

(N. 1383-A)

Resoconti XIX

**BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1981
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1981-1983**

ESAME IN SEDE CONSULTIVA
DELLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SANITA'
PER L'ANNO FINANZIARIO 1981

(Tabella n. 19)

**Resoconti stenografici della 12^a Commissione permanente
(Igiene e sanità)**

INDICE

**MERCOLEDI' 8 APRILE 1981
(Antimeridiana)**

PRESIDENTE	<i>Pag.</i> 313, 318, 326
ANIASI, Ministro della sanità	318, 319
ARGIROFFI (PCI)	319, 320, 321 e <i>passim</i>
CIACCI (PCI)	326
DEL NERO (DC)	322, 323
FORNI (DC), relatore alla Commissione 314, 315, 316 e <i>passim</i>	
PETRONIO (PSI)	324
PINTO (PRI)	318

**SEDUTA DI MERCOLEDI' 8 APRILE 1981
(Antimeridiana)**

**Presidenza
del Presidente PITTELLA**

**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno
finanziario 1981 e bilancio pluriennale per
il triennio 1981-1983 (1383)**

Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1981 (Tabella n. 19), approvato dalla Camera dei deputati

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Esame)*I lavori hanno inizio alle ore 9,45.*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1981 », già approvata dalla Camera dei deputati.

Come la Commissione ricorda, è stato già svolto nelle sedute dei giorni 11, 12, 19 e 26 marzo un esame preliminare della tabella.

La discussione generale è stata dichiarata chiusa ed il Ministro ha già svolto la sua replica. Si passerà quindi ora, con procedura ordinaria, all'ulteriore corso del dibattito, con la replica del relatore.

F O R N I , *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, nella giornata di ieri la Camera dei deputati ha approvato il bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1981 ed il bilancio pluriennale 1981-1983. Rispetto alla stesura che abbiamo esaminato nella discussione preliminare del bilancio stesso, vi sono state variazioni, soprattutto in relazione all'approvazione della legge finanziaria che è stata definita da entrambi i rami del Parlamento. In relazione a questa approvazione, sono state apportate ulteriori spese al bilancio dello Stato per 26.472,5 miliardi, perchè il ricorso al mercato finanziario è stato elevato ad 84.317,9 miliardi. Non mi addentro nell'esame specifico delle voci che sono state aumentate per effetto dell'approvazione della legge finanziaria, perchè i colleghi hanno avuto modo di conoscere tali aumenti, seguendo il dibattito sulla legge finanziaria stessa. Debbo dire che il bilancio dello Stato risulta così modificato: le entrate finali, 104.646,2 miliardi, sono passate a 108.706,1 miliardi; le spese complessive, da 171.490 miliardi sono passate a 185.606,5 miliardi. Il disavanzo del bilancio dello Stato è passato da 66.843,8 miliardi ad 80.900,4 miliardi. Nella seconda nota di variazione di bilancio, approvata contemporaneamente al bilancio stesso nella seduta di ieri, sono state apportate modifiche alle tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 e 17: quindi non sono state apportate modifiche alla tabella 19.

Circa il problema della Sanità, nella seconda Nota di variazione, che non avevamo esaminato, sono stati proposti per il Ministero della sanità 22 milioni di lire per contributo all'ufficio internazionale delle epizoozie e 400 milioni come contributo alla lega italiana tumori, cifra che nella relazione avevamo giudicato insufficiente. Circa la parte in conto capitale, sono stati confermati 30 miliardi per le norme di attuazione delle direttive CEE e, per quanto riguarda l'applicazione della legge 22 dicembre 1980, n. 927, sono stati riproposti per contributo all'Ufficio internazionale delle epizoozie, con

sede a Parigi, 115 milioni in aumento del contributo che era stato stanziato in precedenza. Pertanto la tabella 19 rimane invariata; il fondo sanitario nazionale per il 1981 nel bilancio è iscritto per 21.445,5 miliardi per la spesa corrente e 510 miliardi in conto capitale. Il testo che ci è stato trasmesso dalla Camera nella seduta di ieri non comporta per noi alcuna modifica, quindi nessuna necessità di adeguamento.

A conclusione del dibattito preliminare tenuto sul bilancio avrei l'obbligo di dare qualche risposta in particolare sulla tabella 19. Circa l'entità del fondo sanitario nazionale iscritto alla tabella 2 del Ministero del tesoro, questa entità è già comprensiva dell'aumento previsto dalla prima Nota di variazione al bilancio. Ne abbiamo discusso negli interventi che sono stati fatti dai colleghi Argiroffi, Costa, Merzario, Grossi, Rossanda, Del Nero e Pinto. Tutti si sono soffermati sulla insufficiente congruità del Fondo sanitario nazionale del 1981; io stesso avevo rilevato alcune difficoltà in ordine alla sufficienza del Fondo circa la spesa sanitaria del 1981. Anzitutto avevamo rilevato come l'applicazione dell'aumento del 16 per cento per le spese, i costi e i servizi fosse insufficiente rispetto al tasso di inflazione, che lo scorso anno è stato superiore al 18 per cento. Poi si è dibattuto del problema della maggiore spesa derivante dalla convenzione con i medici generici. Come è già stato detto nella discussione, lo aumento dovrebbe essere compreso, secondo la tesi del Governo, nel Fondo sanitario 1981, senza un ulteriore stanziamento aggiuntivo.

Dal'la discussione è emersa invece una conferma della tesi da me sostenuta, che non è cioè prevedibile una riduzione della spesa ospedaliera, in particolare della spesa integrativa per gli invalidi civili, dal momento che, anche senza considerare ulteriori aumenti al personale ospedaliero, lo stesso aumento della indennità integrativa speciale comporterà un maggior onere per la quota di spesa ospedaliera compresa nel piano sanitario nazionale e non consentirà quindi la riduzione massiccia di ben 278,8 miliar-

di. Così pure è improbabile che si riesca ad ottenere un risparmio di 61 miliardi nell'assistenza integrativa agli invalidi civili, dal momento che la spesa per l'assistenza tende ad aumentare, anche per effetto delle richieste che sono state presentate a tutte le Regioni da parte degli istituti che si occupano di assistenza, giacchè le rette attuali — per constatazione unanime — si dimostrano insufficienti.

È pertanto poco credibile che sia possibile recuperare i 627,6 miliardi di maggiore spesa quantificati dal Governo per la convenzione con i medici generici all'interno del fondo sanitario nazionale. Del resto, neanche con le pur logiche considerazioni fatte dal Governo in ordine alla possibilità di risparmio in altri settori, questo risparmio potrà essere realizzato, almeno non in breve periodo. La riduzione dei ricoveri ospedalieri, delle spese per i farmaci, del numero degli esami di laboratorio e degli esami radiografici sarà possibile, sempre per effetto della nuova impostazione della convenzione, ma in un periodo più lungo che non nel solo esercizio 1981.

