richiamare l'attenzione mia e degli onorevoli colleghi sulla generale situazione economica e finanziaria del Paese, con la quale devono pur fare i conti le nostre richieste e le nostre speranze, le nostre esigenze e le nostre istanze.

Giustamente il senatore Barra, all'inizio della sua pregevole relazione, richiamava il mutamento del ruolo svolto dal Parlamento, dal momento della sua apparizione, in seno all'organizzazione costituzionale degli stati moderni, fino ad oggi.

Eppure, in così gravi difficoltà, delle quali tutti ci rendiamo conto e che per tutti, maggioranza e minoranze, costituiscono termini sempre presenti di confronto, non possiamo non considerare positivamente il lavoro svolto ed i contributi da ogni Gruppo offerti. Le considerazioni svolte dal senatore Ossicini sono valide, d'accordo, ma fino ad un certo punto, in quanto le leggi che abbiamo varate, da quella per i consultori familiari a quella sugli stupefacenti, prevedono precisi compiti per le Regioni, le quali dovranno pure assolverli. Altrimenti, infatti, bisognerebbe prendere iniziative legislative diverse!

Comunque, tutte queste difficoltà sono dovute al fatto che il campo della salute pubblica è diventato — specialmente in questi ultimi tempi e grazie alla concorde azione di sensibilizzazione delle forze politiche, sociali e culturali — quello nel quale, forse più che in altri, si parametrizza la volontà di rinnovamento e di cambiamento, come molte leggi già approvate da entrambi i rami del

Parlamento — o all'esame di uno di essi — stanno a documentare.

Farei torto a ciascuno di noi, che è protagonista di simile produzione legislativa, ricordando le più qualificanti e decisive fra queste leggi. Per tutti mi sia dunque permesso ricordare il prezioso lavoro che il Comitato ristretto sta svolgendo, con più sedute settimanali, alla Camera, per giungere a rapida definizione del testo della riforma sanitaria. Perchè il nucleo essenziale del problema è, a mio avviso, proprio lì: varare subito la riforma, senza la quale tutto, per importante che sia, è sempre parziale, isolato e limitato, con il rischio di divenire, dopo poco, come è accaduto alla legge n. 386, motivo di nuove incertezze, remore, preoccupazioni e polemiche.

Proprio per superare tali incertezze — per restare nel tema — desidero anticipare i termini di un'iniziativa parlamentare del Gruppo della Democrazia cristiana, che ha tenuto conto anche dei fervidi dibattiti con l'opposizione e che non si pone, come maldestramente qualcuno ha ipotizzato, quale bastone nelle ruote della riforma, ma anzi si inquadra nel suo spirito e la favorisce, sgombrando il terreno da inutili polemiche. Mi riferisco al disegno di legge che pone norme urgenti di raccordo tra la legge n. 386 e la riforma, che viene presentato nei due rami del Parlamento proprio per consentire la scelta più opportuna della sede per la prima discussione, mentre l'altro ramo potrà continuare nell'esame di altri disegni di legge importanti, primo tra tutti — ovviamente — quello della riforma.

La citata iniziativa chiede l'adeguamento del Fondo nazionale ospedaliero alle reali spese ospedaliere per il 1975, adeguamento necessario per non ricadere in passate esperienze negative; il superamento del blocco delle convenzioni mediche, per una convenzione unica nazionale con gli enti mutualistici nella prospettiva e per gli obiettivi della riforma; la revisione delle strutture e dei poteri dei Comitati di coordinamento regionali tra Regioni ed enti mutualistici, per assicurare più determinanti interventi promozionali a garanzia e sostegno dell'attuazione

della riforma; infine, il passaggio dell'assistenza psichiatrica dalle province alle Regioni, nella logica e nell'ottica indicata dal senatore Ossicini.

Tutto ciò chiediamo, perchè bisogna pur corrispondere alle più vive esigenze del settore delicato e complesso della sanità, affrontando ruoli antichi e nuovi.

La relazione del senatore Barra ha sottolineato l'esigenza di dare una risposta all'urgente necessità di avere un Ministero nuovo e diverso che, nulla togliendo alle Regioni ed anzi esaltando il ruolo che in virtù dell'articolo 117 della Costituzione esse devono svolgere, consenta tuttavia un'iniziativa reale di coordinamento da una parte e di azione dall'altra, nei campi ovviamente di residua competenza. Ma anche le Regioni devono compiere in questo settore il loro dovere, senza inutili perdite di tempo: hanno oramai campi nei quali possono agire, e devono farlo. Sento il bisogno di sottolineare l'urgenza di nuove strutture, perchè le esistenti sono inadeguate, e tutti ce ne rendiamo conto quando avvenimenti drammatici ci fanno cozzare contro la realtà di servizi fatiscenti.

Nella nota illustrativa si parla, e lo fa anche la relazione Barra, dell'ONMI, argomento sul quale la nostra Commissione ha spesso discusso. Nella nota viene esplicitamente affermato, quale obiettivo di carattere generale al quale sarà diretta l'attività del Ministero, lo scioglimento dell'ONMI ed il trasferimento delle relative competenze alle Regioni. La Commissione 14ª della Camera sta già esaminando il relativo disegno di legge. Il discorso è chiaro e preciso. Mi sembrano perciò interventi sul piano più del giudizio storico che della proiezione attuale, le discussioni che si possono fare su questo ente per il quale, comunque, non mi sentirei, almeno per l'esperienza che ho nella mia provincia, di esprimere giudizi duri e inappellabili, a dir poco di inefficienza. Direi che è stata una struttura, limitata certamente, a cui la mancanza di mezzi non ha consentito di svolgere per intero quel ruolo che pure le era assegnato e che, comunque, ormai non trova più giustificazione nel quadro di una medicina preventiva diversamente articolata o diretta.

Sarei, però, mi si consenta, un po' prudente nel seguire, senza opportune critiche, il suggerimento ieri manifestato dalla senatrice Zanti Tondi, perchè mi sembra che non sia opportuno mettere il Parlamento sotto la spada di Damocle della approvazione rapida di un provvedimento, che tutti consideriamo necessario, ma sul quale pure tutti intendiamo discutere e fare proposte, senza vivere con l'incubo di un ente che non ha soldi, quando pure ha residui, anche se limitati, compiti cui assolvere. Non tanto l'ONMI, quanto il Parlamento finirebbe col trovarsi con un diktat da subire.

