

SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

6° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MARTEDÌ 28 GIUGNO 1977

Presidenza del Presidente OSSICINI

indi del Vice Presidente PINTO

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

IN SEDE DELIBERANTE

« Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria » (202-B) (D'iniziativa dei senatori Del Nero ed altri) (Approvato dal Senato, modificato dalla Camera dei deputati e unificato con il disegno di legge n. 832, d'iniziativa dei deputati Morini ed altri)

(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 55, 61, 75 e passim
COSTA (DC)	75, 76, 78
DAL FALCO, ministro della sanità	71, 78, 80
DEL NERO (DC), relatore alla Commissione	56, 69
MERZARIO (PCI)	61, 78
MINNOCCI (PSI)	79
PINTO (PRI)	68, 69
PITTELLA (PSI)	66
RAMPA (DC)	70, 71, 75
RUFFINO (DC)	79

La seduta ha inizio alle ore 16,20.

Presidenza
del Presidente OSSICINI

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

IN SEDE DELIBERANTE

« Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria » (202-B), d'iniziativa dei senatori Del Nero ed altri (Approvato dal Senato, modificato dalla Camera dei deputati e unificato con il disegno di legge n. 832, d'iniziativa dei deputati Morini ed altri) (Discussione e rinvio).

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge:

« Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria », di iniziativa dei senatori Del Nero, Rampa, Cravero, Costa e Bompiani, già approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati, con l'unificazione con il disegno di legge n. 832, d'iniziativa dei deputati Morini, Andreoni, Barba, Boffardi Ines, Cirino Pomicino, Del Duca, Forni, Orsini Bruno, Prezzutti, Savino, Urso Giacinto e Zucconi.

Comunico che la 1^a Commissione non si è ancora espressa in merito al disegno di legge e pertanto, nella seduta odierna, potremo procedere soltanto alla discussione generale, senza giungere all'approvazione.

Prego il senatore Del Nero di riferire alla Commissione sul disegno di legge.

D E L N E R O, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, onorevoli senatori, non nascondo di essere in seria difficoltà nel riferire su questo disegno di legge per un doppio ordine di considerazioni: la prima, di carattere tecnico, è che ci troviamo di fronte ad una bozza non corretta e priva di documentazione (salvo un resoconto sommario del dibattito svoltosi alla Camera), non essendo stato ancora stampato il testo definitivo. Il secondo motivo, più specifico, si riferisce al fatto che noi avevamo approvato un disegno di legge concernente « Provvedimenti urgenti per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario e per l'avvio della riforma sanitaria », mentre il provvedimento che ci torna approvato con modificazioni dalla Camera, e unificato con il testo di un disegno di legge lì presentato, si inserisce nella problematica riguardante lo scioglimento delle mutue, tanto è vero che ora reca il nuovo titolo « Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria ».

Il disegno di legge che ne risulta è pertanto assai modificato rispetto a quello da

noi approvato, che corrisponde ad esso, con qualche modifica marginale, solo per metà.

Come è noto, l'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, ha stabilito che al compimento del biennio le funzioni degli enti mutualistici sarebbero passate alle Regioni. Il presupposto di questo articolo era che il disegno di legge concernente la riforma sanitaria, già presentato in Parlamento, fosse nel frattempo diventato legge, e, di conseguenza, dovessero essere disciolti gli enti mutualistici e trasferite le funzioni alle Regioni. In effetti le cose sono andate diversamente: il disegno di legge concernente la riforma sanitaria è decaduto per la fine anticipata della legislatura, e l'esame del provvedimento, successivamente ripresentato alla Camera, è ancora ai primi articoli. Si è venuta pertanto a creare una strana situazione: mentre infatti, nella visione della legge n. 386, non avrebbe dovuto esserci soluzione di continuità tra l'attuazione della riforma sanitaria e lo scioglimento degli enti mutualistici, in realtà c'è un provvedimento che entra in vigore il 1° luglio ed una riforma sanitaria non ancora pronta e che ci auguriamo sia approvata in termini brevi. Resta fermo, comunque, che esiste un periodo di transizione fra il presente momento e l'attuazione vera e propria della riforma sanitaria. Questo interregno desta una serie di preoccupazioni che hanno fatto riflettere sull'opportunità di prevedere alcune norme di carattere transitorio per garantire il permanere della gestione da parte degli enti mutualistici, anche al fine di evitare eventuali conflitti di competenza in ordine alla gestione del personale.

Con l'articolo 1 si prevede così che, a far data dal 1° luglio 1977, le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria già proprie degli enti, casse, servizi e gestioni autonome sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano. Si prevede poi che, fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, la gestione delle funzioni amministrative in materia sanitaria dovrà essere attuata tenendo conto di quanto dispone la presente legge e della normativa contenuta negli ordinamenti degli enti anzidetti in

forza di disposizioni di legge o statutarie, nonchè alle linee di indirizzo e coordinamento emanate dal Governo. In una situazione transitoria, come quella che si viene a verificare col presente provvedimento, sarebbe stata preferibile una maggiore esplicitazione, perchè ho il timore che si possa creare una serie di conflitti, specie nella gestione del personale, fra la Regione che riceve le funzioni amministrative e gli enti mutualistici che continuano a dover gestire il proprio personale.

Passando all'articolo 2, in attuazione dell'articolo 12-bis della legge n. 386, vengono sciolte anche tutte le altre gestioni miste nonchè gli enti assistenziali minori e vengono nominati dei commissari. I commissari degli enti previdenziali diventano, a norma dell'articolo 2 del presente disegno di legge, commissari straordinari, e questi ultimi, in base all'articolo 12-bis della legge n. 386, diventano commissari liquidatori. Come si vede, si sottolinea la funzione del liquidatore degli enti mutualistici; in caso di mancanza dei presidenti in carica degli organi di amministrazione degli enti di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 è data facoltà al Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con quelli della sanità e del tesoro, di provvedere alle eventuali sostituzioni.

All'articolo 3 si stabilisce che le Regioni subentrano in tutte le attività degli enti mutualistici. Si pone però un problema: le Regioni subentrano, ma gli enti assistenziali hanno ancora taluni compiti da svolgere; si doveva pertanto creare una possibilità d'intesa, in modo che gli enti potessero continuare ad avere la gestione vera e propria delle strutture per quanto concerne il personale amministrativo, la riscossione dei contributi, il pagamento delle competenze, secondo le proprie norme regolamentari, mentre la Regione avrebbe avuto il compito di organizzare e programmare la gestione dell'assistenza sanitaria.

Per dirimere gli eventuali contrasti che possono sorgere in sede di applicazione del provvedimento si è pensato di nominare, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, un comitato centrale — articolo 4 —

per la liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione della assistenza sanitaria in regime mutualistico, che resterà in carica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, composto da un rappresentante per ogni Regione, da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze, dell'interno, della pubblica istruzione e della marina mercantile, da cinque commissari liquidatori degli enti mutualistici designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, da cinque membri proposti dal CNEL e da tre proposti dall'ANCI. Il comitato ha anche il compito di definire e coordinare la gestione degli enti mutualistici e dare direttive per la gestione dell'assistenza sanitaria durante il periodo provvisorio. Anche qui sarebbe stato preferibile precisare ulteriormente il funzionamento di questo comitato. Il quarto comma così espressamente dispone: « Il comitato provvede fra l'altro ad emanare direttive vincolanti per programmare, coordinare e unificare le attività volte alla liquidazione degli enti, istituti e gestioni autonome preposti all'assistenza sanitaria in regime mutualistico, in attesa della riforma sanitaria »: sorgono infatti notevoli dubbi circa l'interpretazione del « fra l'altro ». Se il comitato svolge, fra l'altro, tutti quei compiti, quali sono le funzioni principali? Il primo comma precisa che « È istituito il comitato centrale per la liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, che resterà in carica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria », quindi le funzioni e i compiti di gestione delle liquidazioni da parte del comitato sono chiaramente delineati; pertanto, questo è un punto che doveva essere meglio precisato e coordinato, almeno in questa fase transitoria della riforma.

Quando si passa poi alle attribuzioni delle Regioni — articolo 5 — si precisano i compiti delle stesse dicendo che dovranno operare tenendo conto delle indicazioni del comitato di cui al precedente articolo, fermo restando quanto disposto con atti aventi forza

di legge e nell'ambito delle linee di indirizzo e coordinamento impartite dal Governo. Le Regioni pertanto programmano e coordinano l'organizzazione dei servizi presidi e attività degli enti, istituti e gestioni autonome posti in liquidazione con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio.

Anche il problema del personale ha creato molte preoccupazioni, tanto che stanno arrivando sollecitazioni da parte di alcuni sindacati: a questo riguardo sorge il problema di come conciliare la gestione del personale col suo impiego. L'articolo 6 dà alcune indicazioni in materia, stabilendo che il personale verrà comandato, qualora necessario, in base a criteri obiettivi di valutazione, fissati dal comitato centrale e sentite le organizzazioni sindacali; si vuole, cioè, evitare che il comando sia fatto caso per caso, sì da rispettare i criteri di carattere obiettivo. Certo, una maggiore tutela per garantire meglio la posizione di ciascun dipendente sarebbe stata necessaria, anche perchè l'articolo 3 afferma che i commissari liquidatori provvedono all'amministrazione del personale secondo quanto stabilito dalle vigenti disposizioni. Usare l'espressione « vigenti disposizioni » può creare delle serie perplessità di ordine interpretativo. Per essere più chiari, in base alla legge del parastato, vi sono degli enti che hanno già fatto le delibere dell'inquadramento e della qualifica, ma v'è anche un gruppo di altri enti che hanno le delibere ancora in corso, magari contestate dal Tesoro o dal Ministero del lavoro, altre ancora sono in discussione con i sindacati. La regolamentazione della materia deve essere pertanto completata; però, essendo stata approvata la legge sul parastato, è indubbio il diritto di questo personale: usare l'espressione « devono essere amministrati secondo le vigenti disposizioni » può far sì invece che il commissario liquidatore ritenga di conservare il trattamento e la qualifica in atto e non dia corso alla ulteriore applicazione della legge. Al fine di evitare difficoltà applicative ed eventuali lesioni dei diritti di questo personale, ritengo opportuno che la quesitone sia chiarita, eventualmente con un apposito emendamento.

Fatti questi rilievi, occorre tuttavia precisare che questo titolo ha, nel suo complesso, un valore positivo sia perchè disciplina il trasferimento delle funzioni, sia soprattutto perchè rispetta la data del 1° luglio disponendo una regolamentazione abbastanza soddisfacente, pur se non eccessivamente chiara, sia nei riguardi del personale, sia nei confronti dei poteri e dei compiti del comitato centrale rispetto alle Regioni, onde non creare una serie di conflitti nella applicazione pratica della legge e l'insorgere di un rilevante contenzioso da parte del personale.

Il titolo II, invece, riguarda più specificamente la materia oggetto dell'originario testo del disegno di legge n. 202. Quando tale provvedimento fu presentato, precisammo che tre, principalmente, erano gli scopi che esso si prefiggeva. In primo luogo, si volevano porre le basi per una convenzione unica in grado di regolare tutte le attività sanitarie dei vari enti, pervenendo a semplificazioni e ad unificazioni del sistema sanitario.

In secondo luogo, si voleva consentire alle organizzazioni sindacali di esercitare il proprio potere contrattuale e, infine, si volevano rettificare talune norme previste dalla legge n. 386, oramai superate, preparando il periodo di transizione e passaggio dal sistema della assistenza mutualistica a quello della riforma sanitaria.

Questo terzo punto è stato largamente ampliato in sede di esame del provvedimento alla Camera, come abbiamo visto esaminando il titolo I, mentre il titolo II conferma, in gran parte, la normativa approvata dal Senato; non vi sono infatti radicali trasformazioni rispetto al testo approvato in questa sede anche se, ovviamente, vi sono problemi che meritano di essere illustrati e chiariti.