È positiva pertanto l'impostazione data, ma gli effetti non avranno quella rapidità di efficacia che il Governo si attende sul Fondo del 1981. Questo pone in termini molto drammatici problemi di sufficienza e di congruità del Fondo stesso, anche di fronte alle richieste fatte o ventilate di un taglio di spese su di esso. Come Commissione non possiamo avallare in questo momento alcun taglio di spese sul Fondo sanitario nazionale, che riteniamo anzi non sufficiente a far fronte alle spese per l'assistenza sanitaria in Italia, così come è stato detto in Commissione per bocca di coloro che sono intervenuti nella discussione e che appartengono a tutte le forze politiche. Vorrei ricordare le dichiarazioni del senatore Argiroffi per il Partito Comunista e Del Nero per la Democrazia Cristiana; la dichiarazione del presidente Pittella su questo tema. Tutte le dichiarazioni sono state unanimi nell'escludere l'applicazione del *ticket* quanto meno sulle visite mediche e sulle degenze ospedaliere, mentre dalle varie parti politiche vi è stata disponibi-

lità ad esaminare misure che consentano la riduzione, per esempio, del ricorso ad esami di laboratorio. Mi pare che unanimemente sia stato chiesto che non si applichi il *ticket* nè sulle visite mediche nè sulle degenze ospedaliere, anche perchè si è rilevato che l'applicazione dei *tickets* specie sulle degenze ospedaliere comporterebbe l'organizzazione di un apparato burocratico per la riscossione e per il versamento delle quote riscosse al Tesoro; apparato burocratico la cui spesa finirebbe per vanificare anche gran parte dell'introito che deriverebbe dal pagamento di questo *ticket* sulla degenza ospedaliere. Inoltre dovrebbe esserci una serie di esenzioni dal pagamento del *ticket* per pensionati ed anziani, per cui anche la decisione in ordine al pagamento o meno del *ticket* per categorie di degenti comporterebbe un contenzioso la cui risoluzione intaserebbe di lavoro il già aggravato apparato burocratico degli enti ospedalieri e delle USL, cui sono passate le funzioni dell'assistenza ospedaliere.

Con la sottolineatura di questo pensiero emerso nel dibattito in ordine all'applicazione dei *tickets*, esprimo la mia soddisfazione perchè anche il Ministro nel suo intervento si è dichiarato d'accordo: i risparmi sulla spesa sanitaria, o quanto meno il contenimento della spesa sanitaria stessa, devono essere fatti attraverso una soluzione per cui spese che oggi sono previste per l'assistenza ospedaliere debbono essere spostate per interventi di prevenzione. Tutto quanto si dovrà fare di nuovo dovrà essere concentrato nel settore della prevenzione e dell'educazione sanitaria e i mezzi dovranno essere reperiti all'interno dello stesso Fondo sanitario nazionale, attraverso la riduzione di altre spese che possono essere ridotte, se vi sarà una più rigorosa azione dei medici e degli utenti nella prescrizione dei farmaci e nel consumo degli stessi.

Il secondo punto riguarda la riforma e la ristrutturazione del Ministero della sanità. Nella redazione del presente bilancio già si intravede la linea che il Governo intende seguire per arrivare alla riforma del Ministero della sanità e quali sono i compiti che il Ministero intende assumersi quale

coordinatore nel settore della ricerca biomedica, e per quanto concerne la formazione del personale dirigente, amministrativo e sanitario delle USL (funzioni che non sono nuove rispetto a quelle tradizionali del Ministero), nel settore della tutela degli alimenti, nel settore della politica veterinaria. Si tratta di interventi che dovrebbero qualificare il bilancio del Ministero della sanità rispetto all'attuale bilancio. Alla relazione mi sono permesso di allegare la tabella che il Ministro della sanità ci ha fornito e che riguarda l'ipotesi di bilancio del Ministero della sanità collegata con il piano sanitario nazionale; questa ipotesi purtroppo non è stata approvata nè nella predisposizione della tabella da parte del Governo, nè da parte della Camera dei deputati, ma con questa tabella vengono descritti gli interventi che il Ministero della sanità intenderebbe attuare nel quadro di una sua ristrutturazione.

Purtroppo dal punto di vista pratico non c'è la possibilità di chiedere una modifica della tabella 19 così come è stata stesa, perchè abbia a trasformarsi nella nuova tabella così come è stata ipotizzata, in collegamento col piano sanitario nazionale: ciò comporterebbe infatti un maggior onere che oggi non è possibile nè immaginabile coprire. Ritengo sia giusto che nel nostro documento si chieda che l'ipotesi del Ministero della sanità sia tenuta in considerazione, anche perchè il piano sanitario nazionale deve comprendere, oltre al Fondo sanitario nazionale, la spesa del Ministero della sanità, così come deve essere conteggiata la spesa degli enti locali.

Auspicherei che il Ministero, per dare completezza alla conoscenza in ordine alla spesa per l'assistenza sanitaria in Italia, approfondisse una ricerca per verificare l'entità della spesa anche in altri Ministeri. Se dovessimo fare una tabella più completa della spesa sanitaria del nostro Paese, vedremmo che, accanto al Fondo sanitario nazionale, vi sono spese che vengono sostenute dagli Enti locali, e in particolare, dalle Regioni, per l'impianto di servizi sanitari, di competenza regionale come la spesa per i consultori e le spese per prevenire e curare le tossicodipendenze.

Sarebbe opportuno conoscere anche l'entità della spesa che il Ministero della giustizia sostiene per l'assistenza ai carcerati e al corpo delle guardie di custodia, la spesa per la Sanità militare e la spesa sostenuta dal Ministero della pubblica istruzione per la parte riguardante le facoltà di medicina e i policlinici universitari, perchè anche queste spese entrano nell'ambito degli interventi in materia sanitaria.

Se facessimo un censimento del genere, avremmo un quadro effettivo della spesa sanitaria del nostro Paese, che è ben superiore ai 22.000 miliardi di parte corrente che vengono indicati nel Fondo sanitario nazionale.

