

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 320<sup>a</sup> SEDUTA PUBBLICA

### RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 13 GIUGNO 1985

(Pomeridiana)

Presidenza del presidente COSSIGA,  
indi del vice presidente DE GIUSEPPE  
e del vice presidente ENRIQUES AGNOLETTI

#### INDICE

<b>CALENDARIO DEI LAVORI DELL'ASSEMBLEA</b>		
· Variazioni .....	Pag. 9	
<b>COMMEMORAZIONE DEL SENATORE ANTONIO BISAGLIA</b>		
PRESIDENTE .....	3	
DEGAN, <i>ministro della sanità</i> .....	5	
<b>CONGEDI E MISSIONI</b> .....	3	
<b>CORTE DEI CONTI</b>		
Trasmissione di relazioni sulla gestione finanziaria di enti .....	8	
<b>DISEGNI DI LEGGE</b>		
Annunzio di presentazione .....	6	
Approvazione da parte di Commissioni permanenti .....	7	
Assegnazione .....		Pag. 6
Nuova assegnazione .....		7
<b>Seguito della discussione:</b>		
«Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria» (195-quater) (Stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5 <sup>a</sup> Commissione, del disegno di legge n. 195 deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 22 novembre 1983);		
«Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere» (256-bis) (Stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983)		
<b>e delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063:</b>		
* CALÌ (PCI) .....		10
CAVAZZUTI (Sin. Ind.) .....		25

320<sup>a</sup> SEDUTA (pomerid.)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

13 GIUGNO 1985

MURATORE (PSI) .....	Pag. 31	<b>PARLAMENTO EUROPEO</b>	
ROSSANDA (PCI) .....	18	Trasmissione di documenti .....	Pag. 8
ROSSI (PRI) .....	28	<b>PROGRAMMA DEI LAVORI DELL'ASSEMBLEA</b>	
SIGNORELLI (MSI-DN) .....	15	Integrazioni .....	9
<b>GOVERNO</b>		<b>SENATO</b>	
Trasmissione di documenti .....	7	Composizione .....	6
<b>INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI</b>			
Annunzio .....	37, 39		
Per lo svolgimento di una interrogazione:			
PRESIDENTE .....	37		
* CROCETTA (PCI) .....	37		

---

N. B. — *L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore.*

## Presidenza del presidente COSSIGA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 17).  
Si dia lettura del processo verbale.

ROSSI, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del giorno precedente.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

### Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i senatori: Buffoni, Campus, Colella, Conti Persini, Crollanza, De Cinque, Lipari, Meriggi, Miana, Romei Carlo, Rumor, Spano Ottavio, Tomelleri, Urbani, Vassalli, Vernaschi.

### Commemorazione del senatore Antonio Bisaglia

PRESIDENTE. (Si leva in piedi e con lui tutta l'Assemblea) Signori senatori, è quasi passato un anno da quando, il 24 giugno 1984, scompariva in un tragico incidente il nostro collega Antonio Bisaglia. Fu per noi una notizia sconvolgente anche per le imprevedibili circostanze in cui avvenne, circostanze che avrebbero dovuto essere di lievezza e di sereno riposo, cosa che egli spesso non si poteva permettere. Notizia sconvolgente quella di una vita spezzata in una stagione felice e rinnovata della sua esistenza.

Ad un anno da allora sembra doveroso al Presidente del Senato ed all'amico ricordare in questa Aula, di fronte a tanti senatori che accolsero con costernazione la notizia della tragedia, la figura di un collega parlamentare, di un uomo politico, di uno dei militanti del movimento democratico cattolico e di uno dei più eminenti esponenti della Democrazia cristiana, un protagonista importante della vita politica del nostro paese.

Coloro che hanno avuto modo di conoscere da vicino Toni Bisaglia sanno del suo attaccamento ai valori della democrazia e del pluralismo, del rispetto che egli aveva anche nei confronti dei suoi avversari più decisi, della sua capacità di andare oltre i preconcetti che possono nascere dagli schieramenti per affrontare, con semplicità e realismo, alla radice, i problemi della società.

Antonio Bisaglia aveva profonda conoscenza dei problemi dello sviluppo di una larga democrazia di base, di una democrazia partecipata, in cui ogni componente si sforza di comprendere gli altri, allo scopo di realizzare le condizioni ideali per la prosecuzione di un disegno comune di civiltà e di progresso: gli era di insegnamento il ricordo della feconda vita sociale e politica delle comunità della sua Rovigo e del suo Polesine, che hanno avuto sempre un posto importante nella società italiana per le forti lotte di massa democratiche che in quella zona si sono sviluppate.

All'indomani della sua elezione a presidente del Gruppo dei senatori della Democrazia cristiana, Bisaglia dichiarò: «La vita democratica procede assai spesso per contrasti. Quello che conta è di riuscire nei momenti decisivi a mettere da parte opinioni più particolari e di trovare punti di contatto e di unità».

In uno dei suoi ultimi discorsi in quest'Aula, disse che l'integralismo, vestito di panni religiosi o di panni laicisti, apparteneva a un vecchio periodo della nostra storia. Per le sue stesse radici popolari, egli rivendicava costantemente l'esigenza del dialogo e ha sempre nutrito un grande rispetto per gli avversari politici.

Egli ebbe senso dello Stato, coscienza dello sviluppo del nostro sistema democratico nelle sue articolazioni locali e regionali e non trascurò mai — fin dai tempi della milizia nelle file della giovane Democrazia cristiana di Rovigo — l'impegno in favore dei contadini, dei salariati, dei poveri, un

impegno popolare di riforme e di promozione sociale: questo fu il suo primo impegno, che marcò il suo sentire e il suo fare politica.

E sempre tornò con la memoria e con il cuore e con l'impegno a questa sua origine, anche quando fu chiamato a nuove esperienze in posti di grande responsabilità nel partito e nel Governo.

Antonio Bisaglia nacque a Rovigo il 31 marzo 1929, ultimo dei sette figli di un ferroviere. La sua non fu un'infanzia felice: i primi studi in seminario, poi la guerra, la fame, sì, la fame!

Nel 1945, a sedici anni, si decise per l'impegno politico, iscrivendosi alla Democrazia cristiana.

Un anno dopo pronunciò, nel suo Polesine, il suo primo discorso.

La sua formazione religiosa e culturale maturò attraverso le esperienze vissute in seno all'Azione cattolica.

La visione politica, sempre chiara, serena, pragmatica, prese forma nelle organizzazioni giovanili del suo partito.

Bisaglia fu delegato provinciale dei gruppi giovanili della DC dal 1951 al 1958; fu eletto consigliere nazionale del movimento giovanile dal congresso nazionale di Ostia del 1951 e fu successivamente rieletto in quello di Modena.

L'impegno per il Polesine — specialmente dopo le tragiche alluvioni del 1951 — fu uno degli elementi dominanti della vita politica di Bisaglia. Il suo lavoro di quegli anni, con la Coldiretti, mise in luce la sua straordinaria tenacia, il realismo e la capacità mediatrice di un grande organizzatore, il suo amore per la gente tra la quale era nato e tra la quale era vissuto.

Dopo aver ricoperto diverse cariche a livello comunale, provinciale e regionale, Antonio Bisaglia fu deputato ininterrottamente dalla IV alla VII legislatura e, a partire dal 1972, ricoprì vari incarichi di Governo: Ministro dell'agricoltura nel 5° Governo Rumor, Ministro della partecipazioni statali nel 4° e 5° Governo Moro e nel 4° e 5° Governo Andreotti.