Per quanto concerne l'articolo 7, in particolare, questo chiarimento potrebbe essere fatto anche mediante un apposito ordine del giorno che, comunque, precisi che l'indicazione delle categorie che possono ottenere la convenzione va intesa non in senso letterale bensì indicativo. Ad esempio, parlando di convenzioni farmaceutiche, nel testo li-

enziato dal Senato si era usata l'espressione « farmacisti » che, invece, la Camera ha modificato con quella « titolari di farmacie ». Ora, da parte di qualcuno si è già cavillato chiedendo se l'espressione « titolari di farmacie » comprende o meno anche le farmacie municipalizzate, che finora hanno avuto convenzioni con le mutue, ed ancora se i farmacisti rurali devono essere considerati da una apposita convenzione o meno. In merito a questa questione, ripeto, ritengo che potrebbe risultare utile la formulazione di un ordine del giorno nel quale venisse precisato che la indicazione delle categorie di cui all'articolo 7 non deve essere intesa in senso strettamente letterale, bensì sulla scorta della prassi sempre seguita nel corso delle trattative per le vigenti convenzioni.

L'articolo 8 detta le norme fondamentali per la stipula delle convenzioni e pone l'obbligatorietà della recezione delle convenzioni nazionali uniche da parte degli enti di categoria.

Per quanto concerne la partecipazione della Federazione nazionale degli ordini dei medici alla stipula delle convenzioni la Camera ha assunto una posizione leggermente diversa rispetto a quella del Senato; noi, infatti, avevamo affermato il principio che la trattativa doveva essere condotta dall'organizzazione sindacale e non dalla Federazione che, tuttavia, partecipava alla trattativa stessa per la salvaguardia degli aspetti di carattere deontologico. Alla Camera è stato precisato che la Federazione partecipa alla stipula delle convenzioni solo per la parte di carattere deontologico e con voto consultivo. Non è cambiata la sostanza anche se, in certo qual modo, si è limitata la presenza della Federazione alle trattative.

Per quanto riguarda il disposto dell'articolo 9 approvato dalla Camera vi sono da fare alcune considerazioni.

Certamente gli onorevoli senatori ricordano che in sede di discussione del provvedimento al Senato ci siamo posti il problema della possibile applicazione delle convenzioni anche da parte degli enti locali ed i medici condotti avevano segnalato alla Commissione la preoccupazione che si volesse

abolire la condotta per sostituirla con il medico convenzionato. Con un apposito emendamento, se non vado errato, precisammo in Aula che questa possibilità riguardava non i posti di istituto bensì altri incarichi assegnati ai medici ma, non essendo riusciti a trovare un'intesa su questo punto, si decise alla fine di sopprimere questa indicazione dicendo che, trattandosi di una facoltà, di questa avrebbero potuto far uso i Comuni, anche se ciò non risultava esplicitamente nel disegno di legge. La Camera ha ripreso tale principio stabilendo che non si intendeva favorire la sostituzione del medico condotto o dell'ufficiale sanitario o di chi abbia un rapporto organico con il Comune, ma prevedeva altra attività sanitaria del Comune facendo propria la posizione da noi assunta prima che il provvedimento passasse all'esame dell'Assemblea.

All'articolo 9, inoltre, sono elencate tutte le caratteristiche fondamentali che devono avere le convenzioni ed anche per questa parte non mi pare che le indicazioni date dal Senato siano state capovolte: su talune norme modificate si può essere del tutto d'accordo e su altre meno, ma nel complesso, ripeto, non si tratta di modificazioni sostanziali.

Un richiamo, tuttavia, va fatto a proposito dell'ultimo capoverso del numero 2) dell'articolo 9, che dispone che l'accesso alla convenzione sia consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito. Mi rendo conto delle ragioni che hanno indotto la Camera dei deputati ad adottare tale dizione, in quanto già ora i medici ospedalieri con rapporto di impiego a tempo definito hanno la possibilità, compatibilmente con i propri impegni di lavoro, di avere convenzioni con gli enti mutualistici; tuttavia, avendolo stabilito espressamente, si corre un grave rischio perchè potrebbe sembrare che gli altri medici, ad esempio i medici condotti, i medici funzionari di istituto, i quali oggi sia pure limitatamente ad un certo orario e per un certo numero di assistiti hanno la possibilità di esercitare la libera professione, non possano in futuro stipulare convenzioni. Riconoscendo infatti tale facol-

tà per una sola categoria di medici anziché per tutti, ciò potrebbe essere interpretato come un divieto per le restanti categorie: inconveniente questo che può essere eliminato o attraverso una apposita rettifica o eliminando il capoverso citato, perchè inutile.

Una particolare attenzione va anche rivolta al dettato del numero 15 dell'articolo 9, che dispone che la convenzione disciplini la utilizzazione, su richiesta delle Regioni o degli enti locali, presso i servizi pubblici del territorio degli specialisti ambulatoriali, con onere a carico dell'ente con cui sono convenzionati. Ebbene, a mio avviso tale dizione è quanto mai imprecisa e soprattutto generica e, pertanto, auspico che la Commissione approvi un apposito ordine del giorno che garantisca a tutto il personale medico, oltre che alle categorie di cui al punto in questione, il diritto all'esercizio della libera attività professionale che, ripeto, è stato troppo genericamente lasciato alla valutazione delle Regioni e degli enti locali.

Gli articoli 4 e 5 del testo da noi approvato sono stati soppressi ed il loro contenuto assorbito in altri articoli del provvedimento. L'articolo 10 del nuovo testo, in larga misura, riproduce la sostanza del corrispondente articolo 6 da noi approvato, per cui non mi pare ci sia nulla da aggiungere.

L'articolo 12 modificato dalla Camera, corrispondente al testo dell'articolo 8 del Senato, risulta invece completamente modificato rispetto alla normativa da noi approvata. Per i medici ospedalieri noi avevamo infatti stabilito una norma in base alla quale l'attività libero-professionale ed i servizi convenzionati dovevano essere disciplinati dagli accordi nazionali stipulati ai sensi della legge n. 132 del 1968 e che tali accordi dovevano anche disciplinare l'importo complessivo dei proventi dovuti a titolo di compartecipazione per la predetta attività, determinando le diverse percentuali massime che gli stessi avrebbero potuto raggiungere in relazione al trattamento economico dei medici a tempo pieno ed a quello dei medici a tempo definito. Nel testo approvato dalla Camera, invece, si è praticamente demandata alle Regioni la possibilità di dettare nor-

me per stabilire le modalità ed i limiti per l'esercizio di tale attività; pertanto, il rinvio che noi avevamo stabilito alla libera contrattazione tra le parti è diventato ora un rinvio alle Regioni e, anche in questo caso, bisognerà ben vagliare che cosa significhi esattamente tale norma anche nei riguardi dell'altro personale medico. Prospetto pertanto alla Commissione l'opportunità che, anche in merito a tale problema, si ricorra ad un apposito ordine del giorno interpretativo del dettato dell'articolo 12, che precisi questa particolare situazione per tutto il personale medico.

Concludendo, onorevole Presidente, ritengo che il testo del disegno di legge pervenuto dall'altro ramo del Parlamento abbia tre grandi meriti: primo, quello di aver rispettato la data del 30 giugno, 1977; secondo, quello di aver attuato con una idonea disciplina transitoria il trasferimento alle Regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici; terzo, quello di garantire una convenzione unica in grado di disciplinare adeguatamente i rapporti dei medici con il servizio sanitario nazionale.

Insieme a questi tre meriti, senza dubbio innegabili, del provvedimento in esame non possono negarsi le sfasature che questo testo presenta soprattutto in merito alla futura attività del comitato centrale per la liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico e al problema del personale degli enti posti in liquidazione sia, infine, in merito al problema di una migliore chiarificazione dei compiti e poteri degli enti locali e delle regioni nei confronti della libera professione dei medici e delle incompatibilità che sono state indicate in questo settore.

In sede di discussione dei singoli articoli modificati dalla Camera si vedrà quali sono gli orientamenti della Commissione sui problemi che ho prospettato e, in quel momento, potremo anche decidere se ricorrere ad emendamenti di precisazione o di rettifica o ad ordini del giorno di chiarimento; nel primo caso dovremo essere sicuri che la Camera approverà le nostre modificazioni in

tempo utile; nel secondo, ricorrendo ad ordini del giorno, avremmo comunque una possibilità di intervento perchè, trattandosi di una legge programmatica, l'interpretazione delle norme più controverse potrà risultare oltremodo utile per la stipula della convenzione unica nonchè per gli indirizzi che il comitato centrale per la liquidazione dei vecchi enti dovrà dare alle Regioni.

Affido dunque la scelta di una di queste due strade alla discussione che farà seguito alla mia esposizione, raccomandando comunque alla Commissione l'approvazione del provvedimento.

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

M E R Z A R I O . Signor Presidente, onorevoli senatori, prima di entrare nel merito del provvedimento iscritto all'ordine del giorno sembra anche a noi pressochè impossibile ignorare le circostanze di tempo e di ordine politico che ci costringono a valutare la opportunità di un dibattito serrato e comunque tale da non provocare uno slittamento dell'atto deliberativo oltre la fatidica data del 30 giugno per tutte le conseguenze di incalcolabile dimensione che un eventuale rinvio provocherebbe all'assetto sanitario del nostro paese.

Noi comprendiamo altresì lo stato d'animo del relatore, senatore Del Nero, e che è comune a tutti quei colleghi che avanzano il legittimo diritto ad esercitare appieno il loro dovere politico e il loro potere legislativo così salvaguardando, in definitiva, prerogative decisionali che non si possono requisire o delegare esclusivamente ad un ramo del Parlamento.

Dirò di più: noi stessi, che forse avvertiamo con maggior fastidio certi eccessi di esasperazione autonomistica soprattutto quando la rivalsa polemica sembra sconfinare nel separatismo e nel dualismo sistematico fra Camera e Senato, ci rendiamo conto, non da oggi, per la verità, ma da alcuni anni a questa parte, che la nostra Commissione è destinata o condannata (non so quale delle due espressioni sia la più esatta) ad un ruolo

che si potrebbe definire marginale, per la materia che ci viene assegnata, e di registrazione soltanto delle scelte di più ampio respiro politico legislativo. Si è pensato a qualche iniziativa surrogatoria, come quella di chiedere, noi Commissione sanità del Senato, al Governo di essere periodicamente ragguagliati sugli sviluppi della riforma mentre abbiamo dovuto invece accontentarci di apprendere le novità dalla stampa, con tutte le confusioni che solitamente esistono in un settore così delicato e controverso; abbiamo istituito un paio di sottocommissioni per approfondire le questioni farmaceutiche e per valutare i fenomeni di nocività e di inquinamento, ma (cerco di interpretare il pensiero dei presidenti, senatori Costa e Rampa) non so se sia il caso di dire che alle difficoltà di ordine procedurale e agli inghippi — diciamo pure — del nostro Regolamento si è abbinata la sorpresa di veder dirottare alla Camera non solo il dibattito, ma addirittura i provvedimenti legislativi. Ora, poichè nessuno è disposto a sostituire alla forza della ragione i pregiudizi del fatalismo, è chiaro che i fatti lamentati non sono da attribuire alla casualità, al capriccio del destino, ma pur avendo un Ministro della sanità senatore, nonchè il responsabile del settore del più importante partito di Governo tra di noi, siamo rimasti in secca, operando di rimessa e sempre con l'acqua alla gola, perchè a ridosso di scadenze non procrastinabili. Vi è, insomma, una molteplicità di fattori e di responsabilità che non è il caso di individuare e approfondire in questa sede. Conviene perciò rinviare questa analisi a momenti più opportuni, convinti tuttavia che il perpetuarsi di una prassi così ricorrente può determinare un profondo disagio e non poche mortificazioni sia nei colleghi di fresca esperienza parlamentare, sia nei colleghi che hanno conservato qualche residuo di sensibilità e di volontà operativa, nonostante le amarezze e le delusioni accumulate in passato.