Un ultimo argomento vorrei toccare, ed è quello relativo all'igiene pubblica. Nella nota introduttiva è detto chiaramente che le malattie infettive, per alcune delle quali il nostro Paese mantiene tristi primati, sono sempre — anche in considerazione della molteplicità degli scambi internazionali e del fatto che in alcune regioni tali malattie sono ormai endemiche — delle reali minacce. Dal colera alla meningite cerebro-spinale, a talune malattie vinte ma non debellate, alle altre malattie infettive e parassitarie, tutto ci avverte che l'igiene dell'ambiente e dell'abitato è primario compito dello Stato e degli Enti locali. Bisogna che gli sforzi siano congiunti e che, se è vero che vanno intensificati studi, preparazione di vaccini, educazione sanitaria, va principalmente perseguito l'obiettivo di fornire città e comuni di acquedotti con portate idriche sufficienti, di inceneritori adeguati e di fognature idonee. È una scelta prioritaria, che comporta anche il trascurare altri interventi, pur di concentrare su questi compiti tutti i mezzi disponibili. È un appello al Governo nel suo insieme, alla mediazione del Ministero della Sanità e di quello per gli interventi straordinari — per la parte che può avere la Cassa per il Mezzogiorno — ma è anche un appello alle Regioni a non disperdere i mezzi, ma a programmare gli interventi con criteri di priorità.

Concludendo, il voto è a favore della tabella 19, per ciò che significa sul piano di una iniziativa proiettata verso la riforma, fondamento del nuovo rapporto fra Stato,

Regioni e cittadini, a garanzia del bene supremo della salute di ognuno.

P R E S I D E N T E. Sono così esauriti gli interventi in sede di discussione generale sul bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976 e sul rendiconto generale dell'amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 1974. Io ringrazio tutti i colleghi che sono intervenuti sulla base di una relazione assai pregevole ed impegnata del collega Barra.

Se non ci sono osservazioni, vorrei rinviare la seduta a mercoledì prossimo, alle ore 10,30, quando il relatore replicherà a tutti coloro che sono intervenuti. Dopo di che il Ministro farà un suo intervento.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 12,15.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 OTTOBRE 1975

Presidenza del Presidente MINNOCCI

La seduta ha inizio alle ore 10,50.

M E R Z A R I O, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1976

— Stato di previsione 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 1976 - Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Ringrazio il ministro Gullotti di aver voluto essere presente alla nostra seduta. Ricordo alla Commissione che abbiamo concluso la discussione generale. La parola è al relatore, senatore Barra, per la replica.

BARRA, *relatore alla Commissione*. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, cercherò di puntualizzare prima di tutto a me stesso i punti focali dell'orientamento della Commissione su quello che dovrà essere il parere che dovremo rendere alla Commissione di merito. Devo fare una premessa in risposta al senatore Merzario, il quale mi ha attribuito una funzione di difensore di ufficio della tabella 19. Non credo di aver adempiuto a questa funzione, e tengo a precisarlo almeno per scusarmi con il Ministro della sanità, che se dovesse dar credito a questa interpretazione mi deferirebbe agli organi professionali per infedele esercizio del mandato. Non ho inteso difendere la tabella 19, e d'altra parte questa mancata difesa, e cioè quindi una diversa impostazione della mia relazione, è stata cortesemente recepita dal senatore Leggieri ed anche dal senatore Cavezzali, che ha ritenuto e rilevato che nella mia relazione vi sono spunti di critica costruttiva, imperniata su alcuni punti fondamentali.

Ritornando alla nostra materia e intendendo sintetizzare quello che abbiamo espresso nel corso della discussione generale, ritengo giustamente di dover puntualizzare il problema della ristrutturazione del Ministero della sanità, che è strettamente collegato ad alcuni inconvenienti che tutti abbiamo rilevato. Dirò che la ristrutturazione del Ministero è quanto mai necessaria. Gli onorevoli colleghi ricorderanno che la famosa « legge n. 114 » e cioè il disegno di legge n. 114, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati, divenendo poi la legge 22 luglio 1975, n. 382, nel testo che aveva approvato il Senato, poneva un equilibrio tra la riforma della pubblica amministrazione e il completamento del decentramento regionale, esaminando da un lato le conseguenze derivanti per l'amministrazione dello Stato da un ulteriore incremento delle competenze regionali e dall'altro il problema generale del riordino dei Ministeri, con particolare riferimento a quelli le cui attribuzioni venivano in tutto o in parte trasferite alle Regioni. L'altro ramo del Parlamento ha ritenuto però di stralciare la seconda par-

te del provvedimento, relativa al riordino dei Ministeri, onde credo che si possa essere facili profeti nel dire che tale materia ormai non sarà risolta in questa legislazione, per evidenti limiti di tempo. Quindi ci troviamo di fronte alla necessità di affrontare in maniera autonoma la riforma e la ristrutturazione nel nostro Ministero, e credo che su questo nel dibattito siamo stati tutti d'accordo.

Come affrontare il problema? Credo che dovremo seguire il filone segnato dalle due linee politiche generali, quella della delega e quella del trasferimento, attenendoci al progetto di riforma sanitaria, che all'articolo 7 tratta della materia delegata e di quella trasferita. La materia dell'igiene pubblica deve essere delegata, come già avviene in gran parte, ma nell'attuale fase di transizione delle competenze tra Stato e Regioni occorre tener conto di determinate difficoltà di cui ci siamo resi conto anche ultimamente, nel settore della lotta contro le malattie infettive, lotta che deve essere condotta non attraverso provvedimenti settoriali, bensì con misure di carattere generale, e addirittura direi non solo sul piano nazionale ma sul piano internazionale. Nel quadro della politica generale, l'Amministrazione centrale dello Stato deve in qualche modo conservare gli strumenti giuridico-amministrativi a tal fine occorrenti, e tanto più che nel trapasso delle funzioni dello Stato alle Regioni, mentre si è praticamente dissolta la struttura tecnico-burocratica del Ministero della sanità, ancora non sono in atto le strutture sanitarie delle Regioni. Non tener conto di ciò sarebbe come se nel corso di un combattimento si volesse dare il ricambio ad un reparto, ma senza avere gli uomini necessari per poterlo fare. Mi pare però che la necessità, emersa dal dibattito, di una riorganizzazione del Ministero della sanità, abbia inevitabilmente i suoi riflessi di natura contabile e finanziaria, nel senso che occorre assolutamente eliminare la diachia Stato-Regioni anche al fine di identificare le responsabilità finanziarie, onde evitare il ripetersi di episodi di evidente ambiguità. Mentre quindi concordo pienamente con

il senatore Merzario nel dire che gli stanziamenti della tabella 19 — per quanto riguarda la profilassi delle malattie infettive — sono inadeguati, al tempo stesso ritengo inammissibile una duplicazione di stanziamenti e di spese, per gli stessi scopi, gravanti sia sullo Stato che sulle Regioni. Evidentemente occorre trasferire alle Regioni, oltre alle competenze, anche i relativi stanziamenti, che però devono essere soppressi dal bilancio dello Stato. È questo un principio elementare di razionalizzazione della spesa pubblica, su cui mi pare che obiezioni di fondo sostanziali non siano state sollevate.