Bisaglia fu eletto per la prima volta senatore il 3 giugno 1979, nel collegio di Bassano

del Grappa, con oltre 77.000 voti. Nominato Ministro dell'industria nei due Governi da me presieduti, fu riconfermato in tale incarico nel Governo Forlani.

Il suo impegno nel settore delle fonti energetiche, rivolto essenzialmente alla riduzione dei consumi, allo sviluppo delle fonti rinnovabili ed alla disciplina delle scorte, ha consentito il superamento di momenti difficili per la nostra economia. Le Camere di commercio, le imprese chimiche della Sardegna, la GEPI sono tutti campi in cui proficuamente si è svolta l'opera di Bisaglia.

Tornato a Palazzo Madama dopo le elezioni del 26 giugno 1983, Antonio Bisaglia fu eletto presidente dei senatori democristiani il 19 luglio 1983, quale riconoscimento per le sue indiscusse doti di *leader* di grande prestigio.

Come presidente del Gruppo dei senatori della Democrazia cristiana egli si è comportato con grande correttezza e, vorrei aggiungere, con grande umiltà. Antonio Bisaglia conosceva i meccanismi delle procedure parlamentari e aveva la capacità di saperli utilizzare sempre però nel più profondo rispetto delle ragioni degli altri, convinto come era che nella dialettica democratica non si deve mai inseguire il fantasma della vittoria totale.

Egli ebbe certo una fortissima personalità: fu al centro di forti contrasti, ebbe grandi amici, ma ebbe anche fermi avversari. La sua vita fu contrastata e spesso dolorosa. Può essere sembrato talvolta uomo di sentimenti duri. Ma il vero sostrato dell'animo suo era un altro.

Non poca fu la meraviglia di quelli di noi che furono messi subito a parte che Toni, in qualche foglietto, aveva tracciato — singolare premonizione — una bozza di testamento spirituale.

Leggiamolo: «Questi sono i miei ultimi pensieri e le mie ultime riflessioni. Anzitutto il mio primo pensiero di fede e di riconoscenza va al Signore mio Dio e Padre che tanto mi ha dato di intelligenza e soddisfazioni.

A tutti coloro che in me hanno riposto fiducia voglio dire che posso lasciare questo passaggio dopo aver lavorato per le comuni idee con serietà, onestà e impegno. Ai tanti

amici va la mia gratitudine per il bene che insieme abbiamo fatto.

Chiedo perdono a Dio per i peccati commessi e a tutti per le mancanze e gli errori compiuti.

Ho ricevuto del male ma, per tutti quelli che me né hanno fatto, ti chiedo, Signore, perdono...».

Per alcuni fu meraviglia leggere queste parole, non per me che lo ebbi compagno di partito, collega e collaboratore di Governo, leale, non facile, prezioso, intelligente e preparato, ma che lo ebbi soprattutto amico, un caro amico, di una amicizia fatta di riservatezza, ma di cui ebbi testimonianze vivissime in momenti cruciali della mia vita politica e personale.

Nei suoi ultimi interventi parlamentari del 1984 Bisaglia ebbe alcune intuizioni che ritengo rilevanti per definire meglio la sua personalità. Egli riaffermò più volte la necessità, proprio durante la discussione del decreto sul costo del lavoro, che occorreva ritrovare, comunque, al di là dello scontro politico e delle differenziazioni, la possibilità di incontro e di dialogo, che facesse prevalere la volontà di evitare fratture non ricomponibili.

Come ho già ricordato egli era contrario ad ogni integralismo. Non aveva — e l'insegnamento della sua terra, delle sue tradizioni tipicamente popolari lo riconducevano inevitabilmente a questa esperienza — nessuna preclusione ideologica. Pur essendo un cattolico, non amava recitare «da cattolico», anzi riproponeva una figura laica, di quella tradizione caratteristica nel Veneto della fine dell'Ottocento in cui liberalismo, laicità e tradizioni operaie e contadine si fondevano in un insieme armonico che, in giorni drammatici, si rivelarono fruttuosi per la saldatura tra istituzioni e società.

Era conoscitore della storia della sua terra, del Veneto, della storia civile, politica ed ecclesiastica. E, forte di questa sua conoscenza, poco tempo prima della sua scomparsa, polemizzando «a distanza» con chi aveva in uno scritto ripreso la cantilena del «Veneto-Vandea» e del «clericalismo veneto», egli mi spiegava come il Veneto, ed in esso il movimento popolare, fosse cattolico sì, ma laico,

per la stessa tradizione culturale del giurisdizionalismo e del riformismo della Repubblica di Venezia e dell'Austria di Maria Teresa e di Giuseppe II.

Nel partito fu uomo di lotta, ma soprattutto di mediazione, mai di compromesso: non glielo permettevano le sue semplici convinzioni di popolare veneto.

Con Antonio Bisaglia scompare un volto della Democrazia cristiana. Scompare altresì un uomo profondamente legato alle sue origini, al Veneto, dal quale ha tratto una fede tenace, in continuo confronto con la durezza di una terra difficile, una precoce esperienza umana e politica, una sincera solidarietà che lo ha accompagnato per tutta la vita.

Questo sacrificio continuo, che solo i grandi uomini politici hanno vissuto, Bisaglia lo ha conosciuto bene. Senza l'intensità quotidiana dell'impegno non si cresce in democrazia. Ed è proprio dopo un periodo di straordinario lavoro parlamentare, di aspri confronti in cui più gravoso si fece il compito di guidare il proprio Gruppo in quest'Aula, che un attimo di meritato riposo si trasformò per Bisaglia in un'assurda tragedia.

Ricordiamo il senatore Antonio Bisaglia, politico e parlamentare, qui in quest'Aula ove egli lavorò per il paese, con costume di civile tolleranza, con spirito democratico, con profondo senso di amore alla gente.

DEGAN, *ministro della sanità*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DEGAN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, nell'associarmi a nome del Governo al ricordo di Toni Bisaglia, improvvisamente e tragicamente scomparso un anno fa, e nel rinnovare il più vivo sentimento di solidale cordoglio ai suoi cari, mi sia consentito di aggiungere alle così nobili e alte parole del Presidente queste poche mie.

Toni fu per me un fraterno maestro e, pur nella riservatezza di una confidenza peraltro solida, mille episodi mi sovengono della sua vita. Il trascorrere del tempo appanna i particolari, ma fa emergere la sua lezione essen-

ziale, la coerenza lucida del suo pensiero e della sua azione politica accompagnate da una capacità straordinaria di essere amico attento e sensibile. La morte lo ha colto quando questa sua qualità si esprimeva con sempre maggiore chiarezza, inserita in una visione delle vicende politiche sempre più vasta e acutamente capace di sondarne l'evoluzione storica, e rivelava una sempre più acuta attenzione alle cose essenziali, sfrondate dalle tensioni del quotidiano. È per

questo che il vuoto da lui lasciato ci appare ancora oggi tanto grande.

Signor Presidente, rinnovo il sentimento di cordoglio a quanti sentono ancora vivo il dolore per la dipartita di Toni Bisaglia.

PRESIDENTE. In segno di lutto sospendo la seduta.

(La seduta, sospesa alle ore 17,20, è ripresa alle ore 17,30).

## Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE

### Senato, composizione

PRESIDENTE. Informo che la Giunta delle elezioni e delle immunità parlamentari ha comunicato che, occorrendo provvedere, ai sensi dell'articolo 21 della legge elettorale per il Senato, alla attribuzione del seggio residuo vacante nella regione Lombardia, in seguito alla morte del senatore Libero Della Briotta, ha riscontrato, nella seduta del 13 giugno 1985, che il primo dei candidati non eletti del Gruppo, cui il predetto senatore apparteneva, è il signor Maurizio Noci.

Do atto alla Giunta di questa sua comunicazione e proclamo senatore il candidato Maurizio Noci per la regione Lombardia.

Avverto che da oggi decorre, nei confronti del nuovo proclamato, il termine di venti giorni per la presentazione di eventuali reclami.

Informo che la Giunta delle elezioni e delle immunità parlamentari ha comunicato che, nella seduta del 12 giugno 1985, ha verificato non essere contestabili le elezioni dei seguenti senatori e, concorrendo negli eletti le qualità richieste dalla legge, le ha dichiarate valide:

per la regione Lazio: Anderlini, Argan, Bompiani, Bufalini, Costa, D'Agostini, Del Noce, Evangelisti, Ferrara Maurizio, Finestra, Ianni, Maffioletti, Marchio, Muratore, Ossicini, Perna, Pollastrelli, Ranalli, Ruffilli,

Schietroma, Scoppola, Signorelli, Valitutti, Vassalli, Vella, Venanzetti, Viola;

per la regione Veneto: Angelin, Cengarle, Codazzi, Colombo Vittorino, De Toffol, Degan, Ferrari-Aggradi, Giacometti, Girardi, Giugni, Gradari, Leopizzi, Lipari, Melotto, Neri, Ongaro Basaglia, Pavan, Puppi, Riva, Rumor, Sega, Spano Roberto, Tomelleri;

per la regione Trentino-Alto Adige: Brugger, Fontanari, Kessler, Mascagni, Mitterdorfer, Postal, Vettori.

Do atto alla Giunta di questa sua comunicazione e dichiaro convalidate tali elezioni.

### Disegni di legge, annuncio di presentazione

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente disegno di legge d'iniziativa dei senatori:

PETRARA, URBANI, MARGHERI, FELICETTI, POLLASTRELLI, CONSOLI, BAIARDI, POLLIDORO, VOLPONI, LOPRIENO e DI CORATO. — «Norme per l'installazione di impianti tecnici» (1385).

### Disegni di legge, assegnazione

PRESIDENTE. Il seguente disegno di legge è stato deferito

— in sede referente:

alla 3ª Commissione permanente (Affari esteri):

«Ratifica ed esecuzione della terza Convenzione tra la Commissione e il Consiglio delle Comunità Europee e gli Stati membri delle stesse, da una parte, e gli Stati ACP, dall'altra, con 8 Protocolli, Atto finale e 54 Allegati, firmati a Lomè l'8 dicembre 1984, nonché dell'Accordo interno relativo ai provvedimenti da prendere e alle procedure da seguire per l'applicazione della predetta terza Convenzione e dell'Accordo interno sul finanziamento e la gestione degli aiuti comunitari, firmati a Bruxelles il 19 febbraio 1985» (1291), previ pareri della 1ª, della 2ª, della 4ª, della 5ª, della 6ª, della 7ª, della 8ª, della 9ª, della 10ª, della 11ª e della 12ª Commissione e della Giunta per gli affari delle Comunità europee.

#### Disegni di legge, nuova assegnazione

PRESIDENTE. Su richiesta della 1ª Commissione permanente (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno, ordinamento generale dello Stato e della pubblica amministrazione), è stato deferito in sede deliberante alla Commissione stessa il seguente disegno di legge, già assegnato a detta Commissione in sede referente:

COVATTA ed altri. — «Contributo alla casa di riposo per artisti drammatici 'Lyda Borelli'» (1037).

#### Disegni di legge, approvazione da parte di Commissioni permanenti

PRESIDENTE. Nelle sedute di ieri, le Commissioni permanenti hanno approvato i seguenti disegni di legge:

2ª Commissione permanente (Giustizia):

Deputati CASINI Carlo; CRESCO ed altri. — «Immissione nel ruolo del personale della

carriera ausiliaria degli autisti del Ministero di grazia e giustizia assunti ai sensi della legge 11 novembre 1982, n. 861» (1141-B) (Approvato dalla 4ª Commissione permanente della Camera dei deputati, modificato dalla 2ª Commissione permanente del Senato e nuovamente modificato dalla 4ª Commissione permanente della Camera dei deputati), con modificazioni;

4ª Commissione permanente (Difesa):

«Concessione dell'uso della bandiera nazionale prevista dal decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 25 ottobre 1947, n. 1152, al Corpo della Croce rossa italiana e al Corpo delle infermiere volontarie della Croce rossa italiana» (755) (Approvato dalla 7ª Commissione permanente della Camera dei deputati);

«Ammodernamento e rinnovamento del servizio dei fari e del segnalamento marittimo (1266) (Approvato dalla 7ª Commissione permanente della Camera dei deputati);

6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

«Autorizzazione a cedere all'amministrazione provinciale di Trieste un immobile appartenente al patrimonio dello Stato sito in Trieste, via XXX Ottobre n. 7, in permuta di una porzione del nuovo edificio sito nella stessa città, via Lamarmora n. 17, di proprietà di detta Amministrazione» (1327);

9ª Commissione permanente (Agricoltura):

Deputati VENTRE ed altri. — «Norme per il confezionamento dei formaggi freschi a pasta filata» (1255) (Approvato dalla 11ª Commissione permanente della Camera dei deputati).

#### Governo, trasmissione di documenti

PRESIDENTE. Il Ministro del tesoro ha inviato, ai sensi dell'articolo 9 della legge 24 gennaio 1978, n. 14, la comunicazione concernente la nomina della dottoressa Luciana Acquafresca a membro del Consiglio di amministrazione a medio termine alle medie e

piccole imprese del Lazio (Mediocredito del Lazio).

Tale comunicazione è stata trasmessa, per competenza, alla 6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro).

Il Ministro dell'agricoltura e delle foreste ha inviato, ai sensi dell'articolo 9 della legge 24 gennaio 1978, n. 14, la comunicazione concernente la nomina del dottor Pasquale Laera, del dottor Rinaldo Rigon, del dottor Giovanni Mannoni, del dottor Giovanni Barba, del dottor Roberto Ruggeri, del dottor Rigoberto D'Autilia e del dottor Emilio Colombo a membri del Consiglio di amministrazione dell'Istituto sperimentale per le colture foraggere di Lodi.

Tale comunicazione è stata trasmessa, per competenza, alla 9ª Commissione permanente (Agricoltura).

Il Ministro del tesoro, con lettera in data 4 giugno 1985, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 28, terzo comma, della legge 24 maggio 1977, n. 227, la relazione sull'attività svolta dalla Sezione speciale per l'assicurazione del credito all'esportazione (SACE) e sugli interventi dell'Istituto centrale per il credito a medio lungo termine (Mediocredito centrale) nel settore del finanziamento delle esportazioni per il secondo semestre 1984 (*Doc. XLIX-bis*, n. 4).

Detto documento sarà trasmesso alle Commissioni permanenti 6ª e 10ª.