Per quel poco di valore che si può dare alle testimonianze individuali aggiungerò soltanto che, personalmente, mi sono liberato da un complesso di colpa per aver riproposto in modo quasi petulante l'esigenza di ri-

valutare la funzione della Commissione igiene e sanità e, ciò che maggiormente conta, di sollecitare una più marcata presa di coscienza dei problemi della salute, facendo uscire, una buona volta, il Senato da un lungo letargo, dove l'impotenza e la rassegnazione — questa è l'impressione che si ricava — sembrano fondersi e confondersi tra loro. Onorevoli senatori, pretendere di recuperare antiche incomprensioni nelle 48 ore che ci separano dal 30 giugno è però impresa impossibile, per non dire addirittura velleitaria. Cioè noi, ancora una volta, possiamo disquisire sulla centralità del Parlamento, come periodicamente ci ricorda il senatore Rampa, ma finiamo un po' tutti noi, e mi pare giustamente, per attingere al nostro comune senso di responsabilità politica facendo di necessità virtù e del realismo saggezza di comportamento. Oltre tutto — e termino la premessa — siamo dispensati dall'invocare la rituale formula che la seconda lettura non significa seconda parlata, perchè per quanto riguarda la parte del disegno di legge afferente alle convenzioni ex 202 di elaborazione senatoriale, abbiamo discusso così tanto da aver esaurito ogni fantasia e persino ogni margine di volontà polemica. Con l'arguzia tipica dei toscani, un valente dirigente del sindacato medici mutualistici di quella Regione mi faceva osservare due o tre giorni fa come questa legge sia diventata una specie di penalizzazione del gioco dell'oca; di qui una domanda e cioè se conviene ancora, tra di noi, cimentarci a gettare i dadi, col rischio di cadere nel pozzo degli altri. Essendo in sede legislativa, può diventare anche stimolante il desiderio di consacrare le nostre rispettive posizioni nei resoconti stenografici, ma sulla 202 (prima, seconda, terza stesura e rimaneggiamenti vari) gli atti sono tanto voluminosi ed esaurienti da consigliare a tutti, almeno a questo punto, un parsimonioso uso delle parel e cioè di evitare, naturalmente in un limite ragionevole, di azzardare comparativi tra il testo da noi licenziato e le modifiche apportate dalla Camera dei deputati.

Ho seguito con la dovuta attenzione i commenti del relatore — che fra l'altro si è vi-

sto più volte cambiare la propria creatura nell'incubatrice parlamentare — e credo che alcuni ritocchi e alcuni depennamenti suscitino non poche perplessità, di cui il senatore Del Nero si è reso interprete e non è il caso di aggiungere altre osservazioni nostre partendo da questo angolo visuale. Ci si poteva attendere qualcosa di più preciso e di più perentorio per l'esercizio della libera professione, uscendo dalla fumosità di certe proposizioni che, per salvare capra e cavoli, finiscono con lo esasperare il dibattito, infarcendolo di luoghi comuni come quello della impieगतizzazione, della dignità professionale che si vorrebbe talvolta esaltare col parametro economicistico. Discende forse da questa stortura la norma per i medici a tempo definito, di cui parlava prima il relatore, e l'insidiosa tendenza a mortificare coloro che già operano a tempo pieno e che credono nella medicina pubblica e socializzata. Credo, peraltro, che tutti avvertiamo la necessità di sdrammatizzare il clima di questi giorni in Italia, creando i presupposti per una maggiore convergenza delle volontà riformatrici.

E da questo punto di vista avrebbe un effetto rovinoso accentuare la frattura che si va profilando tra medici, Regioni ed organizzazioni sindacali.

Ecco perchè, laddove si parla di soggetti attivi per la stipula delle convenzioni, il termine « d'intesa con le organizzazioni sindacali » dovrebbe intendersi come diritto a partecipare sia pure a titolo consultivo. Questa è un'interpretazione più corretta sulla quale la Commissione dovrà convenire.

Non scendiamo in altri particolari confortati dal fatto che in Commissione più volte e in Aula il 4 e il 5 aprile avevamo espresso l'auspicio che la Camera raccordasse la 202 al progetto di riforma.

Ora, qualcuno si è chiesto se era davvero indispensabile appendere all'attaccapanni della 202 il vestito della pre-riforma costituito dallo scioglimento delle Mutue. Ma francamente il quesito a mio giudizio è di relativa importanza, perchè siamo diventati abbastanza refrattari e diffidenti alle formule teoriche, soprattutto in campo sanitario dove

aggettivi, etichette e sillogismi si sono sprecati inutilmente da alcuni anni a questa parte.

Ci preme piuttosto dire che l'aver rispettato una data e quindi onorato un impegno più volte ribadito in solenni dichiarazioni è per noi importante, non già sotto il profilo della formalità o della coerenza programmatica, ma perchè si sono consolidate le premesse a rendere irreversibile un processo di cui riconosciamo la potenzialità positiva.

Altrettanto significativa è da giudicare l'intesa raggiunta tra le forze politiche, che ha consentito alla Camera un voto largamente maggioritario (quasi unanime) sul disegno di legge oggi al nostro esame, per cui non dico che questo ci vincola, ma certo sta a testimoniare che vi è una sensibilità che va oltre i singoli gruppi per coinvolgere tutte le forze politiche costituzionali.

Si poteva fare di più e di meglio? Indubbiamente. Si poteva operare con maggiore sollecitudine e incisività? Io credo che a quest'ultima domanda sia doveroso rispondere in modo meno sbrigativo di quanto si è fatto in questi giorni, evitando di lasciarci influenzare dalla facile polemica nei confronti dei gruppi parlamentari della Camera.

Andiamo allora alla sostanza del problema senza farci irretire da aspetti secondari e da taluni atteggiamenti contraddittori già rilevati dal relatore.

Esistono, cioè, responsabilità oggettive che vanno oltre le competenze delle Assemblee legislative. Sarebbe abbastanza agevole per noi porre in evidenza le occasioni mancate, i ritardi accumulati, i conflitti tra i vari Ministeri e in particolare gli ostacoli frapposti dal Tesoro. Un effetto paralizzante è venuto anche dall'eccessivo timore di intaccare determinati interessi di categorie e gruppi che beneficiano di trattamenti privilegiati in campo sanitario.

Non è per gettare sale sulle ferite, ma è difficilmente contestabile il rilievo critico da noi più volte formulato che si è lasciato trascorrere troppo tempo nel predisporre misure e strumenti per rendere meno strozzato il superamento del sistema mutualistico-

assicurativo come era previsto dalla legge numero 386.

Quante volte abbiamo sollecitato il Governo a non lasciare tutto allo spontaneismo e a prestabilire tempi e modalità per le varie fasi intermedie di passaggio al nuovo sistema sanitario nazionale?

In Commissione e in Aula, durante la discussione sui bilanci dello Stato e per la tabella 19 di nostra competenza; nel corso del lungo ed estenuante dibattito attorno alla 202; in occasione delle periodiche analisi di particolari disegni di legge, che non potevano essere concepiti in modo avulso dal disegno riformatore più generale, abbiamo sempre insistito nel prospettare una strategia ispirata alla coerenza degli obiettivi, precisando che non vi era contraddizione tra questi e la gradualità degli interventi.

Non ripeterò qui talune riflessioni che scaturivano dal buon senso comune e sulle quali si manifestò, almeno tra di noi, un sostanziale consenso. Lamentavamo la mancanza di solide prospettive per i 64.000 dipendenti degli enti mutualistici e nonostante avessimo strappato determinati impegni al Governo siamo ancora all'oscuro degli orientamenti che si intendono perseguire. Quindi, senatore Del Nero, non vi è soltanto il problema che lei giustamente sollevava, ma si tratta anche di vedere che tipo di sopravvivenza è riservato al patrimonio umano.

Si rafforza persino il dubbio che allorché non si vogliono risolvere i problemi il mezzo migliore è quello di istituire commissioni di studio o comitati tecnici di ausilio ministeriale.

Nè dobbiamo sottovalutare l'incidenza negativa che ha avuto questa lunga fase di interregno non governato. Il disimpegno (che è sempre connaturato ai periodi di incertezza e di aspettativa) è stato causa determinante della paralisi dei poliambulatori, del non controllo della spesa farmaceutica, della frustrazione di molti operatori che hanno assistito passivamente al deteriorarsi di una situazione caotica che ha visto stemperarsi il senso di responsabilità e di collaborazione rendendo vieppiù complicata questa lunga vigilia riformatrice.

I colleghi sanno certamente che noi comunisti non eravamo mossi da velleità massimalistiche o, come sovente si osserva, da manie di perfezionismo, ma al contrario eravamo sorretti e spronati da una costante preoccupazione: anzitutto, quella di non deludere le attese dei cittadini che in questi anni hanno maturato più alti livelli di sensibilità e di consapevolezza verso i temi della salute; in secondo luogo, quella di evitare la progressiva dilatazione della spesa sanitaria che tocca limiti di intollerabilità provocando un risucchio di risorse finanziarie, riducendo i margini di manovra per i necessari investimenti produttivi da impiegare per il risanamento economico del paese; in terzo luogo, quella di arrestare i fenomeni deteriori di sperpero, le sacche di parassitismo e le pratiche clientelari diffusamente presenti nella così detta industria della salute.

Sul piano politico istituzionale, quali erano e quali sono i pericoli da scongiurare? Li cito alla rinfusa, così come mi vengono alla mente e senza la pretesa di assegnare un ordine di priorità alle conseguenze negative più volte avvertite e puntualmente denunciate. In primo luogo, non scaricare sulle regioni tutti i guasti accumulati in tanti anni di caotica gestione delle prestazioni sanitarie. Già il modo con il quale si è proceduto ad affidare alla competenza regionale l'assistenza ospedaliera ha prodotto difficoltà considerevoli con un duplice risvolto negativo: la mancanza di un preciso quadro di riferimento verso il quale indirizzare gli interventi prevenzionali per attenuare la spinta patologica di ricoveri indiscriminati (per la mancanza di filtri esterni alle strutture ospedaliere); l'insufficienza del Fondo nazionale ospedaliero, i ritardi nel sanare i debiti pregressi e comunque la pesantezza degli oneri bancari a causa del ricorso alle anticipazioni di cassa. Nel giro degli ultimi tre anni gli interessi passivi hanno superato i 1.000 miliardi (1.074 per la precisione).

Mi rendo conto che non è questa l'occasione più propizia per aggiungere altre considerazioni integrative: il costo del rinnovo contrattuale per il personale a partire dal 1° luglio; la necessità di avviare una poli-

tica di qualificazione e di aggiornamento degli operatori sanitari per ridurre gli scarti e le incongruenze esistenti tra medici e categorie infermieristiche, tra tecnici e arti ausiliarie, eccetera.

Il secondo gruppo di questioni che attengono al quadro istituzionale è individuabile nelle resistenze che molti settori medici e della burocrazia sanitaria frappongono al dispiegarsi del disegno riformatore. Certo, alludo all'ultimo sciopero generale proclamato dall'Intersindacale (per non ricordare gli effetti nefasti che aveva già prodotto lo sciopero burocratico dei mutualisti in precedenza). Ciò che colpisce maggiormente non è tanto il ricorso a forme legittime di lotta e di pressione sindacale quanto la irrazionalità e l'equivocità degli obiettivi che si vorrebbero perseguire, giacché dietro talune dichiarazioni di disponibilità alla riforma si contrabbandano pretese rivendicative che vanno in direzione opposta e ne insidiano addirittura l'attuabilità.

Vi è quindi la necessità di superare in termini positivi questa difficile fase di transizione tra il vecchio e il nuovo modello di riforma sanitaria, avendo occhio sia agli aspetti strutturali che a quelli di carattere funzionale, cui si è riferito più volte il collega Del Nero.

Ora, è abbastanza condivisibile l'opinione espressa dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro quando, licenziando il parere sul disegno di legge per la riforma, nei primi giorni di aprile, rilevava: « La vecchia struttura per le difficoltà reali da rimuovere tenderebbe a sopravvivere anziché a proiettarsi in un nuovo modello organizzativo più corrispondente alle esigenze dei cittadini ». Ora, non c'è bisogno di commentare le numerose critiche e i dettagliati suggerimenti del CNEL, non essendo questa l'occasione più propizia per spaziare sui vari campi della riforma.

C'interessa piuttosto rilevare un punto fondamentale che riguarda il provvedimento che stiamo esaminando, e cioè l'invito che ci è venuto dal CNEL a che « la scadenza del 1° luglio per lo scioglimento degli enti mutualistici deve essere assolutamente rispettata ». E per non perdere tempo va accolto

(questa almeno è la nostra opinione) il suggerimento che la fase di passaggio al servizio sanitario nazionale venga ridotta al massimo e possibilmente a prima dei diciotto mesi ipotizzati dall'articolo 28 del disegno di legge governativo.

Riflettendo a mente serena, sono da giudicarsi non del tutto infondate le perplessità manifestate in questi giorni dal relatore del CNEL Ravenna, quando prevede un « maledetto e perverso » contenzioso di competenze tra le Mutue che dovrebbero morire (ma che restano ancora in vita pre-agonica) e le Regioni chiamate a questo punto ad assolvere un compito di coordinamento senza poter contare su una adeguata struttura capace di esercitare il controllo operativo.