Sono stati poi sottolineati alcuni problemi, specialmente nell'intervento del senatore Argiroffi. Egli ha ricordato l'importanza di interventi per il potenziamento dei consultori, per l'assistenza all'infanzia e agli handicappati e per gli asili nido. Si tratta di voci già comprese vuoi nel fondo comune alle Regioni, vuoi nei fondi della tabella 19. Sarebbe opportuno che avessimo un chiarimento in merito, una nota cioè in cui potessimo conoscere l'entità degli interventi regione per regione, per verificare se le leggi votate dal Parlamento a larghissima maggioranza (parlo della legge sui comprensori, compreso l'articolo che riguarda i consultori e quell'articolo 2 della legge n. 194 del 1978 che prevede stanziamenti aggiuntivi per i consultori stessi) siano operanti o se ci sono zone dove purtroppo queste strutture sono carenti o addirittura non sono presenti, proprio in un periodo in cui la lotta contro l'aborto clandestino e in genere per la eliminazione dell'aborto devono vedere questi interventi come momenti qualificanti e di partecipazione, come punti dove si attua quell'azione di educazione e di consulenza che è indispensabile per eliminare un fenomeno che tutti riconosciamo come negativo.

Sarebbe opportuno, nel 1981 — indicato dall'ONU come anno dell'handicappato — poter verificare gli interventi che sono stati fatti dalle Regioni per quanto riguarda l'applicazione della legislazione vigente in materia; non conosciamo inoltre interventi fatti da Ministeri e da altri enti. Sarebbe opportuno che l'apposito Comitato costituito

per l'anno dell'handicappato potesse dare anche un'esatta visione della spesa sostenuta in Italia dallo Stato e dagli enti locali per risolvere questi problemi. Abbiamo l'impressione che siano spesi parecchi fondi, ma che gli interventi non siano coordinati. Perciò si potrebbe avere un'efficacia maggiore se ci fosse un effettivo coordinamento degli interventi, se l'azione del volontariato fosse meglio valorizzata, se vi fosse una collaborazione a livello delle strutture territoriali per la risoluzione dei problemi della riabilitazione e del reinserimento.

Il problema di fondo, trattato in quasi tutti gli interventi, riguarda il collegamento tra bilancio della Sanità e attuazione della riforma sanitaria. Tutti auspicano una rapida soluzione dei problemi che ancora non sono stati risolti nell'applicazione completa della legge n. 833 del 1978. La Camera ha approvato in Commissione il decreto-legge n. 37, che concerne alcune proroghe per gli adempimenti delle Regioni e dello Stato in applicazione della legge n. 833 del 1978. Mi auguro che la Camera, nel corso di questa settimana o della prossima, possa approvare tale provvedimento, sperando che sia l'ultimo a recare proroghe in materia di attuazione della riforma sanitaria.

Abbiamo settori delicati come quello della prevenzione, specie in ordine all'attività di omologazione, e abbiamo settori industriali nei quali occorrono chiarezza nell'intervento del Governo e decisioni tempestive per evitare il blocco, dato che al 1° luglio 1981 le funzioni di prevenzione e controllo passeranno alle Regioni ed alle Unità sanitarie locali.

Ritengo che per la piena attuazione della riforma sanitaria sia necessaria la collaborazione degli operatori. Concordo quindi con i colleghi che hanno chiesto innanzitutto la rapida presentazione del disegno di legge che disciplina le professioni paramediche e dei tecnici operanti nel settore sanitario, così come concordo con i colleghi che hanno auspicato la rapida soluzione delle vertenze oggi aperte nel settore sanitario.

Abbiamo medici che sono passati all'assistenza indiretta. Abbiamo agitazioni nel settore della specialistica convenzionata ed

in quello dell'assistenza ospedaliera. Ritengo quindi che si debba chiedere a tutte le categorie l'assunzione di responsabilità per arrivare ad una intesa che consenta di superare l'attuale momento di crisi economica e di disciplinare tutto il settore sanitario attraverso l'applicazione, per il personale dipendente, dell'accordo unico nazionale previsto dall'articolo 47 della legge n. 833 del 1978.

Mi rendo conto che parlare oggi dell'applicazione dell'articolo 47 costituisce un auspicio di non facile realizzazione, però credo che si debba lavorare in questo senso anche se si dovranno dilazionare nel tempo concessioni di carattere economico. Sarà bene comunque arrivare ad un chiarimento ed a un approfondimento dei temi che riguardano la parte normativa, assieme alle varie categorie interessate al contratto, al fine di superare, almeno da questo punto di vista, le differenze esistenti tra il personale.

Invito a risolvere il problema economico in base alle disponibilità di copertura: disponibilità molto ridotte in questo momento di crisi economica del Paese. Per quanto riguarda il problema della convenzione con i medici generici, vi è la proposta di slittamento di applicazione, fatta dal Governo, in attesa che vengano predisposti gli interventi a favore delle altre categorie. Infatti, se l'applicazione dovesse coincidere con un accordo con le altre categorie mediche, in ordine ad alcuni benefici di carattere normativo, faremmo un atto di giustizia ed il Governo non verrebbe considerato inadempiente. Infatti esso gestirebbe l'applicazione di questa normativa in modo che questa sia accompagnata da interventi a favore di altre categorie, con la riconsiderazione, per il futuro, di alcuni benefici compresi nella convenzione e che potrebbero essere rivisti in quanto non sono riferiti al 1981.

A conclusione di questo intervento, raccomandando l'approvazione della relazione che ho predisposto e mi riservo nel contempo di formulare un ordine del giorno in cui si auspichi che, dovendo il bilancio del Ministero della sanità entrare a far parte del piano sanitario nazionale, si realizzi l'impegno che il Governo si è assunto in ordine alla nuova funzione da attribuire allo

stesso Ministero. Del resto la XIV Commissione della Camera dei deputati, in sede di discussione della tabella n. 19, ha recepito questo principio.

P R E S I D E N T E . Faccio presente che gli ordini del giorno sono ora improponibili, essendo conclusa la discussione generale.

Il Ministro è già intervenuto nella discussione, però, essendo state fatte alcune richieste di chiarimento, forse vorrà intervenire di nuovo.

A N I A S I , ministro della sanità. Espriamo piena adesione alle considerazioni fatte dal relatore.

P R E S I D E N T E . Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5ª Commissione permanente.

Propongo che tale incarico sia affidato allo stesso relatore alla Commissione.

P I N T O . Signor Ministro, non sono intervenuto in sede di discussione generale, durante l'esame preliminare, perchè ero impegnato. Voglio ora dire, a nome del Gruppo repubblicano, che sono favorevole al bilancio. Debbo però fare alcune considerazioni.

Anzitutto vorrei denunciare l'insufficienza della spesa prevista per alcuni capitoli di base. Per quanto riguarda, ad esempio, gli invalidi, questi hanno bisogno di una assistenza che non è possibile effettuare con la spesa prevista.

Inoltre la spesa è insufficiente per i consultori, i quali non possono andare avanti con 10 miliardi. È bene tener presente in questo momento, nel quale si parla tanto di aborto, che questi consultori costituiscono un punto essenziale non per il controllo delle nascite, ma per dare alle coppie la possibilità di sapere come fare per avere un figlio o per non averlo. Nelle nostre regioni meridionali questi consultori non sono stati istituiti e le famiglie sono esposte ai rischi concernenti le gravidanze non volute.