Il Ministro dei lavori pubblici, presidente dell'ANAS, con lettera in data 6 giugno 1985, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 2 della legge 19 marzo 1985, n. 95, la relazione sulla situazione manutentoria della rete delle strade ed autostrade statali (*Doc. XXVII*, n. 4).

Detto documento sarà inviato alla 8ª Commissione permanente.

#### **Corte dei conti, trasmissione di relazioni sulla gestione finanziaria di enti**

**PRESIDENTE.** Il Presidente della Corte dei conti, con lettere in data 4 e 7 giugno 1985, ha trasmesso, in adempimento al di-

sposto dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, le determinazioni e le relative relazioni sulla gestione finanziaria dei seguenti enti:

Istituto della enciclopedia italiana «G. Treccani», per gli esercizi dal 1980 al 1983 (*Doc. XV*, n. 77);

Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei veterinari, per gli esercizi dal 1976 al 1983 (*Doc. XV*, n. 78).

Detti documenti saranno inviati alle competenti Commissioni permanenti.

#### **Parlamento europeo, trasmissione di documenti**

**PRESIDENTE.** Il Presidente del Parlamento europeo ha trasmesso il testo di quattro risoluzioni, approvate da quell'Assemblea rispettivamente il 17 aprile 1985 la prima, il 18 aprile 1985 la seconda e la terza, e il 19 aprile 1985 l'ultima, concernenti:

«La posizione del Parlamento europeo nei confronti dei lavori del Consiglio europeo concernenti l'Unione europea» (*Doc. XII*, n. 89);

«Il riconoscimento sul piano europeo dei diplomi e dei certificati di qualificazione professionale conseguiti a livello nazionale» (*Doc. XII*, n. 90);

«La chiusura della procedura di consultazione del Parlamento europeo sulla proposta della Commissione delle Comunità europee al Consiglio concernente una direttiva relativa alla semplificazione dei controlli e delle formalità cui debbono sottostare i cittadini degli Stati membri che attraversano le frontiere intracomunitarie» (*Doc. XII*, n. 91);

«La chiusura della consultazione del Parlamento europeo sulla proposta della Commissione delle Comunità europee al Consiglio concernente un regolamento che modifica il regolamento (CEE) n. 543/69 relativo all'armonizzazione di alcune disposizioni in materia sociale nel settore dei trasporti su strada e il regolamento (CEE) n. 1463/70 relativo al-



l'istituzione di un apparecchio di controllo nel settore dei trasporti su strada» (*Doc. XII, n. 92*).

Detti documenti saranno inviati alle competenti Commissioni permanenti.

#### Programma dei lavori dell'Assemblea, integrazioni

PRESIDENTE. La Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari, riunitasi questa mattina con la presenza dei Vice Presi-

denti del Senato e con l'intervento del rappresentante del Governo, ha adottato all'unanimità — ai sensi dell'articolo 54 del Regolamento — la seguente integrazione al programma dei lavori del Senato.

— disegno di legge n. 1378. — Modifiche allo Statuto della regione Toscana (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

Non facendosi osservazioni, la suddetta integrazione al programma si considera definitiva ai sensi del succitato articolo 54 del Regolamento.

#### Calendario dei lavori dell'Assemblea, variazioni

PRESIDENTE. La Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari, riunitasi questa mattina con la presenza dei Vice Presidenti del Senato e con l'intervento del rappresentante del Governo — dopo aver stabilito che nelle odierne sedute pomeridiana e notturna si concluda la discussione generale dei disegni di legge sulla sanità, comprese le repliche della Commissione e del Governo — ha adottato all'unanimità — ai sensi dell'articolo 55 del Regolamento — le seguenti modifiche ed integrazioni al calendario dei lavori dell'Assemblea per il periodo dal 14 al 21 giugno 1985.

Venerdì	14 giugno	(antimeridiana) (h. 10)	} — Disegno di legge n. 316. — Revisione della legislazione valutaria ( <i>Discussione generale e repliche della Commissione e del Governo</i> )
Martedì	18 »	(pomeridiana) (h. 16)	
Mercoledì	19 »	(pomeridiana) (h. 16,30)	} — Disegno di legge n. 1378. — Modifiche allo Statuto della regione Toscana ( <i>Approvato dalla Camera dei deputati</i> )
		(la mattina è riservata alle sedute delle Commissioni)	
	»	19 »	} — Seguito dei disegni di legge nn. 195- <i>quarter</i> e 256- <i>bis</i> (con mozioni connesse) — Norme per la programmazione sanitaria ( <i>Votazione delle mozioni - esame degli articoli e degli emendamenti</i> )
		(notturna) (h. 21)	

				— Disegni di legge nn. 317-589-662. — Ordinamento della professione di psicologo (dalla sede redigente per la sola votazione finale)
Giovedì	20 giugno	(antimeridiana)	(h. 9,30)	— Disegno di legge n. 1331-B. — Conversione in legge del decreto-legge sul condono edilizio (Se trasmesso in tempo utile dalla Camera dei deputati - scade il 23 giugno 1985)
»	20 »	(pomeridiana)	(h. 16,30)	
»	20 »	(notturna)	(h. 21)	
Venerdì	21 »	(antimeridiana)	(h. 9,30)	— Seguito del disegno di legge n. 316. — Revisione della legislazione valutaria (Esame degli articoli e degli emendamenti)

Essendo state approvate all'unanimità, le suddette modifiche ed integrazioni hanno carattere definitivo.

**Seguito della discussione dei disegni di legge:**

«**Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria**» (195-quater) (Testo risultante dallo stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5ª Commissione, del disegno di legge n. 195, deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 22 novembre 1983).

«**Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere**» (256-bis) (Testo risultante dallo stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983).

**e delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni di legge nn. 195-quater e 256-bis, nonché delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063.

Proseguiamo nella discussione generale.

È iscritto a parlare il senatore Calì. Ne ha facoltà.

\* CALÌ. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, inserirsi in un dibattito su una problematica quale quella della salute pubblica, ormai da decenni offerta all'attenzione di pochi ed alla disattenzione di molti, è per lo meno imbarazzante. Volersi poi addentrare nel dedalo delle innumerevoli questioni, delle contrastanti ipotesi, delle contrapposte posizioni politiche alla ricerca della verità o delle verità diventa un'impresa assai ardua. Tuttavia tenterò di affrontare in un tempo ragionevole, anche per l'economia del dibattito, alcuni di quegli aspetti sui quali è lecito attendersi una convergenza di opinioni quando si abbandonino le rigide posizioni che non giovano in particolare a garantire lo stato di salute che, oltre ad essere un sacrosanto diritto sancito dalla Costituzione della Repubblica, è, tra l'altro, secondo un concetto ormai universalmente accettato, che desidero tuttavia sottolineare,

il prerequisite per lo sviluppo socio-economico di un paese e non il sottoprodotto di questo.

Già Gandhi, che con felice intuizione come prioritario affrontò il problema della salute pubblica, più di 50 anni fa ebbe a dire: «Dio non parla ad uno stomaco vuoto o ad un corpo malato perchè in tali situazioni non può farsi sentire neanche il messaggio dello sviluppo socio-economico il quale, a sua volta, migliora ulteriormente lo stato di salute». Del resto, 2.500 anni prima di lui Eraclito affermava che quando manca la salute la saggezza non può venire in luce, la cultura non può manifestarsi, la forza non può dar prova di sè, la ricchezza diventa inutile e l'intelligenza non può essere messa a frutto. Messaggi questi, ahimè — dobbiamo riconoscerlo — totalmente inascoltati, a giudicare dalla situazione socio-sanitaria che è sotto gli occhi di tutti, situazione che rischia peraltro di degenerare ulteriormente se ci si abbandona ad analisi che non sembrano nè serene nè obiettive.