Infatti, le Mutue continuano a gestire la spesa, a mantenere gli organici del personale, ad erogare l'assistenza, mentre le Regioni non potranno andare oltre certe norme di indirizzo dal momento che non esistono ancora — se non allo stadio sperimentale — le unità sanitarie come punto di riferimento e di approdo programmatico ed organizzativo.

Per non rubare il mestiere al relatore — di cui conosciamo la concretezza e la capacità di sintesi — non voglio utilizzare altro tempo per evidenziare la difformità giuridica delle varie Mutue soggette a liquidazione. I colleghi potranno agevolmente documentarsi sulla mappa dei 27 istituti mutualistici da sottoporre a regime liquidatorio.

Le 6 Mutue più importanti gestiscono il 90 per cento degli assistiti e mentre l'INAM può contare sui contributi fiscali per un importo di 350 miliardi mensili (rispetto al costo gestionale aggirantisi sui 400 miliardi), le Mutue « autonome » hanno sempre avuto bisogno di un drenaggio considerevole di risorse pubbliche. Guardavo prima un elenco dei recuperi dei crediti da parte delle Mutue per l'industria farmaceutica e notavo (qui si tratta di centinaia di miliardi) che mentre l'INAM ha recuperato il 7 per cento di circa 550 miliardi che gli industriali farmaceutici non avevano versato, i coltivatori diretti sono arrivati a meno del 2 per cento, il che significa che il 98 per cento dei crediti da recuperare non dico che sia passata sotto il ta-

volo, ma certamente dà la dimostrazione di una certa allegria nel gestire la salute.

Quando si tratta di aprire un contenzioso, non vi è molta sensibilità nel recuperare i soldi che provengono dalla collettività. Mi si potrebbe obiettare che i bilanci di previsione non andavano al di là di una burocratica e disinvolta elencazione di spesa, perchè tanto hanno sempre provveduto lo Stato e la collettività a ripianare i disavanzi. Ma qual è, oggi, il rischio — tutt'altro che immaginario — che potrebbe delinarsi? Quello di saldare la provvisorietà con l'irresponsabilità, accentuando cioè i fenomeni di disimpegno a cui accennavo all'inizio di questo intervento e che è un po' il filo logico del mio ragionamento.

Si tenga presente, onorevoli colleghi, che è dal 1975 che si « vivacchia » alla giornata: molti programmi si sono bloccati; il servizio è andato via via dequalificandosi; nel settore farmaceutico (ma ne parleremo in questi giorni) si sono verificati episodi pirateschi perchè, quando viene a mancare il controllo, i già deboli argini di protezione non resistono alla frana perchè vengono travolti dalle correnti corporative tutt'altro che depurate da interessi più o meno al limite della liceità.

Ricordavo, questa mattina, al senatore Cravero e ad altri colleghi la notizia riportata oggi dalla stampa relativa all'arresto di un medico che aveva preteso 300.000 lire da un povero mutuato napoletano per un piccolo intervento chirurgico. Ciò accade in un importante ospedale del Sud, Napoli, ma sappiamo tutti quanto sia diffusa la pratica dell'arrembaggio sugli ammalati e rischia di non reggere più il mito deontologico quando la cronaca giudiziaria si riempie ogni giorno di episodi poco edificanti. Io non ho mai creduto all'infallibilità degli uomini e tanto meno dei medici; ma cento non fa una bella impressione un medico che, appena finito l'atto operatorio, si fa mettere le manette e si fa portare in galera.

Infine, avevo annotato un'ultima considerazione di notevole rilevanza e che accenno solo di sfuggita rammaricandomi che il tempo non ci consenta una adeguata sottolineatura. Mi riferisco al problema del riequili-

12ª COMMISSIONE

6º RESOCONTO STEN. (28 giugno 1977)

brio delle prestazioni e delle strutture sanitarie nelle varie fasce geografiche del paese. Già con la legge n. 386 qualche meccanismo del Fondo ospedaliero si è inceppato e non è bastato il correttivo dei parametri differenziati per raccorciare la forbice dei dislivelli tra Nord, Centro, Sud e Isole.

Sarebbe interessante che il Ministero o i vari uffici studi aggiornassero i dati sulla quantità e qualità dei livelli assistenziali. Probabilmente, registreremmo ancora delle distanze « africane » (è il caso di dirlo) tra i 18-19 posti-letto per mille abitanti delle regioni settentrionali rispetto ai 4-5 di non poche e non piccole regioni del Meridione.

Se la Presidenza ed i colleghi riterranno di dedicare tempo ed attenzione a questa materia, ci accorgeremo che, oltre ai presidi curativi malamente distribuiti, agli *standards* degli interventi prevenzionali fortemente spezzati, anche le strutture mutualistiche, che si prendono in eredità, sono alquanto diversificate. Per cui non basta declamare lo *slogan* dell'unitarietà e dell'uniformità del futuro servizio sanitario nazionale; occorre invece, a questo punto, crearne le premesse, predisporre adeguati strumenti, indirizzare con criteri nuovi le risorse disponibili e qualificare meglio lo stesso personale, che non è agli stessi livelli tra il Sud e il Nord del paese.

Due giorni fa il più quotato giornale economico e confindustriale riportava questo giudizio: « Il 1º luglio sarà il giorno più lungo per 15 enti mutualistici dei lavoratori dipendenti (compresa, s'intende, l'INAM), 3 dei lavoratori autonomi e 9 dei liberi professionisti ». Ora noi vorremmo evitare la prosecuzione dei « giorni lunghi », soprattutto per i cittadini e in particolare per quelli malamente protetti delle zone più depresse del nostro paese.

Per concludere, signor Presidente e onorevoli colleghi, anticipo subito la dichiarazione di voto a nome del mio Gruppo. Il collega Del Nero parlava di tre meriti che, secondo me, vanno molto al di là e sopravanzano tutte le questioni di dettaglio (se presentare ordini del giorno o correttivi), perchè è a questi meriti di carattere generale che la nostra sensibilità — almeno io credo — deve

essere rivolta. Pertanto, come Gruppo comunista, proprio perchè sottolineiamo la positività complessiva della tappa che stiamo realizzando, assicuriamo un voto di consenso al provvedimento in discussione.

Per finire, dirò anche che molte delle preoccupazioni emerse dalla relazione del collega Del Nero sono anche le nostre, ed è proprio l'incertezza delle prospettive a consigliarci di evitare i toni trionfalistici, ma anche a non lasciarci prendere eccessivamente da un certo disarmante pessimismo. Le difficoltà che abbiamo avvertito — e ce ne saranno delle altre — anzichè rappresentare un fattore di sfiducia dovrebbero costituire motivo di più per stimolare l'impegno a rendere più vigorosa e tempestiva l'iniziativa di completamento dell'assetto riformato. Per cui, sia pure con accenti diversi (probabilmente avremo anche delle posizioni diversificate), abbiamo sempre convenuto che bisogna definire il nuovo assetto sanitario in tutte le sue articolazioni; abbiamo riconosciuto che non si può e non si deve restare fermi perchè se così fosse, a questo punto, significherebbe andare indietro, determinando una situazione veramente preoccupante per la salute pubblica del paese.

Credo che questo basti per avvertire un comune senso di responsabilità a cui dovremmo far seguire uno sforzo solidale e unitario per rendere superabili gli ostacoli che certamente insorgeranno, per fronteggiare i compiti che un così delicato settore pone alla nostra sensibilità politica, ma credo anche alla credibilità delle nostre istituzioni.

PITTELLA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, anch'io non posso nascondere un certo senso di disagio, dopo essermi espresso in termini favorevoli nel corso del dibattito e a conclusione della votazione del disegno di legge la prima volta in Senato, nel parlare oggi dello stesso, non perchè non sia applicativo, ma perchè proprio partendo da volontà di ampliamento, non credo che risolva con chiarezza tutti i problemi che nella nuova formulazione esso pone.

Le ombre si addensano a tal punto che, se non prevalessse il senso di responsabilità di fronte ad un problema politico di enorme

rilievo, credo che il consenso della mia parte dato al disegno di legge n. 202 dovrebbe trasformarsi in una volontà di modifiche e, eventualmente, in un voto negativo qualora le modifiche stesse non fossero accolte.

Tuttavia ritengo che momenti luminosi, anche se non numerosi, siano presenti in esso e siano importanti. La garanzia della data del 30 giugno 1977, che è rientrata in un impegno programmatico, è un problema che certamente ci deve far riflettere. La volontà di far passare finalmente alle Regioni la medicina generale e di determinare la convenzione unica per i medici sono indubbiamente fatti che ci inducono a superare quelle ombre che pure esistono in questo provvedimento, così come ci è pervenuto dalla Camera.

Il mio intervento vuole avere il significato di chiarire alcuni punti che non sono ben definiti in questo disegno di legge, non tanto perchè rimanga agli atti la sottolineatura dei punti non chiari quanto perchè, nel corso del dibattito, si possa determinare una certa interpretazione di volontà, che deve andare al di sopra dell'articolato, che questa volontà non esprime in termini adeguati e precisi.

Per quanto concerne rilievi di ordine generale, questo provvedimento, proprio perchè è diverso, specialmente nel titolo I, dal disegno di legge n. 202, avrebbe dovuto a mio giudizio contenere una data di scadenza e non ancorarsi alla riforma sanitaria, che poi prevede un'ulteriore dilazione di tempo per determinare l'operatività di alcune norme.

La collegialità, e soprattutto l'uniformità di decisione circa l'interpretazione del concetto di libera professione, mi sembra un fatto da sottolineare e su cui dover portare la nostra attenzione in termini di grande chiarezza, perchè potrebbe avvenire che questa interpretazione possa essere diversa da regione a regione. ora questo fenomeno dovrebbe assolutamente essere evitato, a prescindere dal fatto che io personalmente sono convinto che le Regioni, forse anche per motivi di ordine costituzionale, non dovrebbero entrare in un giudizio di questo genere e che sarebbe stato senza dubbio più logico che sul concetto di libera professione si fosse espressa esaurientemente una legge statale.

Osservazioni particolari riguardano, invece, la prima parte, il titolo I. Non nascondo che questa mattina (perchè solo questa mattina ci è pervenuto il disegno di legge), leggendo il testo del provvedimento, avevo preparato alcuni emendamenti. Credo, peraltro, che li trasformerò in ordini del giorno per evitare proprio l'arresto di una legge e perchè credo che con lo strumento dell'ordine del giorno si possa determinare quanto meno un'interpretazione su certi punti che mi sembrano non chiari.

Il primo riguarda l'articolo 3. Quando, al rigo 15 e 16 del suddetto articolo, si fa riferimento alle « vigenti disposizioni », si può determinare un dubbio in ordine alla possibilità da parte degli enti di adottare o modificare i regolamenti vigenti in applicazione dell'articolo 25 della legge n. 70 del 1975 e di emanare le disposizioni di attuazione del decreto del Presidente della Repubblica numero 411 in ordine all'attribuzione delle nuove qualifiche e del trattamento economico spettante al personale in base alla suddetta legge.

A questo punto andrebbe proposto un emendamento che chiarisse bene la finalità che ci si propone. Poichè, però, per le ragioni anzidette non è possibile presentare l'emendamento, ho preparato un ordine del giorno, che mi riservo di illustrare nel corso del dibattito dell'articolato, con il quale intendo impegnare il Governo a superare ogni remora nell'attuazione da parte degli enti mutualistici delle disposizioni della legge 20 marzo 1975, n. 70, e del decreto del Presidente della Repubblica 26 maggio 1976, n. 411, avvalendosi — se necessario — del potere di sostituzione espressamente previsto dall'articolo 25 della predetta legge numero 70, sicchè anche nei confronti del personale dei predetti enti sia realizzata quella uniformità di trattamento giuridico ed economico cui è finalizzata la citata legge n. 70 e che costituisce il presupposto per evitare, nella delicata fase del trasferimento del personale anzidetto, nelle nuove strutture del servizio sanitario, illegittime disparità di trattamento, con conseguente grave pregiudizio per l'avvio della riforma sanitaria.