Desidero soffermarmi su qualche particolare osservazione fatta dai colleghi intervenuti. Il senatore Calia, con il quale concordo, ha detto che nel nostro Paese vi sono aspetti sanitari particolarmente delicati e dolorosi, nei quali vediamo riprodotti sia gli inconvenienti dei Paesi sottosviluppati (come ad esempio la mortalità infantile), sia anche gli inconvenienti dei Paesi ad alta industrializzazione. Il nostro Paese si è rapidamente trasformato da Paese agricolo in Paese altamente industrializzato, e allora è chiaro che questo rapidissimo sviluppo ha determinato sfasature inerenti al sistema, sfasature che di tale sviluppo sotto altro aspetto possono essere una prova provata, anche se il Sud è rimasto escluso dai relativi benefici. Come relatore non mi è sembrato opportuno trattare specificamente un caso dolorosissimo, che però è stato da più parti rilevato nel corso del dibattito e in particolare dal senatore Merzario, il quale ha chiesto chiarimenti sulla particolare situazione creatasi nella provincia di Avellino, dicendo anche che ad Avellino la struttura sanitaria pubblica serve prevalentemente di supporto alla struttura sanitaria privata e cioè agli interessi speculativi. Dirò, sinceramente, al senatore Merzario, non avendo intenzione di fare polemiche, che la sua è una affermazione che potrà anche valere in qualche caso, come è stato anche detto in qualche stralcio del messaggio ascoltato ora in Aula, ma che non corrisponde alla realtà politica della mia provincia. Spiego subito il perchè molto rapidamente, e l'onorevole

Ministro mi consentirà questo brevissimo accenno di natura personale. Non mi riferisco a tempi molto lontani, ma all'anno 1953-54. Io posso essere testimone dell'evoluzione della struttura sanitaria di Avellino: a quel tempo esisteva una struttura sanitaria pubblica ed anche privata, e cioè una piccolissima e vecchia opera pia con 60 posti-letto. Ora, quando si fa un certo discorso di adeguamento di strutture, bisogna riferirsi alla situazione reale, per vedere se vi è stato un certo progresso; ed effettivamente in questi venti anni i problemi sono stati affrontati.

A fianco di quella irrisoria struttura, che anche oggi esiste, vi erano due ruderi: l'ospedale civile di Avellino e, in costruzione, un sanatorio antitubercolare a poca distanza dalla città. Attraverso uno sforzo comune in seno all'amministrazione provinciale, siamo riusciti in pochi anni a portare i due complessi, che erano, ripeto, ruderi, ad un livello non disprezzabile. Contemporaneamente si è impostata una rete periferica: tre ospedali sono in costruzione e altri due in funzionamento, vedete quindi che a volte i giudizi che si esprimono possono anche non essere giusti.

Ricordo al senatore Merzario che nel Consiglio provinciale la maggioranza si battè sulla necessità di ospedali periferici, base ad una concezione che non è neppure nostra, ma è stata derivata dalla teoria sugli ospedali satelliti del senatore Monaldi. Si può dire pertanto che del lavoro è stato fatto, ma ad un certo momento vi è stata una battuta d'arresto — nonostante i finanziamenti pervenuti dallo Stato, quando esso aveva una funzione diretta — per effetto della programmazione imposta sul piano regionale.

Quando si dice, giustamente che, l'ospedale civile di Avellino non ha un reparto per le malattie infettive, si afferma il vero; ma io potrei osservare che nella prospettiva programmatica precedente all'intervento regionale il sanatorio, situato a poca distanza, era destinato al settore delle malattie infettive.

Noi chiediamo all'onorevole rappresentante del Governo di intervenire presso la Regione chiedendo che venga fatto uno stralcio delle strutture ospedaliere, comprese nella programmazione regionale, che con un modesto sforzo possono essere rapidamente completate in provincia di Avellino.

Resta il problema delle strutture igieniche...

M E R Z A R I O. ...ma anche delle strutture sanitarie, perchè bisogna partire dal fatto, restando in tema di ospedali, che in questi venti anni gli interventi nella zona « zero » di Avellino non hanno impedito che essa raggiungesse il primato nazionale negativo nel rapporto fra posti-letto nelle case di cura private e posti-letto in quelle pubbliche.

B A R R A, relatore alla Commissione. Bisogna però precisare che siamo ad un livello di sottosviluppo africano non soltanto per quanto concerne le strutture sanitarie pubbliche, ma anche nelle strutture private. Un esempio di ciò è la famosa clinica dove è esplosa la salmonellosi, che era sorta come clinica della Avellino-bene. Siamo ad un livello molto basso, ed è per questo che ci rimettiamo al Governo, perchè venga data la precedenza al problema.

Desidero parlare ora delle strutture non strettamente sanitarie, ma anche igieniche: acquedotti e fognature. In questo settore abbiamo avuto un'esperienza positiva per la provincia di Avellino: sulla base del consorzio che esiste tra comune e provincia, siamo riusciti ad avere un finanziamento notevole sui fondi per il colera. Quando nel Sud, ed in genere in Italia, saranno completate tutte le reti fognarie, ivi compresi gli impianti di depurazione, che rappresentano un elemento fondamentale (oggi le reti del meridione sono impostate, per buona parte, sul solo deflusso delle acque, bianche o nere che siano), si dovrà risolvere un problema di notevole entità, sotto il profilo finanziario, dovendosi procedere alla loro manutenzione. Questa manutenzione comporterà una notevole spesa per i comuni del Sud, in un mo-

mento economicamente difficile per i loro bilanci. Ora, io non sono un profeta, ma mi risulta che se gli impianti di depurazione, una volta entrati in funzione, non sono ben mantenuti, possono costituire un gravissimo pericolo sanitario, poichè essi effettuano la concentrazione di tutto il materiale, che attraverso un processo di ossidazione viene trasformato in fanghi. Se l'impianto non funziona a regola d'arte il suo effetto diventa controproducente, perchè si verifica una concentrazione tale di materiale infetto da determinare pericoli di infezione veramente gravi. Dobbiamo quindi, fin da questo momento, richiamare l'attenzione del Centro studi del Ministero della sanità, e di questa Commissione, sul problema, che è fondamentale per il Meridione, del costo della manutenzione degli impianti depurativi.

A R G I R O F F I. Il costo non è eccessivo. Ho visitato gli impianti di Bonn e di Londra e, a quanto mi risulta dagli elementi di informazione raccolti sul posto, il problema è di farli, soprattutto: lì stà la necessità dell'impegno energetico di tutti!