Desidero riferirmi, per non andare troppo indietro nel tempo, a quanto è accaduto in questi ultimi mesi, e con maggiore intensità e fragore in fase preelettorale, cioè alla denuncia della improvvisa scoperta dei 100.000 miliardi di sprechi nei sette anni di riforma sanitaria, ai numerosi procedimenti promossi dalla Corte dei conti, alle decine di inchieste della magistratura, alle comunicazioni giudiziarie, agli arresti. Tutti episodi che starebbero a dimostrare l'inefficacia di una legge, la legge n. 833 di riforma sanitaria, che invece non è stata mai per lo meno interamente applicata. Non solo, ma mi sia consentito affermare che è a dir poco singolare che autorevoli personalità abbiano tentato di porre la gestione della sanità esclusivamente in termini di questione morale.

Certo, credo che nessuno possa negare che determinate situazioni siano effettivamente la spia di una questione morale, ma il problema di fondo è, secondo noi, senza dubbio soprattutto politico. Se infatti, tradendo lo spirito della legge di riforma, si è privilegiato l'ospedale piuttosto che le strutture di base, si è assunta una precisa responsabilità politica. Se nel rapporto pubblico-privato, su

cui ritornerò fra breve, si privilegia il privato, anche questo è un problema politico, così come squisitamente politiche sono le questioni che attengono al degrado delle strutture pubbliche, alla mancata applicazione di altre leggi che pur avrebbero garantito servizi territoriali essenziali — mi riferisco alla legge n. 180, alla legge sui consultori e ad altre — ed ancora al problema del controllo del personale, della sua non idonea distribuzione.

Se infine gli operatori sanitari, per la mancata riforma della facoltà di medicina, non sono ancora sufficientemente e culturalmente preparati ad affrontare le nuove problematiche della salute, anche questo è la conseguenza di pesanti responsabilità politiche che si cerca oggi di attutire e di ridimensionare facendo ricorso all'introduzione del numero programmato — argomento già trattato — che è lungi dal garantire un prodotto migliore, cioè figure professionali idonee a recepire le istanze della collettività, ne riduce solo il numero, peraltro con meccanismi, si dice, di dubbia costituzionalità e comunque senza la garanzia di una selezione obiettiva.

Noi riteniamo che la mancata riforma della facoltà di medicina — e numerosi sono i disegni di legge che giacciono in attesa di discussione — si configuri come uno degli aspetti più delicati di un discorso sulla sanità e abbia rappresentato forse l'ostacolo maggiore all'attuazione della legge n. 833, per cui vale forse la pena di soffermarvisi un istante. Su un punto non c'è dubbio: le facoltà di medicina vivono ormai una profonda, pluridecennale crisi i cui fattori causali sono di ordine culturale, sociale, politico, economico, strutturale e tecnologico. Crisi che si ripercuote innanzitutto sulla didattica che nel corso di un secolo è rimasta quasi imm modificata, nel senso che l'insegnamento è ancora oggi prevalentemente analitico, parcellizzato, divisionista, disorientante per lo studente, anzichè ispirato a una visione globale mirante agli obiettivi pertinenti che non sono solo cognitivi, ma anche e soprattutto psicomotori e psicoattivi. E tutto questo nonostante il fatto che la società attuale, sensibile ai contenuti della legge di riforma

sanitaria, consapevole, cioè, della necessità di un approccio nuovo ai problemi della salute, esiga una nuova impostazione del rapporto uomo-ambiente e quindi medico-società, un rapporto che privilegi innanzitutto la prevenzione primaria più che quella secondaria. A questo proposito dobbiamo riconoscere che nel primo dei disegni di legge al nostro esame questa esigenza è pienamente recepita. Infatti il primo degli obiettivi prioritari è appunto la prevenzione primaria, cioè l'individuazione, il controllo e la graduale eliminazione dei fattori di rischio dall'ambiente. Questa è la via maestra, la sola via che bisogna intraprendere se davvero vogliamo una migliore qualità di vita, la salute per tutti per l'anno 2000, secondo lo *slogan* dell'Organizzazione mondiale della sanità. Infatti è universalmente riconosciuto che per lo meno l'80 per cento della nostra patologia, come quella di tutti i paesi industrializzati, è una patologia ambientale: dalla bronchite cronica alle malattie mentali, dall'arteriosclerosi ai tumori maligni, dalle malattie infettive alle malformazioni, vi è tutto un ampio ventaglio di patologia ambientale.

Questa scelta contenuta nel disegno di legge è quindi di enorme rilevanza politica e culturale e bene faremmo a parlare più spesso anche di prevenzione primaria e non solo di assistenza, di ospedali, di posti-letto e così via.

La società però deve purtroppo rassegnarsi ad attendere ancora alcuni anni prima di disporre di operatori sanitari in grado di accogliere compiutamente queste istanze. Ancora una volta per tali ritardi non esistono convincenti giustificazioni o attenuanti. Come potrebbe un medico formatosi nelle attuali facoltà portare avanti il discorso della tutela della salute, cioè il discorso sulla politica della salute che è cosa profondamente diversa, addirittura rivoluzionaria rispetto alla vecchia politica dell'assistenza sanitaria, quella sulla quale purtroppo ancora oggi si basa la medicina attuale? E si badi che la nuova politica della salute costituisce uno dei contenuti più qualificanti della legge n. 833, approvata dalla grande maggioranza delle forze presenti in Parlamento.

Le profonde lacune culturali alle quali ho accennato poc'anzi fanno sì che l'operatore sanitario continui a privilegiare l'ospedale rispetto alle strutture territoriali di prevenzione anche perchè, forse, tali strutture territoriali sono scarse o assenti. Ma, privilegiando l'ospedale, non fa che contribuire al pericoloso, progressivo deterioramento del rapporto triangolare paziente-medico curante-ospedale, che in tutto il mondo si cerca di correggere o di arrestare convincendo il medico, per esempio, ad abbandonare il malvezzo del ricovero per accertamenti che si possono eseguire anche ambulatoriamente, a costi ovviamente notevolmente inferiori, e cercando anche di fare intendere che l'ospedale è di per se stesso un fattore di rischio — lo ricordava proprio ieri la senatrice Ongaro Basaglia — e che per le infezioni, soprattutto in età pediatrica, costituisce addirittura un vero e proprio fattore patogeno.

Aggiungerei ancora che l'attuale bagaglio culturale fa sì che il medico vada alla ricerca dell'individuo ammalato piuttosto che dell'individuo a rischio, che faccia continuo ricorso per la diagnosi e la terapia alle più costose e sofisticate tecnologie, alla somministrazione dei farmaci più propagandati ma spesso inutili o dannosi, senza nemmeno porsi il problema della patologia iatrogena che ha assunto dimensioni preoccupanti.