Il secondo punto riguarda, sempre nell'ambito del titolo I, quegli strumenti e quegli affari comuni e che tali rimarranno anche in questa fase, sia per la parte che viene trasferita alla gestione regionale, sia per la parte che rimane invece allo Stato (mi riferisco al centro meccanografico di alcuni enti e al problema delle promozioni). È evidente che doveva essere precisato a chi spetti la competenza in questa fase, che non sarà breve, in ordine alle promozioni, e a tutto ciò che viene messo in evidenza dal centro meccanografico. Anche per questo credo che si possa invitare il Governo ad emanare circolari o comunque a segnalare, attraverso gli strumenti a sua disposizione, un indirizzo da seguire che dia chiarezza sufficiente e che precisi le modalità di assolvimento dei compiti anzidetti fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, al fine di evitare il determinarsi di conflitti di competenza di un ampio contenzioso.

Un terzo punto che vorrei sottolineare riguarda l'inserimento dei medici di ruolo degli enti previdenziali nella convenzione unica con le categorie sanitarie.

La disposizione relativa ai medici di cui all'oggetto è da ricercare nella dizione che prevede l'accesso alle convenzioni anche per i medici con caratteristiche di rapporto di lavoro di tipo dipendente ed a carattere continuativo a tempo definito; tale dizione non tranquillizza i medici interessati in quanto gli stessi, pur non avendo un rapporto di lavoro a tempo pieno, come ad esempio è quello previsto per i medici ospedalieri, tuttavia hanno un orario di servizio di 40 ore settimanali, il che, in sede di stipula delle convenzioni, potrebbe produrre inconvenienti anche gravi. Atteso che l'orientamento politico generale è oramai emerso in senso favorevole nei confronti della possibilità — per questi medici — di continuare a mantenere rapporti convenzionali, anche se con opportune limitazioni, dovute ai loro impegni di orario, con gli enti (e ciò anche per evitare un ulteriore spopolamento nell'area della medicina pubblica) e constatato che non è possibile apportare variazioni al testo di legge oramai approvato dalla Camera dei deputati, riteniamo che l'unica possibilità esistente prima

che il provvedimento stesso venga approvato dal Senato sia quella di inserire, o nell'ambito delle norme di emanazione che dovranno accompagnare questo disegno di legge o attraverso un apposito ordine del giorno, una precisazione tesa ad indicare le categorie mediche che potranno accedere alle convenzioni pure avendo un rapporto di impiego a carattere continuativo con la Pubblica amministrazione.

Bisognerà anche precisare che il legislatore, con la dizione « medici a tempo definito », ha voluto intendere i medici condotti, e i medici di ruolo degli enti di previdenza, di prevenzione e di assistenza.

Altre questioni da sottolineare riguardano, ad esempio, l'articolo 5 laddove, al secondo comma, si parla di « dirigenti delle sedi provinciali »; in proposito, avrei voluto proporre la soppressione della dizione « sedi provinciali » in quanto anche questo comporterà un conflitto di competenze e non aiuterà certamente ad impegnare la diligenza dei medici nei confronti dell'attuazione delle norme regionali.

Ritengo tuttavia che il problema che si pone di fronte a noi con maggiore evidenza sia quello politico; si tratta di consolidare, in realtà, una larga maggioranza — del resto già raggiunta alla Camera dei deputati — nei confronti del presente provvedimento, di riproporre una volontà possibilmente e chiaramente unanime che già in precedenza è stata evidenziata al Senato su questo problema e — proprio in considerazione di queste valutazioni — il Gruppo socialista italiano ha deciso di superare le ombre pur tuttavia esistenti nella normativa in esame per approvarla definitivamente, sottolineando in appositi ordini del giorno l'impegno del Governo a provvedere ai necessari chiarimenti.

P I N T O. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, la presentazione del disegno di legge di cui trattasi alla nostra approvazione dopo la ratifica avuta all'altro ramo del Parlamento rappresenta — a mio avviso — un fatto emblematico del modo di far politica nel nostro paese.

Siamo tutti convinti della necessità di rispettare la data del 30 giugno 1977 qua-

12ª COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (28 giugno 1977)

le termine per l'estinzione degli enti di assistenza sanitaria e, di conseguenza, siamo anche tutti convinti della necessità di approvare la normativa che ci sta dinanzi.

Ma tutto questo, onorevoli senatori, ci era noto fin dall'anno 1974 e direi che è proprio colpa nostra e del Governo non aver predisposto in tempo utile un testo di legge sul quale discutere approfonditamente senza essere pressati, come oggi avviene, da scadenze oramai vicinissime, per cui ci troviamo ad esaminare un provvedimento in merito al quale, in realtà, non abbiamo più nulla da dire: dobbiamo solo approvarlo.

Ebbene, noi siamo chiamati a compiere solamente un atto formale, a dare il nostro assenso ad un disegno di legge — questo è il punto centrale — mal fatto, continuando così a perseguire un metodo sbagliato che troppe volte ci ha già portato a situazioni difficili.

In particolare, onorevole Ministro, devo lamentare l'inclusione, al numero 1) dell'articolo 9, della disposizione relativa alle convenzioni uniche che dovranno, tra l'altro, fissare il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in vari ambiti territoriali, norma che, inevitabilmente, provocherà il verificarsi del fenomeno del numero chiuso nel mercato del lavoro.

In sede di discussione del provvedimento al Senato proposi di sopprimere tale disposizione, proposta che peraltro non venne accolta, perchè avevo bene presente l'atteggiamento assunto dai giovani democratici cristiani, dai giovani socialisti, repubblicani e comunisti nei confronti della possibilità della previsione del numero chiuso per l'accesso all'università, a cui essi sono contrari.

Ebbene, malgrado questa ferma posizione assunta dai nostri giovani, nel momento in cui le categorie mediche hanno dato il loro assenso al numero chiuso nel mercato del lavoro, il Governo ha ceduto ed ha accondisceso alla disposizione contenuta, ripeto, al punto 1) dell'articolo 9. Il relatore, senatore Del Nero, non ha accennato a questo

problema che invece, a mio avviso, rappresenta il fulcro di tutto il provvedimento!

Pensate, onorevoli senatori, che cosa accadrà tra due-quattro anni quando giovani medici si confronteranno con altri più fortunati che hanno la possibilità di guadagnare magari 2 milioni al mese e loro no!

D E L N E R O, *relatore alla Commissione*. Del problema di cui all'articolo 9, senatore Pinto, abbiamo discusso ampiamente in sede di Commissione e, in Assemblea, quella normativa è stata alla fine approvata!

P I N T O. Ricordo però che quando io proposi la soppressione del punto 1) dell'articolo 9 il senatore Del Nero respinse la mia proposta!

D E L N E R O, *relatore alla Commissione*. Certamente non solo io!

P I N T O. Purtroppo, senatore Del Nero, noi ci troviamo, come in questo caso, a fare bei discorsi che restano soltanto agli atti. La verità è che tra pochi anni il Parlamento dovrà necessariamente provvedere all'abrogazione di questa norma in quanto non è possibile stabilire il numero chiuso nel mercato del lavoro ed il numero aperto per l'accesso all'università!

La norma di cui al punto 1) dell'articolo 9 stabilisce, in modo chiaro e tassativo, prevedendo il numero programmato dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni Comune o consorzio di Comuni, che in un Comune, ad esempio, ci possono essere dieci medici convenzionati mentre gli altri devono stare a guardare! Ma questo non è possibile, onorevole Ministro, e sarà comprensibile, sul piano umano, se i medici che non trovano lavoro si opporranno con ogni forza a questa situazione!

Purtroppo, per trenta anni noi abbiamo fatto una politica settaria, essendo succubi delle richieste corporative che sono state avanzate dalle varie parti sociali!

Tutti i nostri giovani, ripeto, si sono opposti al numero chiuso per l'accesso all'università e del problema non se ne è più par-

lato ma, nel momento in cui le categorie mediche hanno avanzato la richiesta del numero chiuso nel mercato del lavoro, scioperando nel modo che tutti conosciamo, sono state accontentate e questo, onorevole Ministro, è un sistema sbagliato di fare politica del quale, del resto, stiamo sopportando le conseguenze!

Ma ci sono altri punti del disegno di legge in esame che, a mio avviso, sono da criticare. Noi non abbiamo avuto il coraggio di dire che cosa bisognerà fare degli operatori mutualistici che oggi non servono più e che sono almeno 100.000 unità! In effetti, non ci siamo preoccupati della posizione di carriera che dovrà avere tale personale ma, in sostanza, avremmo invece dovuto preoccuparci di non burocratizzare il sistema sanitario.

Tutto il personale degli enti mutualistici, onorevole Ministro, confluirà nelle Regioni — con retribuzioni peraltro aumentate rispetto alle precedenti — contribuendo a burocratizzare il servizio sanitario nazionale. In tutti i paesi nei quali si è attuato tale servizio il punto negativo è stato rappresentato proprio dal pericolo della burocratizzazione del servizio stesso; ciò è accaduto nei paesi socialisti ed in Inghilterra, ad esempio, dove si è arrivati ad un milione di dipendenti in questo settore, che è oramai quasi paralizzato. Ebbene, malgrado queste esperienze negative noi stiamo creando le premesse perchè anche il nostro sistema sanitario non funzioni!

È inutile, infatti, che ci facciamo illusioni! Tutto il personale degli enti mutualistici ed assistenziali andrà alle Regioni; tutti i dipendenti delle grosse direzioni generali dell'ENPDEP, dell'INAM, dell'ENPAS, dell'INADEL e via dicendo, che sono a Roma, ad esempio, andranno alla Regione Lazio e così altrove.

In proposito, vorrei avanzare una proposta, che potrò eventualmente concretizzare in un apposito ordine del giorno: questo personale dovrebbe essere in parte mandato all'Amministrazione finanziaria per essere utilizzato nella riscossione delle imposte. Dobbiamo infatti cercare di utilizzare sul piano concreto queste persone difendendone

i diritti, d'accordo, ma rendendone utile il lavoro per la collettività.

Ed infine, un'ultima osservazione. Sono stato e sono un difensore della libera professione, perchè ritengo che questa sia un diritto del cittadino. Ma che significato ha l'articolo 12, quando dice che le Regioni dettano norme per stabilirne le modalità e i limiti? Così facendo, approveremo una legge sicuramente incostituzionale. I limiti della libera professione non possono essere diversi tra Torino e Palermo: debbono essere uguali. Allora bisognava avere il coraggio di approvare l'emendamento da me proposto, cioè l'abrogazione dell'articolo 43. Questo invece non si è fatto, perchè le corporazioni, le Regioni e i partiti hanno detto no: dietro la spinta dei sindacati abbiamo escogitato questo compromesso, che certamente non ci qualifica.

Queste cose debbo dirle perchè restino agli atti e perchè possano essere rilette quando avremo nuovamente a che fare con questa materia. Oggi certo dobbiamo approvare questo disegno di legge, perchè non possiamo fare altrimenti: questo però non è il modo di fare politica in termini costruttivi ove si pensi che ci troviamo nella situazione per cui, dopo tre mesi di trattative, non riusciamo a trovare un accordo!

R A M P A . Il fatto che dopo di me dovrà parlare il collega Costa mi induce a non dilungarmi, come questi problemi invece meriterebbero.

Sull'argomento abbiamo già ascoltato, con un tono che mi è apparso caratterizzato da qualche malinconia per la rilevata decadente centralità del Parlamento, il collega Merzario. In verità, direi che forse questa sera avremmo potuto nutrire uno stato d'animo diverso nell'approvare un disegno di legge che, nato dalla volontà del Parlamento, con il consenso del Governo, rappresenta in fondo un grande segno di credibilità per il paese. Ma le responsabili e prudenti osservazioni del relatore e gli « accorati » richiami degli altri colleghi intervenuti sull'impossibilità politica di emendare questo o quel passo rilevante dell'articolato purtroppo frustrano in qualche modo, crean-

do in noi preoccupazioni, l'atto che stiamo per compiere e che appare reso necessario in Gruppo democratico cristiano non ha mai messo in dubbio di volere rispettare, reso necessario da scadenze temporali che forse non ci consentono di operare per il meglio, correggendo errori, incertezze o imprecisioni che sono state onestamente ammesse.

Pertanto, il mio stesso personale imbarazzo è segno di questo stato d'animo. Forse tutto ciò si può anche inquadrare in un discorso più ampio, qual è quello che il collega Merzario prima ha richiamato, rispetto al ruolo del Senato e, significativamente, al ruolo di questa Commissione.