È insufficiente infine la spesa prevista per la lotta contro le tossicodipendenze. Voglio

segnalare queste insufficienze affinché si intervenga in sede politica con provvedimenti eccezionali.

Vorrei concludere questa mia dichiarazione di voto con due raccomandazioni. L'approvazione del bilancio dello Stato costituisce certamente un momento interessante, il più importante dell'attività politica delle Commissioni e del Parlamento in generale. In questa sede vorrei raccomandare al Ministro di operare in via politica per la discussione in sede parlamentare dei provvedimenti già presentati per la programmazione del numero chiuso nelle facoltà di medicina. Marciamo verso il traguardo di un medico ogni 200 abitanti. Non ci sarà fra poco tempo nessuna forza politica in grado di garantire un posto di lavoro ai giovani laureati. Si pensi che all'università di Napoli ci sono 24.000 studenti in medicina: molti di questi giovani non potranno evidentemente essere mai sistemati.

Ricordo che nel 1976 presentammo un ordine del giorno al quale si obiettò che non sarebbe mai stato istituito il numero programmato. E andiamo avanti in questo modo pur essendo arrivati a limiti insopportabili.

Vorrei quindi raccomandare al Ministro di adoperarsi in sede politica per giungere sollecitamente alla discussione dei disegni di legge che già sono stati presentati. Se il Governo lo ritiene opportuno, presenti un proprio disegno di legge.

Vorrei fare poi un'altra raccomandazione che potrebbe sembrare strana, ma sulla quale invito i colleghi alla riflessione. Bisogna che il Ministero intervenga sulla questione della guardia medica. Questo servizio offre possibilità di lavoro ai giovani medici disoccupati. Ora, finchè il giovane medico fa la guardia medica in una città, non succede niente perchè i casi gravi vengono affidati agli ospedali; può capitare invece che il giovane medico vada a fare la guardia medica in un paesino senza sapere, ad esempio, come si curi un infarto o un ictus cerebrale. Ciò naturalmente va a danno della salute dei cittadini, ai quali dobbiamo garantire un'assistenza medica adeguata.

Non dobbiamo quindi operare solo per dare lavoro ai disoccupati, ma anche per tutelare la salute della collettività. Raccomando perciò al Ministro di studiare il problema e di adottare una disposizione in base alla quale il giovane medico non possa fare la guardia medica se non ha prestato un anno di servizio. Questo garantirebbe adeguata assistenza a chi ne ha bisogno.

Se vogliamo assistere i disoccupati, lo possiamo fare stabilendo una cifra *ad hoc*, ma non possiamo mettere a repentaglio la vita degli ammalati.

Con queste raccomandazioni, confermo il voto favorevole del Gruppo repubblicano.

A R G I R O F F I . Mi pare che non si sia potuto assistere ad alcun momento di verifica nè ad alcuna sostanziale intenzione di miglioramento nella definizione storica della gestione della tabella 19. Ho l'impressione (considerato come vanno le cose nel Paese e considerato il crollo più generale dei valori sul piano di cose che non si possono ignorare e delle quali non possiamo non tener conto per quello che riguarda tanto l'andamento della spesa generale quanto il valore del denaro) che sia un'illusione, una specie di mistificazione interna, il dover dare un parere su una tabella nei cui confronti certamente non è possibile avanzare alcun giudizio positivo nè fare dichiarazioni che oggettivamente possano essere considerate valide per la spesa sanitaria. Come è stato giustamente ricordato anche dal senatore Forni, questa è tanto più ampia e tanto più vastamente significativa di quella prevista dalla tabella 19 da imporci una riflessione.

Ma io vorrei ricordare semplicemente che le cifre, pur nella fluttuazione alla quale vengono riferite relativamente al piano sanitario nazionale, impongono una previsione di spesa che mi pare attestata sui 22.000 miliardi. Mi sembra ancora di aver capito che questa cifra tende a librarsi verso valori più elevati.

Comunque, a proposito del giudizio che dobbiamo dare abbastanza consapevolmente in questo momento, vorrei dire che è assurdo non ritenere che abbiamo un certo

diritto-dovere di intervenire nella valutazione più complessiva della spesa sanitaria, se è questo il compito politico al quale ci ispiriamo. In altri termini i 195 miliardi della tabella 19 (previsti in un bilancio così restrittivo e modesto, anche considerando l'attuale ruolo del Ministero della sanità, che è solo di coordinamento nei confronti delle spese generali effettive e obiettive delle regioni) si riferiscono semplicemente alle spese correnti: in più vi sono 5 miliardi in conto capitale che mi pare rappresentino veramente una cifra irrisoria. Abbiamo già espresso il nostro punto di vista. Io stesso sono intervenuto, in sede di esame preliminare, nella discussione generale anche se quasi subito mi sono dovuto allontanare per un impegno sopravveniente. Il Ministro non me ne vorrà, ma siamo flagellati da una serie di incarichi e di attività.

A N I A S I , *ministro della sanità*. Avrei voluto risponderle e mi spiaceva che non fosse presente.

A R G I R O F F I . Purtroppo non abbiamo il dono dell'ubiquità che il presidente Fanfani pretenderebbe da noi: dico questo con tutta cordialità.

Volevo dire, a proposito di un problema che è stato sollevato, che mi pare di dover rettificare un'impressione erronea. Lei ha parlato nella sua replica della spesa di quota posto-letto cui io ho accennato, ma io mi riferivo, nel mio intervento durante l'esame preliminare, a una situazione oggettiva che esiste nel Mezzogiorno.

A N I A S I , *ministro della sanità*. Mi consenta, lei ha parlato di 80.000-90.000 lire.

A R G I R O F F I . Ho parlato del fatto che da noi realmente la quota posto-letto arriva a lievitare al di sopra delle 100.00 lire.

A N I A S I , *ministro della sanità*. Non mi meraviglia, è vero.

A R G I R O F F I . La media della spesa reale è di 80.000-86.000 lire al giorno relativamente al calcolo globale dei posti-let-

to. Ma il discorso è un altro. Se si analizzano spese come quelle dell'ospedale di Tauro o di quello di Reggio Calabria, ci si potrà render conto facilmente che il numero dei posti-letto denunciati agli uffici amministrativi è superiore a quello reale. Questo serve a parametrare situazioni di lavoro interno, ad organizzare e privilegiare fasce di lavoro interno. Il che viene a far lievitare la spesa enormemente. Bisognerebbe veramente avere il coraggio di affondare il bisturi in questa materia.