Se questo è il quadro della situazione, si comprende a maggior ragione come sia andata necessariamente negletta anche la ricerca scientifica in campo sanitario, che pure è lo strumento indispensabile per la conoscenza aggiornata della realtà delle condizioni di salute e delle cause biologiche e sociali delle malattie: è il fondamento stesso della prevenzione, è la condizione che consente il continuo perfezionamento dell'intervento terapeutico e riabilitativo. Ma sono venuti meno proprio i presupposti affinché tale ricerca si sviluppasse nell'ambito del sistema sanitario per cui il servizio sanitario nazionale deve continuare ad accettare passivamente i risultati della ricerca svolta in altre sedi a ciò istituzionalmente preposte (università, Consiglio nazionale delle ricerche), oppure a commissionare studi e inda-

gini a soggetti estranei al sistema sanitario stesso.

In definitiva non vi potrà essere rinnovamento nel modo di essere della organizzazione sanitaria e sociale nel nostro paese se non riusciremo a creare modifiche sostanziali nel tessuto tradizionale dell'insegnamento, oltre che ovviamente dell'aggiornamento e del perfezionamento e non solo dei medici — si badi bene — ma del personale tecnico, di tutto il personale ausiliario che in questo discorso riveste addirittura un ruolo decisamente prevalente.

Altra nota dolente nell'assetto sanitario del nostro paese è costituita dal rapporto pubblico-privato, nella misura in cui il privato, lungi dall'essere una struttura complementare o integrativa del pubblico e come tale pienamente accettabile anche perchè il suo spazio è garantito dalla riforma e dalla Costituzione, rappresenta invece molto spesso il punto di confluenza di interessi economici non sempre molto limpidi che fioriscono sulla pelle dell'individuo ammalato. Il problema è stato recentemente affrontato nel corso di un dibattito organizzato dal Gruppo della Sinistra indipendente ma soprattutto è stato — mi si consenta l'espressione — dissociato in tutti i suoi multiformi aspetti dai colleghi intervenuti nella seduta di ieri. Cercherò di non ripetere cose già dette, limitandomi a riferire cifre tratte da varie fonti, perchè i numeri contano più delle affermazioni generiche. Al convegno della Sinistra indipendente uno dei relatori ha riferito sui risultati di una interessante indagine svolta in particolare sulla produttività della spesa per le convenzioni con le case di cura private. Dagli atti del convegno ho tratto le considerazioni cui farò cenno. Innanzitutto, al fine di comprendere le dimensioni del problema, si tenga presente che nel nostro paese, accanto a 1.150 ospedali pubblici con 435.000 posti-letto, esistono 700 strutture private con un totale di 98.000 posti-letto, pari al 20 per cento dei posti pubblici. Il 90 per cento di queste strutture è convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Si consideri che il costo medio per giornate di degenza si aggira intorno alle 60-80.000 lire contro le 180.000 lire del servizio

pubblico. Si dovrebbe quindi concludere, come sostiene il relatore del convegno cui ho fatto cenno, che per i 15 milioni di giornate di degenza nel 1981 lo Stato ha risparmiato all'incirca 1.000 miliardi, cifra davvero considerevole. La causa determinante di questo risparmio potrebbe essere individuata in molti fattori, ad esempio nelle più ridotte dimensioni delle strutture sanitarie private, che comportano una gestione più agile e controllata, negli organici più ridotti, nella minore entità dell'assenteismo, nelle attrezzature indubbiamente meglio utilizzate.

Si tratta di considerazioni certamente valide, alle quali però non si possono non opporre altri dati. Il confronto, cioè, non è possibile, perchè le attività dei due settori non sono omogenee. Basti citare il fatto che nelle strutture pubbliche esistono attrezzature per alte specialità costosissime e di utilità collettiva che le case di cura private non hanno se non in misura molto ridotta, così come nelle case di cura esiste un'enorme variabilità di costi per le medesime prestazioni. Infatti il costo medio per un caso di medicina generale oscilla dalle 800.000 lire nel Molise al 1.200.000 lire in Piemonte e Lombardia, ai 2.000.000 in Toscana.

Ma a parte i costi bisogna chiedersi se il settore privato sia più o meno efficiente di quello pubblico e ancora una volta la risposta è difficile perchè bisognerebbe disaggregare i dati per singole regioni. Disaggregati sono appunto i dati forniti dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro per il 1982. Dall'indagine del CNEL emergono alcune situazioni determinatesi dopo l'istituzione del servizio sanitario nazionale: netta prevalenza di ricorso alle strutture specialistiche e ai laboratori convenzionati privati; la funzionalità degli ospedali sarebbe migliorata in media nel Nord del paese, mentre sarebbe peggiorata nell'Italia meridionale ed insulare, con una punta massima nell'Italia meridionale. I motivi per i quali risulterebbe peggiorata la funzionalità degli ospedali sono da ricondursi ai tempi di attesa per il ricovero e ai tempi troppo lunghi di degenza rispetto alle necessità di diagnosi e cura.

In definitiva quindi — ed è anche comprensibile che sia così — l'entità del ricorso

alla speditività privata sembra essere direttamente proporzionale all'entità dell'inefficienza della struttura pubblica. Poiché però il fenomeno è distribuito in maniera disomogenea nel paese, per confermare l'ipotesi poc'anzi formulata abbiamo voluto verificare se l'inefficienza delle strutture pubbliche non sia direttamente proporzionale alla dimensione del privato, la quale cosa mi sembra costituisca un parametro estremamente significativo.

Ebbene, un'altra indagine in questa direzione dimostra che nelle regioni meridionali, escluse le isole ma comprendendo anche il Lazio — ove il basso, talvolta bassissimo livello dell'assistenza pubblica è stato sufficientemente documentato spesso, per la verità, amplificando e deformando la realtà, sempre sotto la spinta della passione preelettorale — è appunto concentrato il 50 per cento dei posti-letto dell'intero territorio nazionale, cioè 26.000 posti-letto circa sui 52.000 di tutto il paese. Questi dati si commentano da soli, ma soprattutto rappresentano uno stimolo per andare alla ricerca di eventuali altri fattori che possono aver concorso a determinare l'attuale situazione sanitaria. Noi riteniamo che uno di questi fattori sia rappresentato dalle incompatibilità (anche di questo si è parlato ieri), cioè più precisamente dal mancato rispetto delle incompatibilità tra i vari tipi di lavoro dipendente e convenzionato.

Bisogna onestamente riconoscere che la normativa vigente in materia è quanto mai confusa. Di fatto però esiste una indiscriminata attività libero-professionale da parte dei dipendenti o dei convenzionati con il sistema sanitario nazionale. Ma ciò che bisogna subito impedire è che questo possa determinare una situazione in cui la salute del cittadino divenga, sia pure per una piccola parte dei medici, oggetto di libero mercato per elevare i propri guadagni, oltre a limitare ulteriormente — e questo è un aspetto da non sottovalutare — adeguati sbocchi professionali per i giovani medici, mentre una giusta legge sulle incompatibilità potrebbe, in breve, coprire spazi di lavoro per circa 20.000 giovani laureati.

Bisogna evitare che le strutture pubbliche siano sempre più sfruttate per la patologia più complessa e a più lungo decorso ed al tempo stesso siano utilizzate — accade anche questo, purtroppo! — per l'esecuzione di indagini particolari per pazienti che successivamente si trasferiscono in case di cura private, quando addirittura — e accade spessissimo! — non si recano all'estero: e le regioni pagano!

Questo argomento è molto delicato e meriterebbe un approfondimento che mi riservo di fare eventualmente in sede di illustrazione di un emendamento presentato dal nostro Gruppo.