Su questo tema non insisterò se non per ricordare all'onorevole Presidente la nostra richiesta di un apposito incontro, in seno all'Ufficio di presidenza allargato ai rappresentanti dei vari Gruppi, che tenda finalmente a programmare per un lungo periodo i lavori della Commissione.

Per quanto riguarda, invece, il disegno di legge che ci viene dall'altro ramo del Parlamento, mi associerei alla preoccupazione che è stata da più parti espressa circa il rilievo che la disciplina dell'attività professionale competa alle Regioni anzichè allo Stato. Siccome non penso che questo sia sfuggito ai colleghi della Camera, oserei piuttosto pensare che su un tema di tanta delicatezza, che coinvolge questioni costituzionali, di pluralismo, di democraticità reale, un chiarimento ci possa essere fornito proprio dalla considerazione che il riferimento ai limiti per l'esercizio della libera professione non possa implicare l'imposizione di limiti costituzionali. Probabilmente, forse, si vuole semplicemente alludere a modalità di esercizio della libera professione, cosa che, del resto, abbiamo fatto in una certa misura quando abbiamo sancito la incompatibilità e abbiamo sancito norme per l'applicazione delle convenzioni. Ma se così è, credo che almeno, nei limiti in cui ciò sia possibile, la Commissione abbia il dovere di risolvere dubbi ed equivoci.

Pertanto, pur disponendo subito della soluzione, auspico che si possa approvare unanimemente un apposito ordine del giorno su questo tema — e mi rivolgo anche al-

l'onorevole Ministro, data la delicatezza dell'argomento — che non lasci adito a distorte interpretazioni.

D A L F A L C O, *ministro della sanità*.
Mi si consenta di precisare, solo per la chiarezza della discussione, che quando alla Camera si parlò dell'articolo 12 il punto di aggancio fu la sentenza della Corte costituzionale, relativa alla eccezione di incostituzionalità concernente la legge n. 132: in attesa di una normativa che dovrà scaturire dall'interpretazione della citata sentenza, che invero è alquanto complessa.

R A M P A. Ringrazio l'onorevole Ministro per quanto ci ha detto, perchè dando una dimensione alla estensione in termini legislativi alla ricordata sentenza della Corte costituzionale, comincia a fornirci utili chiarimenti. Ma forse noi stessi potremmo su questo tema fare un'opportuna riflessione: riflessione che (certamente me lo auguro) potrebbe essere gradita all'esterno dal Parlamento (non mi riferisco soltanto ai medici, evidentemente, perchè la « libera professione » coinvolge interessi che riguardano tutto il paese) proprio nel momento in cui alcune conclusioni, invece, si fanno strada purtroppo anche in atti legislativi.

Un secondo aspetto, sul quale credo che si debba riflettere ulteriormente, si riferisce a due leggi che il Parlamento ha votato: la prima è la legge n. 70 del 1975, che il senatore Pittella ha richiamato, una legge che è stata oggetto di un dibattito estremamente approfondito, che riguarda tutto il personale parastatale, ma che investe, nel caso specifico, particolarmente il personale del sistema mutualistico, parte del quale si appresta ad offrire la propria attività al Servizio sanitario nazionale. Ora, credo che il richiamo a questa legge si imponga, perchè non si può lasciare che intere categorie — guidate, tra l'altro, dalle confederazioni sindacali che con il consenso delle forze politiche del Parlamento e dello stesso Governo hanno operato per formulare ed approvare la legge n. 70 — facciano una lunga battaglia, conquistino un rilevante cambiamento nei rapporti del pubblico impiego, e poi, ad un certo punto, vedano

in qualche modo compromesse, da un mancato o meno preciso riferimento alla legge n. 70, tali « conquiste » che il Parlamento ha avallato con la sua autorità.

Un'altra legge che credo non dobbiamo ignorare nel momento in cui approviamo il passaggio delle funzioni di competenza delle Regioni nel settore sanitario è la legge n. 382 del 1975, che pure il Parlamento ha varato all'unanimità o a stragrande maggioranza, se ricordo bene, e che pare stia trovando attuazione nei decreti delegati.

Non voglio qui inserire un tema su cui alcune dichiarazioni osannanti ancora di oggi hanno, forse, più il senso del trionfalismo di parte che non di una responsabile presa di atto della possibilità concreta che il Governo tenga anche nel giusto conto le istanze del Parlamento, quand'anche fossero espresse solo in sede meramente consultiva.

Certo è che mentre noi abbiamo, per un verso, una legge-quadro di riforma su cui la Camera è impegnata in un dibattito sollecito ed approfondito ed abbiamo, per altro verso, questa legge che tiene conto, giustamente, di scadenze fissate con voto unanime dal Parlamento e che il paese in larga misura attende, un'altra legge, la 382, sta per trovare compimento nei decreti delegati, preannunciati per il 25 luglio. E credo che, se dovesse trovare compimento alla lettera, secondo le proposte che sono state avanzate in sede consultiva nell'apposita Commissione, qualche confusione, qualche rischio, oltre quelli già lamentati dai colleghi di altra parte politica, si creerebbero sicuramente rispetto a quell'assetto definitivo, razionale, graduale, ma certo, che vogliamo dare al servizio sanitario nazionale.

Non sono temi, onorevole Ministro, che possono sfuggire all'attenzione del Senato, ed io so — conoscendo la sua sensibilità — anche alla sua.

Ed è per questo che, essendo in una certa misura costretti a non approfondire il testo che ci è venuto dalla Camera per i prossimi termini di scadenza e nonostante il Parlamento — almeno formalmente — abbia esaurito i propri compiti rispetto ai decreti previsti dalla legge n. 382, ritengo sarebbe un atto molto positivo e di grande

responsabilità che nel lasso di tempo che intercorre fino al 25 luglio, prima che i decreti vengano emanati, la nostra Commissione affronti, nel quadro delle linee generali della riforma sanitaria, questo tema in modo che l'altro ramo del Parlamento, che si troverà nel frattempo ad affrontare il tema della legge-quadro, abbia una indicazione politica in ordine alle eventuali conclusioni del Senato.

Qual è, allora, la conclusione dinanzi a questo quadro estremamente complesso? Esso suscita in noi, per un verso, soddisfazione, che nessun gruppo ha negato nè qui, nè fuori di qui, a confronto con le forze politiche, con l'opinione pubblica, con gli operatori sanitari, con il personale mutualistico; il quale ultimo non sta vivendo, certamente, momenti facili per il proprio destino. Nè potremmo pretendere che questo personale, al quale, senatore Merzario, forse nessuno di noi è stato in grado di dire tempestivamente una parola confortante, ci ringrazi di avere, con un atto di riforma indubbiamente rilevante, dato una più comprensibile soluzione ai suoi problemi.

A questo proposito, non per fare della polemica inutile (del resto con il collega Merzario è sempre difficile polemizzare, tale è la sua cortesia), vorrei ricordare che egli riconobbe, nel suo intervento in Aula, l'opportunità, la tempestività e la congruenza del disegno di legge n. 202, che finalmente veniva approvato dal Senato. E questo riconoscimento riguardava non soltanto la parte relativa alle convenzioni ma anche la normativa contenuta nell'articolo 11, se ricordo bene, che istituiva un Comitato centrale di coordinamento per la fase di transizione della riforma, di cui si sottolineava la congruità rispetto alla complessità dei problemi; problemi che oggi, con una complessità forse ancor più marcata, ci troviamo dinanzi senza avere nè il tempo nè gli strumenti per affrontarli compiutamente.

Ebbene quella legge, senatore Merzario, non nacque nella nostra linea politica rispetto ai complessi atti di riforma, nel maggio o nell'aprile del 1977! I colleghi di parte socialista sanno bene che ben due anni prima, contemporaneamente, ma separatamente,

presentammo un provvedimento che non aveva mai avuto per scopo esclusivamente le convenzioni mutualistiche, pur esse viste in una prospettiva di riforma, ma che aveva anche il merito di porre più tempestivamente dinanzi al Parlamento, con iniziative politiche largamente concordate, il problema della fase di passaggio, cioè il problema di quella fase in relazione alla quale, oggi, strano a dirsi, si prendono decisioni di rilevante importanza senza probabilmente essersi potuti adeguatamente preparare, neppure a livello regionale. Se faccio questi rilievi, non mi si rimproveri di non essere regionalista o filoregionalista. Non so quanto le Regioni ci possano essere grate (per rendersene conto basta vedere gli atti del loro recente convegno di Bologna) della responsabilità che, con un atto politico comprensibile e dovuto, affidiamo loro senza che nè noi, nè loro, nè in qualche misura il Governo, nonostante l'impegno del Ministro sempre preciso e puntuale, siamo riusciti a creare condizioni operative concrete.

Si tratta di condizioni operative, dunque, che verranno a mancare per errori altrui e, perchè non dirlo, anche per le incertezze, i ripensamenti, i dubbi, i sospetti, a volte, di alcune parti politiche, compreso il Gruppo comunista e qualche volta quello socialista, i quali hanno avuto, ripeto, incertezze peraltro comprensibili.

Dico questo non per voler dividere il male a metà, non per riaprire polemiche sull'argomento, ma per tentare di riuscire, insieme, a riparare in qualche modo « politicamente » alle conseguenze, che ci illudiamo siano positive o quanto meno solo parzialmente negative, che l'approvazione del provvedimento comporterà almeno in una prima fase.

Sono infatti convinto, signor Ministro, che l'attuazione di questo provvedimento o verrà seguita passo passo dal Governo in uno strettissimo rapporto di collaborazione con le Regioni, con gli enti principali e, sul piano dell'autonomia e del rispetto dovuto reciprocamente, con le grandi confederazioni nonchè con il Parlamento, oppure non sarà nè facile nè celere.

In proposito ritengo che sarebbe oltremodo utile che il Ministro della sanità in modo periodico, e comunque tempestivo rispetto agli avvenimenti, informi la Commissione sanità del Senato in merito ai problemi più rilevanti che via via emergeranno nell'attuazione di questa normativa. Ed i problemi, onorevole Ministro, non saranno pochi! Non mi preoccupa, ad esempio, tanto di quelli connessi al piccolo contenzioso di provincia, anche se esso assume a volte, nella realtà italiana, aspetti dirompenti, quanto dei grandi problemi che non sono stati ancora affrontati e risolti.

Se questa Commissione del Senato, signor Presidente, potesse essere messa in grado di dare la propria collaborazione all'Esecutivo, credo che il rapporto improprio che si va a creare con il dettato dell'articolo 4 del provvedimento, che istituisce il Comitato centrale per la liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, potrà rivelarsi un fatto positivo.

In effetti, come ha giustamente posto in rilievo il senatore Del Nero, tale comitato non era stato concepito come organo preposto ai meri processi di liquidazione che, pur costituendo un aspetto rilevante, non costituiscono tuttavia il solo ed unico problema. In sede di discussione del provvedimento al Senato noi avremmo voluto, unitamente al Gruppo socialista, che quel Comitato avesse anche compiti di governo nella fase di transizione tra i due regimi, per ribadire la volontà politica di non alimentare la conflittualità tra Governo centrale e Regioni, superando anche alcuni limiti che i costituzionalisti più zelanti ponevano. Noi, in realtà, avevamo cercato di associare le Regioni al Governo centrale nella responsabilità della fase di transizione. Non si doveva trattare infatti di un coordinamento di carattere burocratico, non si doveva trattare di un coordinamento di poteri rispetto ad altri poteri già esistenti, bensì del coordinamento tra due momenti unitari dello Stato: il governo centrale, ripeto, e quelli regionali.

Il dettato finale dell'articolo 4 offre qualche scappatoia in questo senso, scappatoia che si trovano quando il compromesso indu-

ce a risolvere problemi che, altrimenti, non si risolverebbero: e ciò è vero se consideriamo l'articolo 4 collegato con l'articolo 1 e con l'articolo 5. Pertanto ritengo che lo sforzo politico di collaborazione tra Governo e Regioni vada assolutamente compiuto consentendo che, in qualche misura, il Comitato di cui all'articolo 4 non si limiti ad esplicare soltanto compiti di liquidazione ma svolga anche un ruolo di politica attiva dando direttive se non vincolanti, politicamente urgenti in attesa della riforma sanitaria.