Approfitto dell'occasione per fare una denuncia precisa della maniera con la quale nel settore si procede a tentoni e abbastanza frammentariamente. Sono stato presidente di un piccolo ospedale, uno di quegli ospedali dove la più recente testimonianza della lotta per raddrizzare l'ingiustizia amministrativa, con il caos che si lega a situazioni di sottopotere, è costituita da un episodio terribile verificatosi l'altro ieri. Il tentativo di moralizzazione che è stato compiuto nel corso della sua gestione dal presidente degli ospedali riuniti di Reggio Calabria, Calvarano, si è risolto nel tentativo di assassinio compiuto nei suoi confronti. Il professor Calvarano è stato « gambizzato » proprio l'altro ieri sera, colpevole di aver cercato di operare secondo un certo diverso metodo. Si tratta di un attentato consumato contro un cittadino esemplare, il quale per 5 anni ha compiuto quasi solitariamente un rigoroso e severo intervento per raddrizzare una situazione scandalosa che si è incancrenita per 30 anni in un coacervo di contraddizioni, di corruzione, di caos amministrativo, di sperpero.

La retta, dicevo allora, arriva ben oltre le 100.000 lire. Tutti i tentativi fatti per modificare questa situazione debbono necessariamente riferirsi a un giudizio che non può prescindere dalla considerazione della tabella 19. Noi dobbiamo dare un giudizio sulla qualità sanitaria del Paese, sul tentativo compiuto di calare nella cornice generale del Paese, nelle differenziazioni che in esso drammaticamente esistono, nelle lacerazioni di valutazioni e di qualità sociali, la legge sanitaria, all'interno della quale non può

non collocarsi anche una valutazione della tabella 19.

La riduzione delle voci previste (che deve rappresentare un punto di arrivo e non già un dato propositivo), che ho mutuato attentamente dalle stesse cifre che lei nelle tabelle ci ha fornito, denuncia la volontà di far rimanere la situazione quella che è. Non è possibile dare una risposta scrupolosa, seria. Le cifre di cui ho parlato sono state dedotte in maniera attenta proprio dalle indicazioni che ci sono state fornite dagli uffici del Ministero della sanità.

Voglio ricordare molto sommariamente, dal momento che ho già parlato di queste cose, alcuni punti sui quali mi pare sia necessario porre l'attenzione per le implicazioni politiche che assumono nella vita del cittadino. Non si tratta di fare soltanto opera di conquista di alcuni diritti che appartengono all'ambito della sanità. Il problema del cittadino oggi si gioca, nella situazione sanitaria, sul diritto a un equilibrio, che è il suo stesso diritto esistenziale, della salute biologica e psicologica. E questo non è un fatto che si possa riversare soltanto sulle spalle dei gestori della politica sanitaria o dei gestori settoriali, poichè deve trovare una sua collocazione all'interno della società.

Così il fatto della prevenzione di cui ha parlato il senatore Forni. I problemi dell'ENPI sono certo importantissimi. È un campo di interlocuzione in ambito istituzionale, quello nel quale ci troviamo ad operare; però il fatto dell'assunzione di una qualità nuova dell'ENPI in relazione ai compiti territoriali non può essere identificato come l'unico momento al quale la prevenzione può far capo. La prevenzione (ho cercato di esporre questo concetto nel mio intervento) è un dato che si lega ad una visione più globale, più vasta del diritto del cittadino alla salute. L'ENPI deve tener conto di questo fatto all'interno di alcuni diritti essenziali. È inutile andare a curare il tifo (come si fa da noi, dove vi è una serie ininterrotta di epidemie, poichè in Calabria, Lucania o Campania tali fenomeni sono endemici), senza tener conto di un dato essenziale e cioè che è alle fonti di inquinamento che bisogna riferirsi: è lì che bisogna

intervenire per tamponare l'attentato continuo che viene perpetrato al diritto del cittadino alla salute.

Circa il contratto di lavoro dei medici ritengo — mi si consenta di dirlo — che si sia trattato di una *gaffe* colossale. A queste cose bisogna pensare prima e non dopo aver provocato un appesantimento della situazione. L'aver siglato il contratto con l'avallo di tre Ministri non ha fatto che aggravare drammaticamente il peso delle responsabilità ed i malumori che ora è difficile eliminare. Non so come sarà possibile nel prossimo futuro recuperare la partecipazione di categorie sanitarie che hanno fatto sempre del proprio meglio per poter essere presenti tra i cittadini italiani nel Sud.

Non credo che la riforma si possa fare senza i medici. Questa è una cosa a mio avviso importante. L'aver deviato la parabola della nostra valutazione facendola dipendere dalla convenzione dei medici di famiglia, il tentare di riversare sulle responsabilità di questi operatori fatti e motivi profondi e ben diversi, che hanno origine e maturazione in settori che non appartengono alle categorie di lavoro ma a scelte di politica generale, mi pare costituisca un errore.

In definitiva, questo momento di crisi del rapporto tra la società ed il medico di famiglia a che cosa ha portato? A riversare sugli assistiti più poveri il peso di una situazione la cui responsabilità è di altri. E insisto sul fatto che ciò in buona misura vale anche per i medici, testa di turco di una vecchia responsabilità politica e culturale. Si è così provocata una situazione di lacerazione difficilmente ricucibile.

Non si può pensare — e devo dare atto al ministro Aniasi di aver fatto alcune interessanti dichiarazioni in questo senso — di risolvere il problema con i *tickets*, che aggraverebbero la situazione di indigenza ed anche di necessità assistenziale dei cittadini poverissimi. Si pensi cosa può significare il *ticket* ospedaliero nei confronti di coloro che sono veramente malati, a partire da una certa età e da una certa condizione anagrafica. È vero che nel Sud molti vecchi tendono a guardare all'ospedale come all'uni-

co punto di ricovero, non esistendo strutture ambientali e comprensoriali nè provvedimenti che considerino la condizione geriatrica in maniera da garantire un minimo di assistenza a una condizione così fragile e umanamente delicata come è quella dei vecchi. Credo si tratti di uno *status* ancor più delicato, perchè sottovalutato, di quello degli stessi bambini che da noi pure presentano gravi stigmate, condizionati nel loro sviluppo da una società profondamente lacerata. Che questo sia un dato di riferimento sociologico e che i vecchi da noi tendano al ricovero ospedaliero in alcuni periodi dell'anno, specie in quelli più freddi, non può far dimenticare che il vecchio gravemente malato è da guardarsi con più attenzione degli altri cittadini. E riversare sui vecchi un *ticket* che non può essere affrontato costituirebbe una anomalia che ci farebbe tornare indietro di 50 anni, alle situazioni di miseria che le grandi lotte per la promozione delle pensioni hanno cercato di superare, in misura modestissima ma in una dimensione più umana, tenendo conto di una serie di necessità fondamentali per la sopravvivenza.