Mi sono soffermato forse troppo a lungo sul rapporto e, forse meglio sarebbe dire, sulla contrapposizione pubblico-privato perchè è convinzione di molti — ed anche nostra — che da questa contrapposizione sia derivata la mortificante, graduale decadenza delle strutture pubbliche fino ad un livello ormai inaccettabile, sia pure in alcune aree del paese.

Certo, signor Presidente, nessuno di noi si illude che possa tornare un nuovo Rinascimento, che segnò l'epoca di massimo fulgore per l'ospedale italiano. «Fammi tu un lavoro degno di Roma, degno del tuo gusto e del nostro pontificato d'oro», ordinò Papa Sisto IV all'architetto che si accingeva a modificare l'ospedale di Santo Spirito. La dignità dell'ospedale durante il periodo umanistico non si esaurì però negli aspetti formali, ma fu reso vitale ed operante dalla sua funzionalità interna da una compartecipazione sociale la cui efficacia non ebbe più riscontro nella storia delle civiltà.

Signor Presidente, mi conceda un ultimo minuto per ricordare un giudizio di un autorevole ospite straniero sui nostri ospedali: «Gli ospedali in Italia sono ben provveduti, hanno splendide sedi, forniscono cibi e bevande ottime, il personale è assai diligente, i medici dottissimi. Appena entra un infermo, questi depono il vestiario e quanto altro gli appartiene; di tutto viene presa nota per un ordinata custodia. Poi l'infermo indossa un bianco camice e gli viene apprestato un buon letto con biancheria di bucato.

Subito dopo sopraggiungono due medici e poi inservienti che portano cibi e bevande contenuti in vassoi tersi, che non vengono toccati nemmeno con un dito, ma presentati sopra vassoi d'argento. Anche matrone velate servono gli infermi per alcuni giorni; quindi, non conosciute, silenziosamente tornano alle loro case». È purtroppo un giudizio antico: è di Martin Lutero che lo scrisse nei suoi «Discorsi conviviali», dopo il viaggio in Italia del 1511.

Nessuno di noi, signor Presidente, signor Ministro, sogna i vassoi d'argento o le matrone velate di cui ci narra Martin Lutero. Ma è nostro preciso dovere perseguire innanzi tutto l'obiettivo della prevenzione — e di quella primaria, come ho detto — ed operare affinché nelle strutture territoriali, negli ospedali e nelle strutture di ricovero pubbliche e private sia finalmente salvaguardata, tutelata la dignità di quanti vi lavorano con passione e con dedizione — e sono molti — ma soprattutto affinché sia garantita una qualità della vita, dell'assistenza che esprima il rispetto massimo per tutti i cittadini e, in particolare, per coloro che vengono ricoverati.

Oltre tutto, questo è un loro diritto sacrosanto, assolutamente irrinunciabile. (*Applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni.*)

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Signorelli. Ne ha facoltà.

**SIGNORELLI.** Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, una cattiva istituzione non si applica da sé, diceva Manzoni nella «Storia della colonna infame»: voleva probabilmente dire che la cattiva istituzione è una formulazione umana. In questo caso, trattandosi di salute pubblica, la cattiva istituzione non è pervenuta sulle spalle del regime per un editto metafisico, ma è stata preparata, valutata, applicata e proclamata indispensabile proprio da questo stesso. Un'opera legislativa civile e sensata è quella che si preoccupa non solo degli effetti delle norme, ma anche delle eventuali storture, interpretazioni aberranti e degli abusi. La fiducia nella qualità dei detentori delle USL non poteva esonerare nessuno dal

preoccuparsene prima e maggiormente ora, in questo momento. La filosofia è filosofia, diceva Croce, e qui siamo nella pura filosofia. È quasi paradossale per me, onorevoli colleghi, e forse anche doloroso, intervenire nella discussione generale di un piano sanitario nazionale alla cui stesura ho cercato di collaborare ad alla cui maturazione ho assistito, riconoscendo l'onestissima operosità e i lodevoli intenti dei colleghi nel produrre il documento fondamentale che ogni riforma deve pure avere a sua disposizione, ma che la riforma sanitaria non ha avuto come atto normativo che l'avesse preceduta. Questo piano sanitario nazionale, alla conclusione di tante fatiche, non ho inteso votarlo in Commissione, non per arroganza o espressione di scarsa stima e riguardo verso i colleghi con cui ho lavorato, ma semplicemente perché, in linea di principio e coerenza, tra la mia parte politica e la cosiddetta riforma sanitaria, o meglio, tutte le parti politiche che l'hanno così voluta, è aperto un antico contenzioso che noi non riteniamo in via di superamento nonostante la comparsa di questo piano e la promessa, peraltro molto inquietante, di una prossima revisione della legge di riforma sanitaria.

Tanto per allontanarci un pochino dalla situazione piuttosto drammatica in cui noi stiamo portando avanti il discorso sulla pubblica sanità in Italia, desidero portare a conoscenza dei colleghi una notazione, piuttosto comica nel fondo, legata ad un ricordo personale ed emblematico. Durante le elezioni politiche del 1979, si era in piena campagna elettorale, effettuai una serie di trasmissioni televisive a nome del mio Partito, in cui andavo delineando l'improprietà, l'indoneità, la confusione della fondazione di una legge dello Stato, avente per oggetto la salute pubblica, quale quella che veniva configurata nella legge n. 833, in cui la gestione veniva posta in subordine agli interessi particolari dei partiti politici che tale legge sottoscrissero e che noi invece non accettammo. In quell'occasione, oltre alle critiche di fondo, espressi la troppa facile previsione di inattuabilità e inattendibilità, preannunciando quella che poi ne sarebbe stata la tragica conclusione e gli effetti che sarebbero

sortiti da una riforma abbandonata nelle chiacchierate mani dei rappresentanti dei partiti politici di cui sopra, essendo la legge di riforma l'ultimo espediente per la creazione periferica di agenzie di collocamento clientelari per gestioni facilmente immaginabili del denaro pubblico. Io non sapevo che in quel momento fosse già stata formata una prima USL con tanto di presidente... (*Commenti del senatore Pistolese*).

Il presidente di questa USL si infervorò contro di me, minacciando una denuncia per diffamazione, ritenendosi leso nell'onore perchè io parlavo in quel modo della riforma ed elencavo oltre tutto gli emolumenti che sarebbero stati elargiti ai membri del comitato di gestione. Il neo-presidente ritenne di aver ricevuto un danno da ciò, non per la sua onorabilità evidentemente, ma per la sua campagna elettorale. Io dicevo la verità e lui esprimeva un isterico *lapsus* freudiano. In fondo, due verità da due poli diversi.

Oltre che comico sarebbe per me imbarazzante, allo stato attuale, avere comportamenti diversi quando per ben due volte in quest'Aula sono dovuto intervenire in maniera estremamente critica sui ripianamenti dei *deficit* delle USL, risultate autentiche voragini di denaro pubblico con la resa di servizi verso gli utenti sempre più approssimativi quando non indecenti. In tutte queste occasioni a nome del mio partito ho richiesto il commissariamento simultaneo di questi organismi, onde favorire l'applicazione del futuro piano, quello che adesso è arrivato nelle nostre mani, in assenza di quelle strane personalità giuridiche rappresentate dai comitati di gestione. Per serietà e coerenza di fronte a quest'Aula non prenderemo parte alla discussione particolareggiata, ma è doveroso intervenire in questa discussione generale per puntualizzare la nostra posizione che, prima che politica, è etica.