B A R R A, relatore alla Commissione. I problemi di Londra e di Bonn sono ben diversi da quelli dei nostri piccoli comuni. A me pare, comunque, che anche tale questione vada inquadrata nell'ambito delle funzioni del Ministero della sanità.

Un altro argomento-chiave che ha formato oggetto della nostra discussione è la revisione della legge n. 386. Io avevo toccato un solo aspetto del problema, quello di carattere finanziario, per quanto attiene al Fondo nazionale ospedaliero, ma il discorso è stato portato anche sul problema delle convenzioni, per il quale, del resto, il Gruppo democristiano sta per presentare un disegno di legge.

Ritengo che sul problema del Fondo ospedaliero siamo tutti d'accordo, e l'onorevole Ministro confermerà se i dati che abbiamo discusso in Commissione sono esatti o meno.

Riguardo al problema delle convenzioni, e cioè della revisione dell'articolo 8, dovremmo

far riferimento nell'impostazione che ne viene data nel disegno di legge per la riforma sanitaria il quale, accanto al problema contrattuale, all'articolo 22 affronta anche quello delle incompatibilità per i medici.

Per quanto riguarda la psichiatria, sul piano teorico noi ci troviamo di fronte ad una stortura giuridico-costituzionale, rappresentata dal fatto che oggi l'assistenza psichiatrica è sostanzialmente sottratta ad ogni forma di controllo, anche da parte dello stesso Ministero della sanità. E qui voglio ripetere una frase molto amara — che è stata riportata da qualche organo di stampa — detta dal Procuratore della Repubblica di Salerno, un uomo di assoluta stima, di fronte ai dolosi fatti, che tutti sapete, scaturiti da una certa indagine nell'ospedale psichiatrico di Nocera Inferiore: « Il folle è purtroppo considerato una cosa e non una persona ». Bisogna dire che per effetto della legge del 1904, questa è la realtà obiettiva sul piano giuridico-normativo, sulla base del concetto di pericolosità del folle. Ora, dal momento che la Costituzione ha addirittura trasferito alle Regioni, non delegato soltanto, l'assistenza ospedaliera nel suo complesso, come si può sostenere che alle Regioni spetti soltanto l'assistenza ospedaliera generale, e non anche quella psichiatrica?

Si tratta di un problema legislativo della assistenza sanitaria che ha le sue connessioni con l'attività del Ministero di grazia e giustizia, e dobbiamo affrontarlo una volta per tutte. In ciò io concordo col collega Ossicini, però non dobbiamo pigliarcela col Governo bensì con noi stessi. Sono stati, infatti, già presentati due modesti disegni di legge, modesti per quella che può essere la impostazione del problema generale ma importanti sul piano specifico, trattandosi dell'abolizione dei manicomi giudiziari e di alcuni problemi dell'infanzia handicappata: si tratta semplicemente di portarli all'esame della Commissione e di discuterli.

Per quanto riguarda l'Opera nazionale maternità e infanzia, io ho ascoltato con molto interesse i giudizi critici espressi negli interventi del senatore Cavezzali e del senatore

De Giuseppe. Io ritenevo superata questa polemica, ormai sterile. Dovrei osservare, peraltro, che secondo una normale prassi, dei morti e dei moribondi, generalmente si parla sempre bene.

M E R Z A R I O . Ma intanto l'ONMI la fate resuscitare, questo è il guaio. Siete specialisti nel tirare fuori i morti dai sepolcri.

C A P U A . Secondo il regolamento della polizia sanitaria, i morti ad un certo punto bisogna pure seppellirli!

B A R R A , *relatore alla Commissione.* Il discorso che io volevo fare è questo: evidentemente noi oggi siamo di fronte alla soluzione del problema, attraverso un disegno di legge, o la fusione di più disegni di legge, che, al di là di quelle che sono le dichiarazioni programmatiche e l'impostazione del Governo, segna la fine dell'ONMI con l'assorbimento della sua attività da parte delle Regioni. In proposito sono stato io a sollevare il problema di una certa contraddittorietà delle espressioni usate nella tabella 19, che adopera una terminologia infelice, onorevole Ministro, giacché parla di un ampliamento di tale attività. Gli stanziamenti contabili vanno interpretati per quello che sono: il trasferimento dell'ONMI alle Regioni comporta oneri non indifferenti, perché evidentemente, trasferendo le funzioni, trasferiamo anche le passività. L'eredità, come sappiamo, si trasferisce con tutte le passività; a meno che non vogliamo stabilire, in questo caso, il principio dell'accettazione con beneficio d'inventario. Si tratta di un problema di portata finanziaria non irrilevante, poiché dovendo trasferire non soltanto l'organizzazione burocratica e amministrativa ma evidentemente tutto il complesso tecnico, i livelli retributivi del personale, che oggi sono molto bassi, verranno ad essere molto superiori, sulla base dello stato giuridico che i dipendenti verranno a conseguire col trapasso alle Regioni. Ecco perché ad un certo punto lo stanziamento all'ONMI, per quan-

to riguarda il ripianamento del bilancio, mi pare sia una cosa naturale.

Io sarei tentato polemicamente, di chiedere un trattamento analogo, e cioè il trasferimento alle Regioni per la Croce Rossa, che è, secondo me, un ente superato.

Concludendo (e vi prego di scusare le mie divagazioni, derivanti dal fatto che generalmente io parlo a braccio, nel clima di cordialità che contraddistingue i lavori della nostra Commissione) io ritengo che nel rapporto che dovrò trasmettere alla 5^a Commissione, a seguito del mandato che certamente la Commissione mi conferirà, vadano puntualizzati i punti fondamentali che vi ho esposto.

Per quanto riguarda il rendiconto consuntivo per il 1974, non ho nulla da aggiungere alle considerazioni svolte dalla Corte dei conti.

GULLOTTI, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevole relatore ed onorevoli senatori, prima di tutto vi prometto che effettivamente il mio intervento sarà molto breve, anche perchè sono convinto che il discorso sui problemi sanitari italiani non possa esaurirsi, nè forse interamente si collochi, nella discussione sul bilancio. Questa discussione, a mio parere, dovrebbe ormai essere un po' modificata, non costituendo più il punto centrale dell'attività parlamentare.

Ora, io non solo ho avuto puntuale comunicazione del dibattito da parte del sottosegretario Pinto, che ha partecipato a tutti i vostri lavori, ma ho anche dato uno sguardo ai resoconti dei lavori della Commissione, e nell'insieme mi pare che questo dibattito abbia veramente affrontato i punti nodali della situazione: di questo voglio ringraziarvi. Posso dire di trovarmi interamente d'accordo con il relatore, a parte forse il suo giudizio circa il problema della Croce Rossa, che io non considero allo stesso modo di quello dell'ONMI, poichè sono due enti molto diversi. A parte tutto, vi sono anche delle attività di carattere internazionale che devono essere compiute, per cui la Croce Rossa è assolutamente insostituibile.