Oltre al problema dei *tickets* e del ricovero ospedaliero si è parlato, anche da parte del collega Pinto (che ha impostato ragionevolmente il problema) della guardia medica. Si tratta di giovani che vengono licenziati dalle università ma che non hanno ovviamente alcun allenamento, non avendo compiuto alcuni tirocinio pratico, e quindi non possono avere prontezza esecutiva. La loro situazione è estremamente precaria, specialmente per la responsabilità, spesso drammatica, che comporta per essi il dover fare i conti con la malattia nel momento in cui essa esplode acutamente. Infatti la loro opera viene richiesta sempre in circostanze d'emergenza da parte del cittadino, che ha certo — e lo rivendica — il sacrosanto diritto alla salute: spesso ciò avviene nel corso della notte, in zone provate del Paese. Il giovane medico si trova nella necessità di dover assicurare comunque l'assistenza. Ma il problema non è solo quello dell'errore comportamentale da parte del medico, bensì quello dello Stato nei confronti del modo con

cui si deve guardare alla formazione del personale sanitario. Abbiamo elaborato una legge per le scuole di medicina che, secondo noi, va considerata attentamente: occorre fare il tentativo culturale di legare l'opera dei medici al comprensorio, saldando l'esercizio medico allo strato sociale e ambientale nel quale il medico spesso è operante e a cui deve fare costantemente riferimento. Il problema della guardia medica non è solo quello dell'impreparazione dei giovani, perchè essi in qualche modo sono stati parcheggiati nelle università; del resto questo non vale solo per i medici ma per milioni di disoccupati con elevato titolo accademico. In Calabria abbiamo 70.000 disoccupati, la maggior parte dei quali sono diplomati o laureati! I giovani medici non vengono pagati da dicembre, e questo non è giusto. Ecco l'altro problema: come si può pretendere una qualità di prestazione professionale superiore senza che contemporaneamente i medici vengano garantiti sul piano della sopravvivenza? Certo, il cittadino ha bisogno di vedersi garantita la salute, ma al giovane medico si deve evitare di patire la fame; ed è scandaloso e umiliante che centinaia di questi operatori vengano schiacciati dalla necessità di dover affrontare quotidianamente la lotta per la vita.

Concludendo, in questo bilancio non c'è una sola voce sulla quale possiamo intravedere una modificazione dell'atteggiamento politico più generale del Governo, tale da poterci garantire in direzione della legge n. 833 del 1978. Rimane in piedi tutta una serie di problemi: aborto, consultori, assistenza geriatrica, handicappati, invalidi civili, asili nido. Si tratta di voci tutte in *deficit*, che presentano vuoti di intervento e quindi di democrazia. C'è il problema della ricerca scientifica, quello della riorganizzazione dell'insegnamento medico, quello della medicina scolastica. L'anno del bambino è tramontato e la medicina scolastica non ha mosso un dito per adeguarsi a questo messaggio. C'è il problema dell'anemia mediterranea e della auxologia, dei gravi danni provocati dalla disalimentazione. Sono d'accordo con il senatore Forni quando dice che non possiamo nascondere la testa sotto la

sabbia: nel momento storico, concreto ed attuativo che attraversiamo, riteniamo che sia necessario un maggiore impegno.

Per tutte queste considerazioni non possiamo che confermare il nostro voto negativo al bilancio del Ministero della sanità. Ciò sempre proponendoci di dare il nostro contributo su tutte le voci alle quali abbiamo fatto sommariamente riferimento e che crediamo non siano state sufficientemente oggetto di esame, nè nella elaborazione della tabella 19, nè nella gestione politica del Ministero della sanità.

D E L N E R O . Farò solo una breve dichiarazione per annunciare il voto favorevole della Democrazia Cristiana al bilancio presentato dal Ministero della sanità. Questo voto non supera le perplessità che abbiamo su alcuni aspetti della politica sanitaria, dovute non tanto ad una visione particolare del Ministro della sanità, quanto alla situazione generale del Paese che obbliga oggi a certi ridimensionamenti. Quando penso che mi trovo a dare parere favorevole al bilancio del Ministero della sanità, che ha una sommatoria di spesa di 195 miliardi, e che fra poco dovrò dare parere favorevole al piano sanitario, in cui si prevedono come necessari per il funzionamento del Ministero della sanità 350 miliardi, sento la profonda contraddizione della situazione; che però, lo ripeto, non dipende dalla persona del Ministro ma dallo stato generale del Paese, che obbliga a prevedere certe impostazioni e poi, purtroppo, a doverci limitare ad una gradualità di attuazione. Anch'io potrei scendere su diversi dettagli nelle voci di bilancio, per trovare deficienze di stanziamenti o inadempienze su vari settori della politica sanitaria, ma bisogna prendere atto della situazione. Non si può ignorare, ad esempio, quanto è stato già detto nella relazione al bilancio sanitario, cioè che il prevedere una inflazione del 16 per cento come linea generale del bilancio è una previsione che la realtà sta dimostrando insufficiente, per cui sicuramente durante il corso dell'anno saremo costretti a delle variazioni di bilancio per adeguare ai valori reali quelle che sono le previsioni, o a disporre alcune contrazioni

di spesa che si renderanno indispensabili per poter far quadrare il bilancio.

È chiaro che con queste premesse non posso fare altro che esprimere parere contrario ad ogni ventilato taglio della spesa sanitaria, giacché siamo già ai limiti della sufficienza, o forse al di sotto. Riaffermo poi in questo momento, a nome del Gruppo, l'assoluta contrarietà all'introduzione di *tickets* in materia sanitaria, e particolarmente sulle specializzazioni, per due ordini di motivi. Il primo riguarda la difficoltà dell'applicazione di questa misura, per cui riteniamo che le spese per la gestione dei *tickets* sarebbero superiori alle entrate. Poi si creerebbero incertezze nel determinare quale spesa ospedaliera sia necessaria e quale no, quale categoria possa pagare il *ticket* e quale no: si verrebbero cioè a determinare numerose complicazioni, abusi, motivi di incertezza, che non pagherebbero quello che si potrebbe riscuotere. Inoltre ritengo veramente ingiusta ogni forma di tassazione che riguardi la salute del cittadino, anche perché l'imposizione fiscale progressiva dà allo Stato la capacità di prelevare mezzi finanziari dalle categorie più abbienti. Ribadisco quindi la nostra contrarietà all'imposizione di *tickets*, che consideriamo una procedura odiosa e che oltretutto richiederebbe spese di impianto superiori al guadagno.