Dico questo per ragioni di coerenza con una linea che i Gruppi democratici cristiani della Camera e del Senato hanno costantemente espresso fino al momento in cui, come ho detto, si è dovuto trovare un compromesso, e proprio nell'espressione « si è dovuto » sta il senso della nostra rispettosa comprensione nei confronti delle posizioni degli altri Gruppi.

Questa, ripeto, è stata la linea da noi sostenuta, che non a caso il Senato ha approvato all'unanimità; il Senato, infatti, se questa linea di condotta non avesse avuto senso, avrebbe potuto bocciarla riducendone comunque i suoi significati politici ed istituzionali. Al contrario, questa impostazione è stata approvata nel quadro delle disposizioni contenute nel disegno di legge n. 202 e se ora il testo pervenutoci dalla Camera, che ho voluto mettere in evidenza per quanto concerne questo fondamentale strumento di attuazione della riforma sanitaria, non ci offre, almeno formalmente quelle aperture politiche che noi dobbiamo invece insieme realizzare, ebbene credo che noi dovremo « escogitare » — ricorrendo anche ad un ordine del giorno — il modo di realizzare certe iniziative politiche che diano forza ad un Governo che ha dimostrato di credere nel processo lungo, difficile ma irreversibile della riforma sanitaria.

Credere in questo, tuttavia, significa anche porsi nelle condizioni politiche di affrontare i problemi quali si presentano e nei quali, ripeto, si crede.

Tra questi problemi uno è già stato sottolineato ed io lo vorrei richiamare solo brevemente; mi riferisco al fatto che le Regioni vanno aiutate — e non parlo di aiuto

in senso paternalistico — proprio nella consapevolezza, onorevole Merzario, di quegli squilibri che prima sono stati denunciati! Di quegli squilibri che nell'applicazione di questo provvedimento — che qualche parlamentare della Camera ha definito « nordista » — potrebbero essere aggravati e non colmati, ad esempio, da contrasti tra il momento della direzione centrale del processo di riforma ed il momento dell'autonomia iniziativa regionale. Come si fa a non temere che la Lombardia, il Piemonte o l'Emilia-Romagna, ad esempio, se non interverranno controlli politici che superino le competenze giuridiche date a questo Comitato, se non interverranno orientamenti generali dello Stato alle Regioni entro i quali le Regioni dovranno operare, possano non sbagliare assumendo iniziative discutibili quanto meno rispetto al rischio prospettato?

Ecco perchè, onorevole Ministro, nell'esprimere la nostra disponibilità ad atti di riforma, di cui questo è oggi il segno indubbiamente fondamentale, credo che non possiamo neppure nascondere che i problemi esistono. E non si tratta tanto dei problemi relativi agli emendamenti di questo o quell'articolo, ma piuttosto dei problemi (che tra l'altro un quadro politico difficile può aggravare) della direzione politica di questo processo. Ci ritorno con una insistenza che può apparire quasi petulante, ma che deriva solo dalla consapevolezza delle difficoltà che possiamo trovare lungo la via, aggravate peraltro da altri fenomeni più generali che coinvolgono la riforma ma non certo la trascendono.

Ecco perchè, nell'esprimere la nostra approvazione all'atto politico che stiamo compiendo, non ho potuto nascondere — pur riconoscendo a ciascuna forza politica e al Governo di avere compiuto ogni sforzo possibile almeno in queste ultime fasi — quali siano i limiti strutturali del provvedimento, limiti che noi potremo certamente battere nella misura in cui la nostra volontà sarà una volontà non tanto proiettata verbalmente nel futuro, ripetendo ogni giorno che « vogliamo la riforma » quanto una volontà fatta di atti quotidiani e concreti, in cui

12^a COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (28 giugno 1977)

il Parlamento, il Governo e le Regioni siano finalmente coinvolti.

Questo, onorevole Presidente, lo dico conoscendo il suo impegno personale. Credo, per esempio, che nessuno ci possa impedire adesso, nel mese di luglio, alla ripresa, di fare con piena legittimazione politica ciò che la Commissione sanità della Camera ha fatto con una legittimazione, direi, anche di calendario. Nessuno cioè ci può impedire di consultarci con gli assessori delle Regioni, con gli enti, con i rappresentanti del personale e non soltanto con le categorie mediche, perchè non sono quest'ultime le sole protagoniste della riforma sanitaria.

Ecco perchè, in quella concordata richiesta di prefissare in un Ufficio di presidenza allargato un lavoro programmato per il futuro, credo che dovremo dare spazio certamente alle leggi che dobbiamo approvare tempestivamente; ma al di là di tali leggi e soprattutto delle leggine, dovremo dare spazio politico al nostro impegno, al nostro lavoro e in questo senso certamente anche al nostro controllo perchè, nel momento in cui di centralità del Parlamento si parla sin troppo per la verità, nel momento in cui le massime autorità politiche e dello Stato si accorgono che la centralità del Parlamento è stata forse più una speranza che una realtà, ritengo che questa centralità vada effettivamente riconquistata esercitando quelle funzioni che nel caso specifico non solo ci sono consentite ma diventano, direi, doverose.

E in questo spirito di collaborazione, di volontà di riforma, ma anche di un serio impegno, noi potremo ovviare agli inconvenienti legislativi di un atto che la ristrettezza dei tempi ci impedisce di approfondire come avremmo voluto. Ma di un fatto che, nonostante questo, conserva tutta una carica di significati reali e di prospettive aperte che non possiamo ignorare e che il Senato, votando questo provvedimento, conferma, guadagnando in termini di credibilità e di volontà politica.

P R E S I D E N T E . Prima di dare la parola al senatore Costa, desidero comunicare al senatore Rampa che ho già preso contatti col Ministro in rapporto alla possibili-

tà (che il Ministro stesso potrà eventualmente confermare domattina nel corso della sua replica) che egli partecipi ad apposite sedute nelle quali la Commissione potrà essere informata dettagliatamente sullo stato della riforma sanitaria.

Presidenza del Vice Presidente PINTO

C O S T A . Signor Presidente, onorevoli colleghi, dopo aver ascoltato l'intervento del collega Rampa potrei forse fare a meno di parlare.

Quanto sopra sia perchè condivido in gran parte quanto egli ha detto, sia anche perchè dopo l'accenno del senatore Merzario al senso di responsabilità politica, messo in relazione a quanto scritto su « L'Unità » del 21 giugno — ove si sostiene che « il disegno di legge n. 202 rappresenta un passo avanti verso la riforma e una corretta premessa della stessa... » — mi fa ritenere che ormai il gioco è fatto, e che al di là delle dichiarazioni di voto — le quali, anche se più o meno in modo sottinteso significheranno la titubanza e la preoccupazione — in conclusione esprimeremo il nostro assenso per l'approvazione di questo disegno di legge nel nome sempre della famosa e tanto affermata « centralità » del Parlamento.

Tale centralità, però, caro collega Rampa, ho l'impressione sia valida per un solo ramo del Parlamento e molto meno valida per l'altro ramo.

Vorrei ricordare agli onorevoli colleghi che da un mese e più discutiamo su un semplice provvedimento quale è quello dell'Albo degli psicologi, che tra l'altro rappresenta un imperioso dovere dello Stato nei confronti di circa 6.000 giovani che noi abbiamo buttato allo sbaraglio senza dare loro alcuna possibilità di sistemazione, mentre in poche ore questa sera, forse al massimo domani mattina, licenzieremo questo provvedimento di fondamentale importanza nella vita del paese.

R A M P A . La questione è politica, non è di tempo! Si potrebbe trasformare questo

12^a COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (28 giugno 1977)

disegno di legge, se fossimo d'accordo, in dodici ore.

C O S T A . Ognuno di noi deve assumersi le proprie responsabilità, di fronte alla propria coscienza. Questa legge che, coinvolge 50 milioni di mutuatati e tutta la struttura socio-sanitaria del paese, viene licenziata in pochissime ore senza avere avuto neppure la possibilità di leggere il testo aggiornato e corretto che ci è stato consegnato solo due ore fa: quello in mio possesso è pieno di errori e non completo.

Ma io vorrei fare alcune annotazioni proprio per dovere di coscienza, perchè ritengo che questa legge sia fondamentale per l'aspetto sociale e sanitario della nostra società. Noi votiamo un testo che ci torna dall'altro ramo del Parlamento, dopo che in quest'aula avevamo a lungo discusso su di esso e apportato numerose modifiche. Il provvedimento presentatoci dalla Sottocommissione ci ha visto tutti corresponsabilizzati nel discuterlo ed approvarlo con una certa celerità, compatibilmente con i nostri lavori parlamentari.

Oggi questo provvedimento ci giunge completamente stravolto, con la scusante che deve servire a colmare il vuoto tra la legge numero 386 del 1974, che prevedeva la scadenza del 30 giugno 1977, e la riforma non ancora approvata.

Consentitemi di dire che sarebbe stato meglio lasciare da parte le date fatidiche anche perchè le date fatidiche erano menzionate da chi si affacciava al famoso balcone di piazza Venezia, che ci ha fatto passare tanti guai. D'altra parte, senatore Merzario, non è certo una data che può fare la storia di un paese, ma sono i fatti, gli impegni politici che fanno la storia di un paese, che possono trasformarne il cammino, che possono invertire certe linee di tendenza. Il 30 giugno, il 30 luglio o il 30 agosto non sono un problema.

Bisogna vedere, poi, senatore Rampa, se il disegno di legge n. 202, così come è stato modificato, ha veramente concluso la vita della mutualità del nostro paese, perchè consentitemi di dire, con tutta la mia modestia, che a mio giudizio il 30 giugno '77 noi usciremo da un sistema mutualistico per en-

trare in un altro sistema a mezzadria tra le Regioni ed i vecchi enti mutualistici.

Il problema del disegno di legge n. 202, che mi ricorda la legge n. 386 per la fretta con cui viene varato, mi porta a fare delle considerazioni.

Con la legge n. 386 noi consegnammo alle Regioni la « patata bollente » dell'assistenza ospedaliera. Ma nello stesso tempo provvedemmo a sanare tutta la pregressa situazione debitoria — consegnando, quindi, « pulita » alle Regioni l'assistenza — e ad assegnare alle Regioni stesse una sia pur insufficiente base finanziaria. Se i miliardi stanziati, infatti, non sono stati sufficienti e non sono stati completamente ancora distribuiti — come sappiamo tutti —, tuttavia in quella legge vi era quanto meno la volontà di dare alle Regioni un sistema pulito, efficiente, che potesse essere usato subito dalle stesse. Oggi, invece, affidiamo di colpo alle Regioni le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria propria degli enti e delle gestioni poste in liquidazione dando alle stesse solo la funzione di amministrare, attraverso gli ex enti mutualistici commissariati, dei bilanci dissestati, che versano nelle condizioni a tutti noi ben note. Sono d'accordo, quindi, con il collega Rampa nel dire che non so quanto le Regioni siano contente del passaggio che ci accingiamo a fare con il 1° luglio 1977, nelle condizioni previste da questo provvedimento.

Il disegno di legge, per di più, parla di « limiti della spesa previsti dai bilanci dei singoli enti ». Quindi, le Regioni devono rispettare i limiti di bilancio degli enti mutualistici. Esse, infatti, non hanno altra possibilità, perlomeno secondo l'attuale dispositivo del disegno di legge n. 202-B. E siccome questi bilanci, tranne pochi, sono passivi, alle Regioni passeranno le passività. Ma chi pagherà queste passività? Come pagheranno gli enti mutualistici l'assistenza specialistica e l'assistenza generica agli ex mutuatati? Quando si pensi che da alcuni enti mutualistici, quelli degli autonomi (dei coltivatori diretti, per esempio), gli specialisti non sono pagati da mesi; quando si pensi che da anni non viene data una lira di finanziamento solidaristico per l'assistenza generica a un milione

500 mila pensionati coltivatori diretti, chiedo che beneficio abbiamo dato alle Regioni e che beneficio possono dare le Regioni alla utenza sanitaria in base a questo provvedimento, così come è stato congegnato dall'altro ramo del Parlamento.

Quindi rischiamo che con il 30 giugno, nella fretta di mantenere fede ad una data fatidica (come è stato qui detto), si verifichi uno stato di ribellione da parte dei mutuati nei confronti delle Regioni, le quali inevitabilmente non avranno la possibilità di dare qualche cosa di più di quello che oggi danno gli enti mutualistici, nelle condizioni economiche in cui versano. Io credo — è già stato detto dal collega Merzario — che, tranne l'INAM che ha un gettito fisso mensile sul quale poter contare, gli altri enti mutualistici (specialmente quello dei coltivatori diretti) sono in condizioni di bancarotta perchè non hanno più la possibilità di gestire alcun tipo di assistenza sanitaria.