Ma per il resto io sono completamente d'accordo con il relatore, che ringrazio.

Come si è rilevato durante il dibattito, il punto fondamentale — senza però voler chiudere in esso soltanto gli estesissimi problemi del sistema sanitario italiano — resta l'approvazione del disegno di legge sulla riforma sanitaria. Questo mi sembra il punto nodale, dal quale poi si possono sviluppare tutti gli altri problemi. Infatti, l'istituzione del servizio sanitario nazionale comporta l'organico intervento del Governo centrale, delle Regioni e degli enti locali, nel rispetto delle competenze fissate dalla Carta costituzionale, per garantire al cittadino la tutela della salute attraverso il complesso unitario delle attività e delle strutture destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero dello stato di benessere fisico e psichico di tutta la popolazione.

L'emanazione del provvedimento legislativo istituyente il servizio sanitario nazionale potrà costituire, poi, la premessa per risolvere l'altro, importantissimo, aspetto del problema dell'organizzazione sanitaria del Paese, ossia quello del riordinamento, della ristrutturazione e della rifondazione del Ministero della sanità.

Rispondendo ai rilievi dei senatori Barra, Leggieri, Cavezzali e Capua, debbo dire che il ruolo che il Ministero dovrà svolgere si appalesa di particolare importanza. Per inciso dico che non condivido, anzi ritengo che siano un grosso errore, alcune idee sommarie e sbrigative espresse, non in questa sede, sul Ministero della sanità. Esso riassume, infatti, le funzioni di programmazione, di indirizzo, di coordinamento e di controllo della politica sanitaria del Paese, intesa, per altro, non nel senso limitato e settoriale in cui è stata finora considerata, ma come un *quid* generale e diffuso che — prendendo in considerazione l'uomo e mirando ad assicurare la tutela fisio-psichica dello stesso — rappresenta una delle linee direttrici — e forse quella fondamentale — di ogni modello di sviluppo che muova dall'uomo e che dall'uomo voglia soddisfare le più avvertite esigenze.

Ora il disegno di legge di cui parlavamo offre l'occasione per delineare un assetto organico di competenze e di strutture, prevedendo da un lato quelle delle Regioni e dall'altro quelle — di diversa natura e tuttavia, come si è detto, di estrema importanza — che sono proprie dello Stato.

Il proposito del Governo di favorire la sollecita approvazione del disegno di legge sul servizio sanitario nazionale (e mi pare che gli accordi raggiunti tra i vari Gruppi alla Camera ci possano dare la garanzia che il disegno di legge possa essere pronto entro l'anno) — proposito che ho avuto più volte modo di riaffermare anche in sede parlamentare — trova espressa conferma nella puntuale attuazione data alle disposizioni della legge n. 386 del 1974, che rappresenta l'anticipazione del processo di razionalizzazione dell'assistenza sanitaria. Colgo l'occasione per dire che l'attuazione delle leggi per quello che sono, ed il rispetto delle relative scadenze, è a mio parere anche un metodo serio di amministrare la cosa pubblica; e stabilisce anche un rapporto di realtà e di sicurezza, di certezza, tra il potere legislativo ed il Governo, che è alla base di tutte le possibilità di portare avanti un sistema di riforme nel nostro Paese. Quindi mi pare che la tanto discussa attuazione della legge n. 386 del 1974 si sia dimostrata effettivamente opportuna e necessaria. Con tale attuazione, infatti, come avevamo previsto, abbiamo messo in moto un meccanismo irreversibile per l'attuazione del sistema sanitario nazionale.

È stato perciò perseguito l'obiettivo di attuare un sistema di trapasso di competenze e di funzioni dallo Stato alle Regioni che ponga queste ultime non soltanto nella posizione formale di legittimate all'esercizio dei poteri che vengono trasferiti, ma nelle condizioni sostanziali per poter realizzare i compiti che la comunità si aspetta dal loro intervento nel settore.

In questo quadro è stato operato il trasferimento delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera dallo Stato alle Regioni (art. 12 della legge n. 386); è stata operata la ripartizione fra le Regioni del Fondo na-

zionale ospedaliero in base ai parametri previsti dalla legge (art. 16); è stato provveduto alla revisione del prontuario terapeutico (art. 9); si è provveduto allo scioglimento dei consigli di amministrazione degli enti mutualistici ed alla nomina dei commissari (art. 12-bis); sono stati approvati gli schemi di convenzione con le case di cura e le altre strutture previste dall'articolo 18. Tutto ciò è stato fatto con la massima possibile sollecitudine e comunque nel rigoroso rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Circa il profilo finanziario, in relazione agli interventi dei senatori Barra, Merzario, Cavezzali, Capua e De Giuseppe, debbo convenire che dall'attuazione del predetto meccanismo è emerso un triplice ordine di problemi, dei quali si sta avviando la soluzione per quanto possibile in via amministrativa e, ove fosse necessario, con le opportune misure legislative.

In primo luogo va rilevato che, come è noto, la legge ha calcolato in 2.700 miliardi la situazione debitoria complessiva che faceva carico, al momento della sua emanazione, agli Enti preposti al finanziamento dell'assistenza ospedaliera. Al riguardo sono attualmente in corso, presso il Ministero del tesoro, i conteggi al fine di accertare la congruità o meno della previsione del legislatore, in relazione anche alle modalità ed ai tempi di erogazione, da parte del Governo centrale, delle somme indicate.

In secondo luogo, per quanto concerne l'entità del fondo ospedaliero per il 1975, sono stati messi a punto, in un recente incontro con gli assessori regionali alla sanità, i criteri per il sollecito accertamento dell'entità dell'insufficienza del fondo stesso, ed è stata istituita una commissione paritetica che entro pochi giorni concluderà i suoi lavori, sì da consentire la tempestiva adozione degli eventuali provvedimenti legislativi che all'uopo dovessero rivelarsi necessari. Ciò va detto con speciale riferimento alla necessità di individuare congegni garantisti, sia per il Governo centrale che per le Regioni, per l'accertamento in concreto dell'ammontare della spesa necessaria e per escludere che l'eventuale adeguamento del

fondo dipenda da un calcolo meramente contabile, senza nessuna verifica di ordine politico sulla natura dei bisogni che si intendessero coprire con gli adeguamenti del fondo. Il Governo, in altri termini, conferma in sede di verifica che è necessario un adeguamento del fondo; ma ciò essendo finalizzato agli obiettivi indicati nel secondo comma dell'articolo 16 e particolarmente alle necessità che nell'assistenza ospedaliera si realizzi un'uniformità di prestazioni fra le varie Regioni, si richiede un giudizio di ordine politico che dovrà essere formato d'accordo tra Stato e Regioni. E ciò è tanto più evidente in quanto, in definitiva, il giudizio sull'idoneità o meno del fondo verrà espresso dal Parlamento dopo che a livello governativo vi sia stata la elaborazione dei dati necessari.