Un altro punto è quello che riguarda la convenzione con i medici generici, riguardo alla quale chiediamo al Governo che si arrivi rapidamente ad una conclusione. Non si può mantenere una situazione che continua a creare disagi: occorre che questa convenzione, firmata dai rappresentanti del Governo, sia onorata. Si deve definire non solo l'aspetto economico, ma anche l'aspetto normativo. La decorrenza della convenzione, può essere spostata. È chiaro infatti che i medici, non essendo ancora in vigore la convenzione, non attuano il nuovo tipo di gestione dell'assistenza sanitaria, per cui, non avendo ancora attuato il nuovo modo, non si possono lamentare se vengono pagati alla vecchia maniera. Occorre perciò, anche per recuperare una parte della spesa, che il Governo mantenga un impegno assunto di fronte a queste categorie.

È chiaro che dovrà anche provvedersi a qualche miglioramento per altre categorie, specialmente per quanto riguarda i medici ospedalieri a tempo pieno (giacché quelli a tempo definito godono già dei vantaggi della convenzione). Per i medici a tempo pieno si potrà prevedere qualche forma di indennità particolare, finché non sarà approvato il nuovo contratto generale del comparto sanitario.

Per la copertura della spesa prendiamo atto dei calcoli del Ministero e della relazione che il Ministro ha fatto alla Camera, amplissima, su questo argomento. Faccio presente, però, che nutro qualche perplessità sulla copertura, perché lo stesso Ministro parla di 181 miliardi che resterebbero scoperti rispetto agli stanziamenti previsti nel piano sanitario. Il Ministro afferma che 132 miliardi dovrebbero essere recuperati per somme versate in più alla regione Lazio per il 1979...

A N I A S I, ministro della sanità. Sono già recuperati.

D E L N E R O. Allora si presenta un problema di tecnica amministrativa, che voglio rilevare: infatti siamo di fronte ad una minore spesa dell'esercizio scorso, mentre la maggiore spesa è in questo esercizio; bisognerà perciò apportare questa variazione di cifre in entrata e in uscita, altrimenti i dati che approviamo non possono essere esatti. C'è quindi la riserva di una variazione che dovrà avvenire successivamente. Lo stesso discorso per i 49 milioni che dovrebbero essere recuperati per lo scivolamento dell'attività dell'ENPI e di altri enti al 30 giugno, giacché pare che fino a questa data questi enti si autofinanzieranno, per cui le somme per essi iscritte in bilancio non servono più. Anche qui si dovranno fare delle variazioni di bilancio, se si vuole che le cifre corrispondano alla realtà e che non ci siano sfasature.

Altro aspetto su cui mi preme di richiamare l'attenzione è il pericolo della confusione tra il sociale e il sanitario. Il piano sanitario prevede che alcune cifre del fondo possano essere destinate ad attività con carattere di assistenza sociale, precisando che

queste attività devono essere integrative o sostitutive dell'attività sanitaria: si deve trattare cioè di un sociale nettamente legato al sanitario.

Su tale posizione siamo d'accordo ma, nell'applicazione pratica da parte delle Regioni, c'è in questa materia uno scivolamento estremamente preoccupante: si fanno pagare con il Fondo sanitario spese che esulano dal Fondo stesso, per cui una maggiore precisazione di che cosa si vuole fare nel settore sociale credo che sia necessaria e opportuna. Richiamo poi le indicazioni avanzate da alcuni colleghi per quanto concerne le spese sanitarie poste sul bilancio di altri Ministeri: credo che un censimento di queste somme sia utile; non ritengo che si debba insistere molto sul materiale passaggio di esse da un Ministero all'altro, dato che alcune hanno una loro caratteristica specifica (ad esempio, la sanità militare, carceraria eccetera), ma ritengo sia necessario un censimento cosicché il Ministero della sanità sappia, nelle grandi linee, cosa viene speso, in materia sanitaria in modo che se ne possa tener conto nella redazione del piano nazionale.

Un'altra osservazione riguarda i debiti degli enti mutualistici. So bene che il problema non concerne la Sanità ma il Tesoro, responsabile dei pagamenti ma, sul piano dell'impulso e di una certa tranquillità di tutto il settore sanitario chiediamo l'intervento del Ministero della sanità: ci sono debiti *ante* 1974; ci sono infatti medici specialistici che non hanno avuto il pagamento delle loro spettanze *ante* 1974 sia da parte degli enti mutualistici di assicurazione malattia sia da parte dell'INPS e dell'ONMI. Così come sono stati organizzati gli uffici liquidatori, le spettanze non vengono mai liquidate: fino a poco tempo fa al Tesoro c'erano tre impiegati che si occupavano di queste liquidazioni e facevano pochissime operazioni al mese, cosicché i tempi risultano lunghissimi.

Chiudo questa mia dichiarazione di voto invitando il Ministro a riaffermare il potere di indirizzo e di coordinamento che il Governo nel suo complesso e il Ministro della sanità, per quello che lo riguarda, hanno nel settore sanitario. Il piano sanitario e la legge n. 833 del 1978 valorizzano al massimo le au-

tonomie locali e questa è una conquista su cui tutti siamo d'accordo; ma tale valorizzazione rischia di creare tanti staterelli o tante politiche sanitarie quante sono le regioni d'Italia e le USL. Alcuni indirizzi della legge n. 833 vengono completamente disattesi: a Milano, ad esempio, esiste un'unica USL per tutto il Comune (i Commissari di Governo vistano tutto questo: mi domando talora se esistano o no i Commissari di Governo ed il potere d'impugnativa del Governo stesso); lo stesso sta succedendo a Torino e in altre grandi città e l'esempio che ho portato vale per un'infinità di altri casi in cui l'applicazione della legge n. 833 viene effettuata con criteri profondamente diversificati, quando non è addirittura obliterata.

Se vogliamo qualificare il servizio, se vogliamo dare uniformità di gestione, se vogliamo che la riforma sanitaria sia rispettata in sede nazionale, occorre che l'azione del Governo in materia di indirizzo e di coordinamento sia esercitata in modo preliminare ed efficace, senza trattamenti differenziati da una zona ad un'altra del Paese. Già adesso abbiamo, per il termalismo, una Regione che finanzia la cura termale, il soggiorno e il trasporto; un'altra che finanzia solo la cura termale; un'altra solo o la cura termale o il trasporto.

L'invito che mi permetto di rivolgere al Governo, nel rinnovare il voto favorevole della Democrazia Cristiana, è che l'azione di indirizzo e di coordinamento del Governo, nel rispetto delle autonomie e delle esigenze locali, sia più efficace e decisa di quanto sia stata fino ad oggi.

P E T R O N I O . Desidero fare la dichiarazione di voto, dopo un dibattito così interessante, per rappresentare compiutamente la volontà del Gruppo che io rappresento di esprimere il proprio parere su uno degli atti più importanti dell'attività parlamentare, quale il bilancio.