Vi è, poi, un'altra cosa che vorrei far presente all'onorevole Ministro: la disarticolazione che verrà a crearsi soprattutto per gli autonomi dal momento che al vertice mettiamo il commissario che liquida le gestioni e nelle singole mutue provinciali mettiamo dei commissari di gestione.

Ora vorrei sapere se i bilanci delle singole mutue provinciali, sia pure accorpate per gestioni similari saranno approvati dalle Regioni o dal commissario straordinario nazionale liquidatore, che non ha più il potere di approvare i bilanci stessi. Questo il disegno di legge non lo dice.

Vorrei sapere, inoltre, se le sedi provinciali dell'INAM, che naturalmente diventeranno delle articolazioni regionali, faranno dei bilanci autonomi o se si faranno dei bilanci per regioni, oppure se si farà ancora un bilancio unico nazionale. Neppure questo aspetto è chiarito dal provvedimento.

Passando al problema del personale degli enti mutualisti, desidero far presente che neppure quest'aspetto è stato sufficientemente chiarito. Vorrei chiedere agli onorevoli colleghi, che si accingono ad approvare questo provvedimento, dove andrà a finire il personale dirigente degli enti che scioglia-

mo. In quale Regione sarà assunto? Questo aspetto è fonte di notevoli perplessità per centinaia, se non per migliaia di dipendenti di enti mutualistici.

Per quanto riguarda il comitato di gestione, che è stato creato e posto alle dipendenze del Ministero della sanità, il quale dovrà avere una funzione molto importante, esclude dal suo esecutivo i commissari liquidatori degli enti. Secondo me ciò poteva essere evitato rendendo obbligatoria la partecipazione di questi commissari per rappresentare, perlomeno, la continuità tra la vecchia e la nuova gestione.

Sono, altresì, molto perplesso su alcune modifiche apportate al testo così come noi l'avevamo licenziato dopo tanto lavoro. Faccio l'esempio dell'articolo 9, ex articolo 3 (lo ricordo perchè si tratta di una proposta che feci proprio io). Accanto all'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza con le case di cura private e con le industrie farmaceutiche, noi avevamo messo anche l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza con le farmacie esistenti nella Regione. La Camera dei deputati ha modificato questo punto escludendo le farmacie; di modo che in base a questo provvedimento, che dovrebbe ispirarsi a criteri di giustizia, colui che ha una partecipazione azionaria, sia pure di 10 mila lire, nella Farmitalia o nella Carlo Erba non può avere, *stricto iure*, la convenzione con la Regione, mentre può averla chi ha una farmacia o è il coniuge di un titolare di farmacia. Vorrei, quindi, che mi venissero spiegate queste incongruenze.

Mi piacerebbe sapere, ancora (dal momento che non ho avuto il tempo di leggere il resoconto stenografico delle sedute della Camera), per quale ragione non si è fatto cenno a cosa succederà il 1° luglio per le convenzioni che gli enti mutualistici hanno stipulato con gli ospedali pubblici e privati, con gli enti di ricerca e con i poliambulatori formati da più professionisti sotto forma di società. Nel disegno di legge non se ne parla; per cui non sappiamo che cosa accadrà nei predetti enti il 1° luglio. Facilmente saranno cacciati fuori i mutuati che non potranno essere assistiti.

12^a COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (28 giugno 1977)

DAL FALCO, ministro della sanità. Mi perdoni, ma non c'è una soluzione di continuità giuridica.

COSTA. Mi auguro, signor Ministro, che la sua interpretazione sia quella giusta; però il testo del disegno di legge non lo dice. Anzi, se noi lo potessimo precisare, sarebbe cosa veramente utile perchè contribuiremmo certamente a dare un apporto positivo al provvedimento.

Quando nella legge n. 386 prevedemmo la possibilità per coloro che non erano coperti da assistenza mutualistica di avere l'assistenza ospedaliera dietro versamento di una certa somma, noi facemmo un fatto sociale veramente positivo perchè tanta gente ha potuto godere dell'assistenza ospedaliera versando la cifra di 60 mila lire. Con questo provvedimento, invece, non diamo ancora a tutti i cittadini italiani la possibilità di fruire dell'assistenza generica e specialistica.

MERZARIO. Ci sono le Regioni che l'assicurano; e persino a Gianni Agnelli, che le 60 mila lire giornaliere le può certo pagare.

COSTA. Un'altra cosa che mi permetto di criticare, signor Presidente, è l'aver cambiato l'articolato laddove si parla delle convenzioni e delle partecipazioni. La nostra Commissione aveva fatto un passo avanti attribuendo alla FNOOMM solo ed esclusivamente il compito di attenersi all'aspetto tecnologico della decisione. L'aver voluto la Camera cambiare il testo e dire che ha un voto consultivo costituisce, a mio parere, un passo indietro, perchè una cosa è partecipare, sia pure per un settore particolare, e un'altra cosa è dire che è *ad libitum* di chi indice la riunione invitare i rappresentanti dei medici. Ed a proposito dei medici non credo sia giusto che ogni occasione sia buona per ricordare le così dette malefatte dei medici. Ogni categoria professionale ha nel proprio seno i buoni ed i meno buoni.

Anche la categoria dei medici ha il proprio rappresentante che si fa arrestare dopo aver eseguito l'operazione, come recentemente è successo a Napoli. Ma non per questo

possiamo condannare l'intera classe. Nei limiti delle mie possibilità ho biasimato lo sciopero fatto dai medici negli anni passati e in questi tre giorni; tuttavia debbo dire che i medici nella grande maggioranza hanno fatto e continuano a fare il loro dovere abbastanza bene, tra inaudite incomprensioni, perchè oggi è facile dare la caccia alle streghe e dire che il sistema sanitario non funziona per colpa dei medici. Le cause per cui il sistema sanitario non funziona sono a monte e non sono attribuibile solo ai medici. Essi sono corresponsabili come tutte le altre categorie sociali (classe politica, dirigenti, le mutue, eccetera); ma certamente non sono soltanto loro che debbono pagare per questa penosa situazione esistente nel settore sanitario nazionale.

Io sono preoccupato, onorevoli colleghi, per il fatto che il 31 dicembre 1977 ci troveremo con una massa di lavoratori esasperati, in situazioni anomale, poco chiare. Una volta scomparse le mutue, le competenze passerebbero tutte agli uffici regionali; ora tra commissario liquidatore, commissario straordinario, enti regione che in periferia non hanno articolazione, enti regione che non hanno mezzi (in Italia c'è la Lombardia ma c'è anche la Basilicata), non vorrei che dopo uno o due anni di applicazione della legge ci trovassimo come per la riforma ospedaliera, i cui rendiconti registrano un *deficit* di 1.650 miliardi; *deficit* che, se non viene colmato, impedisce che si saldino i conti con i fornitori degli ospedali.

La riforma ospedaliera, varata nel 1968, avrebbe dovuto soprattutto ammodernare la rete ospedaliera italiana ed adeguare le prestazioni ai livelli europei, creando nel contempo una nuova classe di operatori sanitari.

Tutto questo, purtroppo, fino ad oggi non è ancora avvenuto.

Io mi auguro, onorevoli colleghi, facendo mio il voto espresso dal collega Rampa, che il Parlamento possa finalmente e con rapidità colmare il vuoto che stiamo creando col provvedimento; perchè oggi le Regioni, con le leggi nn. 386, 382 e 309, potrebbero anche non aver più bisogno della riforma sanitaria, e ciò sarebbe una grave iattura perchè

12^a COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (28 giugno 1977)

la nuova organizzazione sanitaria del paese risulterebbe disarticolata e frammentaria.

Un paese civile e moderno non può non avere un'organizzazione sanitaria unitaria, sia pure con diverse articolazioni periferiche. E questa è stata ed è la volontà di noi tutti, che ci auguriamo possa trovare sollecita e completa attuazione.

RUFFINO. Desidero avanzare solo qualche brevissima osservazione.

Altri colleghi hanno già autorevolmente espresso il loro imbarazzo e rammarico per il modo in cui viene affrontato un tema di così rilevante significato e di così notevole importanza come quello in esame, nonchè per i tempi estremamente ridotti, per non dire iugulatori, a nostra disposizione. Io vorrei sottolineare tre rischi presenti, a mio modesto avviso, nel disegno di legge e legati al modo in cui esso viene portato avanti, per sottoporli alla sensibilità dei colleghi.

Il primo è rappresentato dal fatto che assistiamo ad una dequalificazione dell'assistenza piuttosto che a un suo miglioramento qualitativo. Per la verità abbiamo già assistito ad un fatto analogo in sede di applicazione della legge n. 386: ho vissuto allora l'esperienza a livello regionale e devo dire che non è stata certamente un'esperienza positiva. Il problema non si risolve trasferendo tutte le funzioni, *ipso facto*, alle Regioni; anzi, tale impostazione aggrava, secondo me, la situazione, introducendo problemi di una gravità eccezionale.

Il secondo rischio è quello di un conflitto di competenze tra i commissari straordinari ed i commissari liquidatori in quanto non esiste un'esatta determinazione e qualificazione di competenze, nel provvedimento, per gli uni e per gli altri. Vi è inoltre, insito nella norma, un altro conflitto di competenze tra commissari e Regioni.

Il terzo rischio è quello della nascita di un conflitto tra il personale.

Ciò detto, per quanto riguarda il resto mi richiamo alle osservazioni del collega Rampa, in modo particolare per quanto riguarda il problema della libera professione, che credo vada senz'altro definito. Penso comunque che nella seduta di domani potremo punta-

lizzare attraverso opportuni ordini del giorno quelle questioni che potrebbero dar luogo a difficoltà d'interpretazione.

MINNOCCHI. Signor Presidente, vorrei un chiarimento dal signor Ministro e dal relatore sul secondo comma dell'articolo 1, il quale stabilisce che sono sciolti, a decorrere dal 1° luglio 1977, sentite le province autonome di Trento e di Bolzano, gli organi di amministrazione degli enti, fondi e casse mutue anche aziendali, comunque strutturati, preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, individuati dall'articolo 1, primo comma, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1977. Ora tale decreto ha individuato, ai fini dello scioglimento di enti mutualistici, anche libere forme di mutualità privata, per cui mi sembra che la disposizione di cui sopra potrebbe in qualche modo essere sottoposta a giudizio di incostituzionalità in rapporto al primo comma dell'articolo 18 e all'ultimo comma dell'articolo 38 della Costituzione, in quanto potrebbe ledere i diritti di enti ed organismi privati all'assistenza sanitaria integrativa, all'autonomia amministrativa ed alla libera disponibilità patrimoniale.

Io non intendo sollevare adesso il problema dell'opportunità o meno dello scioglimento anche di queste forme di erogazione mutualistica; non vorrei però che adottassimo un provvedimento suscettibile di essere in futuro sottoposto ad un eventuale giudizio di costituzionalità o comunque tale da dar vita ad un grosso contenzioso. Vorrei quindi sapere se il comma deve intendersi riferito solo ad enti in regime mutualistico pubblico, perchè in tal caso non sorgerebbe alcuna questione; nel caso contrario mi domando come sarebbe possibile non solo procedere allo scioglimento di enti privati, ma addirittura nominare un commissario per tali enti, i quali, tra l'altro, non si avvalgono neppure di un minimo contributo a carico dello Stato.

Personalmente, come ho più volte detto, sono convinto che debba scomparire ogni forma di mutualità che non venga ricondotta al servizio sanitario nazionale: comunque gradirei opportuni chiarimenti.

12^a COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (28 giugno 1977)

DAL FALCO, *ministro della sanità*.
Preciso subito che gli enti privati sono esclusi essendo stata la possibilità di costituire mutue private, con contribuiti cioè dei singoli aderenti ed escluso comunque quello dello Stato, recentemente riconfermata anche dalla Commissione sanità della Camera!

Ad ogni modo, sulla richiesta del senatore Minnoci mi riservo di fornire ulteriori chiarimenti domani, dopo aver riscontrato anche il resoconto sommario dei lavori della Camera.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato alla seduta di domani.

La seduta termina alle ore 19.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. GIULIO GRAZIANI