Per quanto concerne, infine, la futura gestione per il 1976, due problemi si pongono all'attenzione del Governo: da un lato, quello di adottare una ripartizione del fondo che, pur fondata sui criteri indicati dall'articolo 16, secondo comma, della legge n. 386, dia luogo a parametri che consentano di perseguire, ancor meglio di quanto sia stato fatto per il 1975, gli obiettivi previsti dalla legge stessa; dall'altro, quello di poter contare *ab initio* su di un fondo di entità sufficiente rispetto al fabbisogno, sì da poter evitare il ricorso alle attuali procedure di adeguamento, per le quali è indispensabile lo strumento legislativo.

Il Governo è altresì favorevole all'introduzione del sistema delle convenzioni nazionali uniche fra i medici e gli enti mutualistici, che oltre a rispondere alle aspettative degli interessati vale a soddisfare esigenze di funzionalità particolarmente avvertite, come hanno rilevato i senatori Merzario, Leggieri, Cavezzali e De Giuseppe.

Sempre in materia di assistenza ospedaliera, va ricordato — in relazione al rilievo del senatore De Giuseppe — che un notevole incremento è destinato a ricevere il settore dell'edilizia ospedaliera — da lungo tempo soggetto a blocco, e credo anche con danni rilevanti — a seguito della costituzione di un fondo speciale, avente la dotazione di

600 miliardi per il completamento di opere di edilizia ospedaliera, recentemente disposta dal decreto-legge 13 agosto 1975, n. 376 (oltre allo stanziamento di 15 miliardi recato dallo stesso decreto per opere relative agli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico).

Per quanto concerne il problema dell'assistenza psichiatrica, sollevato in particolare dai senatori Barra, Cavezzali e Ossicini, è intento del Governo di allineare la disciplina vigente sull'erogazione dell'assistenza psichiatrica ai principi contenuti nella legge 386 del 1974, estendendo — nella fase transitoria — agli ospedali psichiatrici, il sistema di finanziamento basato sul Fondo sanitario nazionale. E qui sorge un grosso problema, perchè le Regioni sono seriamente preoccupate del passaggio a loro carico degli ospedali psichiatrici. Quindi, se non risolviamo il problema finanziario simultaneamente alla definizione della normativa e della responsabilità della gestione, non abbiamo fatto niente di produttivo: le condizioni veramente deprimenti nelle quali oggi si trova il settore potrebbero anche aggravarsi, o quanto meno rimanere stazionarie.

Per quanto concerne gli stanziamenti relativi ai servizi veterinari, rispondendo alle osservazioni dei senatori Merzario e Benedetti, va rilevato che la riduzione delle voci di spesa nella relativa rubrica è dovuta all'esaurirsi dell'operatività delle leggi sostanziali che prevedevano queste spese; ovvero in qualche caso anche al trasferimento alle Regioni di talune funzioni.

Va tuttavia ricordato, a dimostrazione del permanente interesse del Governo per il settore in questione, il disegno di legge, recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri, che nel quadro degli interventi pubblici svolti per soddisfare pressanti esigenze sociali ed economiche destina ben 80 miliardi alla bonifica sanitaria degli allevamenti dalla tubercolosi e dalla brucellosi.

Con riserva di tornare sull'argomento in sede di risposta alle numerose problematiche che sono state presentate (poichè numerosi intervenuti vi hanno fatto riferimento

ed in particolare i senatori Barra, Merzario, Leggieri, Calia e Pittella), debbo accennare (e lo ha fatto ampiamente anche il relatore), al problema delle malattie infettive sul quale drammatici episodi, anche recentemente, hanno richiamato l'attenzione di tutta l'opinione pubblica.

L'attività di protezione igienico-ambientale costituisce il presupposto di fondo a cui ancorare qualsiasi politica di assistenza sanitaria.

Occorre, pertanto, operare al fine di evitare che le malattie infettive possano insorgere — provocando una moltiplicazione di effetti negativi su tutto il territorio nazionale — e ciò deve avvenire sia realizzando le necessarie infrastrutture igieniche, sia mediante una efficace educazione igienico-sanitaria.

Noi, nella considerazione che l'osservazione epidemiologica costituisce il cardine di ogni iniziativa efficace per la tutela della salute individuale e dell'intera sanità pubblica, nel settore delle malattie infettive, abbiamo predisposto uno schema di disegno di legge diretto a realizzare l'istituzione, a cura delle Regioni, di osservatori epidemiologici con compiti d'indagine, studio e rilevazione e con il coordinamento dell'osservatorio centrale di Stato presso l'Istituto superiore di sanità.

In relazione ai recenti avvenimenti si deve tuttavia ritenere che nell'importante settore, nel quale sussiste, com'è noto, la competenza regionale, ha carattere preliminare l'individuazione del ruolo degli organi statali, i quali finora si sono limitati ad affiancare l'azione delle autorità sanitarie regionali. Al riguardo, non sembra possibile disconoscere l'esigenza che, in caso di pericolo imminente di epidemia o di altro grave danno alla salute pubblica, il Ministero della sanità, sia per l'attività di prevenzione, sia per la necessità di affrontare il fenomeno insorgente, in qualsiasi momento, abbia il potere di compiere interventi immediati che la situazione richiede, sollecitando ed orientando l'attività degli organi competenti. In tale ipotesi il Ministero dovrebbe avere la facoltà di chiedere la collaborazione diretta

degli uffici regionali, sia pure entro i limiti temporali e funzionali dell'intervento di urgenza. Soltanto in questo modo l'intervento dello Stato può essere efficace e si può evitare l'istituzione di quegli organismi interregionali — che da qualche parte è stata prospettata — i quali, costituendo una inutile duplicazione di strutture, appaiono di ben scarsa efficacia.

Concordo col senatore Merzario circa la opportunità di dedicare un'apposita seduta al problema dei farmaci, che è di estrema importanza e merita, pertanto, il massimo approfondimento. Com'è noto, l'articolo 46 del disegno di legge sulla istituzione del servizio sanitario nazionale prevede la delega legislativa per la disciplina della produzione, della registrazione, della determinazione dei prezzi e dell'informazione scientifica dei farmaci. Sono argomenti, direi, oggi più che mai all'ordine del giorno.