La relazione del senatore Forni è stata puntuale, precisa e non può che trovare il mio apprezzamento. Come ha detto lo stesso Ministro, i limiti del bilancio sono purtroppo rapportati alla situazione economica e finanziaria del Paese; in uno stato di cose di-

verso altre risoluzioni sarebbero state prese e altri suggerimenti e altre scelte il Ministro stesso avrebbe dato e fatto.

Ho avuto la fortuna di ascoltare il senatore Argiroffi nel suo intervento in occasione della discussione generale: debbo dire che egli è stato eccezionale per la puntualità e per l'accuratezza della sua esposizione. Ritengo però che abbia esasperata la valutazione in negativo dello sforzo del Ministro della sanità, in rapporto al fatto che carenze certamente ci sono, ma esiste nel contempo una precisa volontà del Governo perchè, a partire dal prossimo anno, il panorama sia diverso e si vada verso una ristrutturazione del Ministero della sanità, che ormai non può più essere rinviata.

Alcune osservazioni che desidero fare si riferiscono appunto al nuovo modo di porsi del Ministero della sanità in rapporto alla situazione generale del Paese, alla realtà delle Regioni e all'ariforma che ormai va avanti e che, se ha un difetto evidente, è quello di venire troppo tardi rispetto alle necessità del Paese; ciò che è stato rimarcato non da oggi ma da molto tempo.

All'interno del bilancio sono insufficienti le previsioni sui consultori, così come quelle per gli asili nido e questo è una denuncia accorata che faccio. In regioni povere, come ad esempio quella calabrese, vi è la necessità di introdurre e realizzare novità che non sono fine a se stesse perchè vanno al di là della loro specifica destinazione per inserirsi in una realtà culturale ed ambientale che va migliorata giorno per giorno, che necessita dello sforzo di tutti.

Il problema stesso delle tossicodipendenze non va visto dal punto di vista stretto delle « percentuali », ma va valutato all'interno della realtà sociale calabrese, dove se ne registrano punte preoccupanti: occorre vedere perchè questi fenomeni si verificano e come lo Stato debba intervenire, perchè in una regione povera come la Calabria si registrano punte altissime di tossicodipendenza. In rapporto a questi fatti ritengo che le somme previste non siano quelle che dovrebbero essere, anche se rappresentano il massimo che si poteva avere in questo momento.

È indispensabile inoltre recuperare un rapporto positivo con la classe medica. Quello che sta avvenendo in questi ultimi mesi è deplorevole, perchè non c'è straccio di riforma che possa passare senza l'apporto convinto e quotidiano con la classe medica. La soluzione sarà quella di far slittare l'accordo, sarà un'altra ancora, sarà quella di dare piena ed immediata attuazione agli accordi sottoscritti? Ritengo che il buon senso dovrà guidare il Ministro della sanità e complessivamente il Governo onde recuperare un minimo di credibilità alle istituzioni ed all'intera classe dirigente attraverso un rapporto diverso colla gente. Il medico, al di là della riforma, rappresenta un punto fermo nella struttura della nostra società, soprattutto nella società più povera, quella contadina, che non è semplicemente nel Sud ma dappertutto; rappresenta un punto di riferimento attorno al quale si misura la capacità della classe dirigente di dare indirizzi certi di riforma. Se ciò è vero, il discorso con i medici è certamente di carattere economico, ma deve essere soprattutto una chiamata di responsabilità per questa importante categoria affinché, compatibilmente con la situazione economica del Paese, si raggiungano accordi giusti e si entri nella mentalità necessaria, rendendosi conto che solo attraverso uno sforzo comune e con sacrifici comuni si potrà raggiungere l'obiettivo previsto.

Un'ultima osservazione che desidero fare è quella relativa al paventato *ticket* sui ricoveri. Personalmente non ne sono per niente entusiasta; lo stesso *ticket* sui medicinali (che pare sia stato ormai ampiamente accettato come fatto positivo) mi lascia un po' perplesso anche per aver avuto, per la mia qualifica professionale, diretto contatto con la gente e per aver avuto la possibilità di valutarne le reazioni. La convinzione della gente non è quella di dover pagare un « qualcosa » in rapporto al sacrificio che tutti dobbiamo fare per ridurre i costi ed elevare il livello generale del Paese, che va degradando sempre più. Il *ticket*, valutato attraverso le fredde statistiche, può anche dare la sensazione di un risparmio effettivo; ma di questo non sono del tutto convinto perchè solo

operando attraverso una giusta politica sul farmaco il *ticket* sui medicinali potrà dare risultati realmente positivi.

Vi è infine il problema della terza età, che è veramente drammatico. L'ospedalizzazione forzata non dipende semplicemente dalla volontà dei figli, dei parenti, dalla scelta di lasciare « il vecchietto » nei mesi di luglio e di agosto nell'ospedale, nè dipende semplicemente dalle maggiori cure e attenzioni che ad un individuo della terza età debbono essere somministrate rispetto ad altro cittadino colpito dallo stesso male ma in età meno avanzata; dipende piuttosto da come è strutturata la nostra società, dal tipo di assistenza che lo Stato riesce ad assicurare in questo momento al cittadino e che va modificata al più presto. Raccomanderei quindi al Ministro di valutare attentamente questo problema, facendo riferimento anche agli aspetti sociali ed introducendo innovazioni che probabilmente non produrranno risultati altamente positivi nel medio termine ma che sono necessari per la prospettiva di un cambiamento reale.

Con queste osservazione ho voluto dare il mio contributo in sede di dichiarazione di voto alla discussione sul bilancio. Concludo dichiarando il voto favorevole del Partito Socialista e auspicando che il Ministro della sanità nei prossimi mesi continui a dare il suo importante contributo onde giungere presto alla soluzione del problema in un quadro di compatibilità fra Governo e Regioni, per fare in modo che la nostra società

sia autenticamente democratica e pluralistica.

P R E S I D E N T E. Nessun altro ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto. Si può quindi procedere al conferimento del mandato a riferire alla 5^a Commissione sulla tabella.

F O R N I, *relatore alla Commissione.* Quali decisioni prende la Commissione circa l'ordine del giorno da me preannunciato?

P R E S I D E N T E. Ribadisco quanto prima ho precisato circa la sua improponibilità.

C I A C C I. Sul conferimento del mandato a riferire, chiedo che si proceda ad una votazione, preannunciando il voto contrario del Gruppo comunista.

P R E S I D E N T E. Prendo atto della sua richiesta e metto ai voti la proposta di dare mandato al relatore, senatore Forni, di redigere rapporto favorevole sulla tabella n. 19.

E approvata.

I lavori terminano alle ore 11,15.

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