I criteri fondamentali che nella delega anzidetta vengono indicati per la disciplina della materia si fondano su precisi indirizzi per la regolamentazione della sperimentazione clinica, per la formulazione di programmi di ricerca, per la revisione delle norme sulla registrazione dei farmaci, per la ristrutturazione dei sistemi per la determinazione dei prezzi e per la disciplina delle attività di informazione ai medici.

Al riguardo debbo far presente che, nelle more dell'attuazione della riforma sanitaria, vari provvedimenti sono stati già adottati in sede amministrativa per la migliore regolamentazione del settore farmaceutico, sì da anticipare in pratica i contenuti sopra esposti.

Infatti, sia per l'attuazione del disposto dell'articolo 9 della legge 386, si sono anticipati taluni dei criteri che informeranno la disciplina definitiva della registrazione, e ciò ha prodotto l'effetto cui deve riconoscersi indubbiamente valore positivo, della eliminazione dal prontuario — in occasione della prima revisione provvisoria — di oltre 5 000 confezioni. La seconda revisione sarà completata entro l'anno.

È stata inoltre, disciplinata la sperimentazione clinica attribuita dall'articolo 1 let-

tera l) della legge 7 agosto 1973, n. 519 alla competenza dell'Istituto superiore di sanità.

E stata già iniziata, da parte di una commissione all'uopo istituita, la revisione delle autorizzazioni ai farmaci in commercio. Tale attività, che già ha ottenuto buoni risultati, con l'eliminazione di alcune migliaia di confezioni, viene attualmente sottoposta ad una organica programmazione che terrà conto di tutte le esigenze prioritarie.

Per quanto riguarda poi la revisione della normativa sulla registrazione dei farmaci, essa è già in corso, anche in seguito alla recente approvazione della seconda direttiva CEE.

Di notevole rilievo è la questione dell'informazione scientifica sui farmaci. I relativi interventi in sede amministrativa, già anticipati nel loro contenuto con la pubblicazione di monografie da parte del Ministero della sanità sulle caratteristiche dei farmaci, pubblicazione avvenuta sugli organi di stampa della Federazione nazionale ordini dei medici, troveranno ulteriore sviluppo con la pubblicazione di un bollettino del Ministero. La sorveglianza delle attività di propaganda effettuate dalle ditte farmaceutiche, prevista dalla circolare n. 157 del 18 novembre 1972, è attualmente in corso, con l'acquisizione da parte del Ministero del relativo materiale.

Per quanto concerne infine il problema dei prezzi dei medicinali, vanno richiamate le delibere del CIPE del 2 e del 23 maggio 1975, cui il Governo intende dare piena attuazione, in relazione soprattutto alla rapida emanazione del nuovo metodo per la determinazione dei prezzi. Questo metodo dovrebbe essere pronto per il prossimo 30 novembre, ma non sono in condizione di precisarlo con certezza: non so cioè se il CIPE è riuscito a preparare ed a completare un lavoro di analisi e di sintesi particolarmente difficile. L'adozione di tale nuovo metodo, che è improntato a criteri di modernità e di razionalità, consentirà altresì di soddisfare talune esigenze, particolarmente avvertite, quali quelle della disciplina della pubblicità e della ricerca.

Con particolare riguardo ai due problemi che da ultimo ho trattato — quello delle malattie infettive e quello dei farmaci — va posto in luce il ruolo, di preminente importanza, rivestito dall'Istituto superiore di sanità. Com'è stato riconosciuto dai senatori Merzario, Leggieri e Pittella, l'Istituto svolge una funzione insostituibile per la soluzione dei problemi della sanità pubblica, ed a questo fine è stata cura del Governo iniziare il superamento di problemi sia di carattere organizzativo, quale l'emanazione prossima del regolamento, che di ordine finanziario; mediante un certo aumento degli stanziamenti, non sufficiente ma significativo; problemi che in passato ne hanno influenzato negativamente l'attività.

Per arrivare alla conclusione, con la brevità promessa, vorrei ricordare due problemi di notevolissimo rilievo sul piano politico e sociale. Credo di aver saltato qualcosa, che invece desideravo dire: non vorrei che il silenzio su questi punti possa essere interpretato come incertezza e rinvio a tempi più lontani della soluzione dei relativi problemi. Credo infatti che il rapporto fra Governo e Parlamento debba essere un rapporto di grande chiarezza e di grande precisione.

Il mio intervento non può dunque concludersi senza ricordare un provvedimento di notevolissimo rilievo sul piano politico e sociale: quello recentemente approvato in questa sede, relativo alla disciplina degli stupefacenti e sul quale anche la Camera intende deliberare con grande celerità. Si pone ora il problema — giustamente sottolineato dai senatori Ossicini e De Giuseppe — della creazione delle apposite strutture, il cui grado di efficienza e di funzionalità condizionerà il successo delle riforme introdotte dalla futura legge. A tale scopo il paese dovrà poter contare sull'apporto di tutti i soggetti responsabili, primi fra tutti le Regioni, che dovranno rispondere con entusiasmo e con efficacia anche a questo delicato ed importante compito.

In conclusione, il bilancio del 1976 è un bilancio di transizione, che è influenzato in senso negativo dalla difficile situazione

economica generale, e pertanto non contiene incrementi apprezzabili di spesa nei settori evidenziati nella discussione; esso tende al mantenimento della spesa corrente, non rapportata ad indispensabili maggiori interventi, rinviando all'assetto ulteriore del servizio sanitario nazionale l'adeguamento della spesa ad un sistema razionale di interventi.

Ciò consentirà di evitare duplicazioni di finanziamenti, di dare piena operatività alle strutture e l'abolizione di rendite parassitarie, in modo da offrire al cittadino ed al paese un più alto livello di assistenza sanitaria.

Ringrazio il senatore Barra per la sua relazione, i senatori intervenuti nella discussione e la Commissione tutta.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per il suo intervento.

Passiamo ora all'esame degli emendamenti e degli ordini del giorno.

I senatori Zanti Tondi Carmen Paola, Benedetti, Argiroffi e Merzario hanno presentato il seguente emendamento:

« Sopprimere al capitolo n. 2584 la somma di 21.500 milioni, indicata alla competenza risultante per l'anno finanziario 1976 ».

ZANTI TONDI CARMEN PAOLA. Vorrei precisare che la nostra richiesta di soppressione è collegata al promesso scioglimento dell'ONMI, per cui nostra intenzione e desiderio è che i 21 miliardi vengano trasferiti alle Regioni.

PRESIDENTE. In sede di esame di emendamenti non possiamo tener conto dei desideri e delle intenzioni, ma dobbiamo decidere se proporre o meno alla Commissione di merito la soppressione della somma di 21 miliardi e 500 milioni al capitolo n. 2584.

ZANTI TONDI CARMEN PAOLA. Il nostro emendamento potrebbe essere trasformato in un ordine del giorno, purchè ne resti ferma la sostanza.

GULLOTTI, ministro della sanità. Se parliamo di non utilizzazione dello stanziamento aggiuntivo per le correnti attività e di non ampliamento dei compiti dell'ONMI sono d'accordissimo. Per quel che mi riguarda debbo dire — per non porre ostacoli (il che è fuori discussione) e per superare le eventuali difficoltà in Commissione — che accolgo un ordine del giorno nel senso indicato e farò tutto il possibile per procedere allo scioglimento dell'ONMI e al trasferimento delle sue competenze alle Regioni entro il 31 dicembre 1975. È un mio impegno.

Per quanto concerne i 21 miliardi, sono d'accordo che vengano trasferiti alle Regioni, tenendo presente però che debbono servire a coprire almeno una parte dei 44 miliardi di debito che è stato accertato. Se l'ordine del giorno venisse invece inteso nel senso che l'Ente viene trasferito alle Regioni restando fermo il debito di 44 miliardi che verrebbe trasferito anch'esso, non potrei accettarlo.

MERZARIO. Anche se, come abbiamo già manifestato, non abbiamo troppa fiducia circa la considerazione in cui vengono tenuti gli ordini del giorno da parte del Governo, in questo caso vogliamo confortare la buona volontà del nostro Ministro, che a questo proposito ha tenuto a sottolineare un suo particolare impegno, estendendo la portata di tale impegno anche in sede di discussione in Assemblea, e non solo di Commissione. Ritengo quindi che la proposta della senatrice Zanti Tondi possa essere modificata e integrata nel senso ora indicato dal Ministro, per cui ci riserviamo di presentare tra breve questo ordine del giorno.

PRESIDENTE. Il senatore Capua ha presentato il seguente ordine del giorno:

La 12^a Commissione permanente del Senato,

impegna il Governo:

1) a stabilire per legge, prima della discussione della riforma sanitaria, quali siano

BILANCIO DELLO STATO 1976

5ª COMMISSIONE

le attribuzioni del Ministero della sanità nella prevenzione delle malattie;

2) a precisare, prima dell'attuazione della riforma, i costi attendibili di essa e le fonti di finanziamento, comprensive anche del risanamento della pesante situazione deficitaria degli ospedali.

C A P U A . Non è necessario che io aggiunga altro al testo, che si illustra già da solo.

P R E S I D E N T E . Il relatore, senatore Barra, ha presentato il seguente ordine del giorno:

La 12ª Commissione percanente del Senato,

in riferimento all'epidemia di salmonellosi, esplosa in provincia di Avellino,

invita il Governo:

1) ad adottare gli opportuni interventi, anche nei confronti della Regione Campania e nel quadro delle funzioni dello stato di coordinamento e di indirizzo, al fine di un sollecito completamento delle strutture ospedaliere della Provincia;

2) ad erogare congrui contributi agli enti ospedalieri della provincia di Avellino sul fondo di cui al capitolo 1576 della tabella 19.

G U L L O T T I , *ministro della sanità.* Posso accoglierlo come raccomandazione, in quanto non investe poteri del Ministero bensì di altri enti, quindi possiamo accoglierlo entro i limiti delle nostre competenze.

B A R R A , *relatore alla Commissione.* Sull'ordine del giorno presentato dal senatore Capua, desidero dire che il Governo non può impegnarsi, perchè le modifiche della struttura del Ministero possono essere effettuate soltanto dal Parlamento, ed inoltre sui costi della riforma vi è già una pubblicazione fatta dal centro studi del Ministero, che determina i parametri della spesa, previsti per l'anno 1980 in circa 8.000 miliardi, ma questa previsione è condizionata in rap-

pporto allo *standard* e al livello assistenziale delle prestazioni che si vorranno o potranno erogare, perchè proporzionalmente a livello aumenta la spesa.

Ho espresso con ciò il mio parere sull'ordine del giorno e mi sono permesso di fare un sollecito al senatore Capua affinché voglia ritirarlo, perchè non c'è materia nemmeno per una votazione in seno alla Commissione.

G U L L O T T I , *ministro della sanità.* Mi associo al relatore, in quanto effettivamente il Governo non può accogliere questo documento.

M E R Z A R I O . Per quanto riguarda l'ordine del giorno presentato dal senatore Capua non siamo d'accordo. Infatti, la prima parte è piuttosto inutile, dato che la discussione sulla riforma è già in fase avanzata, come il Ministro ha ripetuto stamane. Pertanto, non ha senso la proposta di stabilire per legge le attribuzioni ministeriali.

Sull'ordine del giorno presentato dal senatore Barra manifestiamo alcune perplessità. Noi siamo profondamente convinti della necessità di potenziare le strutture ospedaliere, ma l'ordine del giorno medesimo perde di vista l'ambiente, e le carenze dei presidi igienico-sanitari. Si tratta, pertanto, di completarlo affinché non si limiti soltanto all'aspetto ospedaliero.

B A R R A , *relatore alla Commissione.* Sono d'accordo ed accetto l'integrazione. Dopo le parole « delle strutture ospedaliere della provincia », possiamo aggiungere: « nonché degli impianti acquedottistici e fognari ».

G U L L O T T I , *ministro della sanità.* Rinnovo il mio consenso nei limiti che ho espresso precedentemente.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'ordine del giorno presentato dal senatore Barra così come dal medesimo è stato ora integrato e per il quale vi è la dichiarazione di voto del senatore Merzario.

(È approvato).

Il precedente emendamento della senatrice Zanti Tondi è stato ritirato e sostituito con il seguente ordine del giorno, presentato dai senatori Zanti Tondi, Benedetti, Argiroffi, Merzario, Pittella e Cavezzali:

La 12^a Commissione permanente del Senato

impegna il Governo a trasferire alle Regioni, tenuto conto della esistente situazione debitoria dell'ONMI, la somma di lire 21 miliardi e 500.000.000 prevista al capitolo 2584 della tabella 19 quale variazione proposta in aumento, dopo l'approvazione della legge sulla soppressione dell'ente.

GULLOTTI, *ministro della sanità*.
Accolgo l'ordine del giorno, che tiene conto delle esigenze che prima ho esposto.

PRESIDENTE. Metto in votazione l'ordine del giorno della senatrice Zanti Tondi ed altri, accolto dal Governo.

(È approvato).

Se non si fanno osservazioni, resta inteso che la Commissione conferisce al senatore Barra il mandato di trasmettere alla 5^a Commissione un rapporto favorevole sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, nei termini emersi dal dibattito ed includendo i voti sopra espressi.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 14.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici

DOTT. RENATO BELLABARBA