Questo piano nazionale è il primo che riesce, dopo laboriose vicende ed incidenti di percorso, ad essere formulato in maniera definitiva, dovendo essere stato preceduto da un altro che coprisse il primo triennio di applicazione della legge n. 833: potrebbe sembrare che la distanza di quasi sette anni

dall'inizio della riforma sanitaria potesse aver favorito il nostro lavoro mediante l'acquisizione di quegli elementi di informazione ricavati dalle attività degli organismi periferici per vederli (attraverso i dati forniti e filtrati attraverso il Ministero della sanità) giungere alla nostra Commissione come elemento utile su cui fondare la programmazione sanitaria del nostro paese.

Viceversa siamo stati costretti a lavorare nella serafica condizione dei fondatori di un documento a cui è mancata l'efficacia aprioristica, somigliando noi piuttosto a lontani eremiti che facciano finta di non sapere nulla o di non tener conto della realtà sanitaria che nel frattempo si era provocata. Perchè sette anni di disastri non vanno dimenticati: ci provengono dalle USL dati, cifre ed informazioni che ne testimoniano il loro fallimento, siamo incalzati da centinaia di denunce effettuate nei confronti dei loro amministratori da parte dell'autorità giudiziaria e dalle precise denunce da parte della Corte dei conti sull'andamento finanziario delle medesime, con gli allarmi esplicitati da una commissione del Ministero delle finanze sull'andamento sempre delle stesse nei riguardi degli sperperi del pubblico denaro e del loro funzionamento.

Quindi dati, cifre ed informazioni ci arrivano come parametri di insensibilità e di pessima amministrazione piuttosto che gli attesi parametri utili e quindi recepibili per formulare un piano, il quale è quindi frutto di ipotesi completamente alienate dalla realtà ed è pura filosofia. Gli incredibili segnali di sbando e degrado della assistenza sanitaria ci inducono a tener conto dei livelli intollerabili che, insieme alle difficoltà derivanti all'esercizio dei vari servizi da asfittiche, litigiose, corrotte e non controllate gestioni delle risorse disponibili, formano la realtà territoriale sulla quale ora va a calare questo piano sanitario. E questa è una situazione che in prospettiva ci mette paura.

• Mi domando che cosa accadrà dal giorno in cui questi amministratori delle USL dovranno fare i conti con una norma di programmazione applicativa, qual è questa che abbiamo formulato, quando nel frattempo alcune regioni, sulla base di indica-



zioni parziali provenienti da precedenti disposizioni di legge, hanno già esplicitato piani regionali nella latitanza di ogni regola ed ordine.

E qui non è più farsa, ma tragedia ulteriore se gli organi operativi territoriali sono e rimarranno quelli che si sono lasciati realizzare in questi sette anni.

È dovere di responsabilità riferire a questa Aula che ci si accinge in tempi non certo brevi a mettere mano alla legge di riforma sanitaria.

Quindi, come voi potete constatare, si andrà ancora avanti in maniera disorganica quando non contrastante, perchè possiamo prevedere che il caos peggiorerà rapidamente.

Non voglio qui ripetere quanto è stato già detto in chiave critica dai colleghi che hanno già parlato. Non entrerà nei particolari perchè sono fatti di cronaca nera e di cronaca di inefficienza e di barbarie.

Alla resa dei conti non possiamo fare a meno di considerare la profonda tristezza con la quale vediamo in Aula uno strumento che risulta obsoleto giungendo troppo tardi e che da solo non sarà efficace per quella promozione civile, culturale e politica del paese nei confronti della pubblica salute.

Ci preoccupa la solitudine nostra di fronte ad una situazione sanitaria che vede mortificato ogni aspetto umano ed organizzativo della nostra società. Da una parte i lavoratori della sanità che vivono in un clima di provvisorietà, di insicurezza, di inefficienza, dall'altra i cosiddetti utenti maltrattati e disumanizzati, ingannati in ogni loro legittima attesa; nel mezzo dirigenze delle USL in cui si consumano tutti i riti del potere politico all'italiana: lacerazioni, compromessi, abiure, riconciliazioni a seconda degli umori non della salute pubblica, ma di quelli delle rappresentative politiche e locali ragionevolmente legate a problemi prevalentemente temporali non certo assistenziali.

Malessere degli operatori, decadimento di strutture e servizi, assistenza approssimativa, timore se non paura degli utenti.

Tra ciniche organizzazioni di tipo mafioso, che speculano sul malato e sul denaro pubblico, confortevoli invischiamenti tra pub-

blico e privato con la comparsa di catene di montaggio dello sfruttamento dell'utente respinto dalle strutture pubbliche per le condizioni pessime, quando non proibitive, di assistenza e per oculati interessi che spingono ad adire al privato: quindi non coordinamento tra i due settori, ma ulteriore condizione di degrado assistenziale.

Avremmo voluto che, in occasione della presentazione del detto piano sanitario nazionale da parte del Governo e dei partiti che si sono assunti le responsabilità della gestione della pubblica salute, ci fossero venute assicurazioni su una organica revisione di questo comparto, accennando soprattutto ad una drastica revisione della situazione delle USL.

Noi oggi stabiliamo un ipotetico anno zero da cui partire per una pianificazione senza avere a disposizione una chiara politica di redenzione di tutto quanto abbia a che fare con la sanità. E in tutto questo disastro economico, sociale, morale, tecnico e burocratico non intravediamo la soluzione di una coerente organizzazione del ciclo completo di interventi sanitari che compete ad una nazione civile: scarsa attuazione di interventi risolutivi per l'assistenza per gli anziani che vanno rappresentando oltre il 25 per cento della popolazione, scarsa la condizione degli strumenti per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e le lungodegenze riabilitative, l'assistenza in ambienti protetti del cosiddetto malato cronico che non ha certo bisogno soltanto di un posto letto, la tragedia dei malati in fase preterminale che vengono respinti da ogni struttura sanitaria, per non parlare poi del recupero e l'assistenza dei tossicodipendenti.

Questo era il tema sul quale dovevamo trovare, non oggi soltanto, ma dal lontano dicembre 1978 le convergenze, perchè un paese civile, ordinato, avrebbe dovuto richiedere una salvaguardia definitiva, dato che si parla addirittura di riforma sanitaria già dal 1946.

In definitiva, è il costo del regime che ha reso indecoroso il pubblico servizio della sanità; ci auguriamo che inizi una nuova era, che ci illudemmo fosse fondata fin dal 1978 quando era pur doveroso ed improcrastina-

bile procedere, dopo tanti anni di discussione, alla ristrutturazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria in Italia.

Non fummo e non siamo contro la riforma sanitaria. Lo siamo stati e lo siamo per questa riforma sanitaria.

Siamo responsabilmente a disposizione affinché tutti insieme si possa con onestà di intenti e con l'abbandono di formule demagogiche riportare l'assistenza sanitaria in Italia a quei livelli che non furono secondi a nessuno e che questo popolo può ancora tornare ad avere per la profonda tensione morale che determina da parte di molti operatori (pur contro una realtà negatrice) la volontà di avvicinarci a quella medicina perfezionistica qual è l'attuale ipotesi raggiunta dalla medicina moderna. Nel crogiolo della salute pubblica in Italia, vedremo reazioni a catena quando questo piano raggiungerà la sua soluzione. Ci aspettiamo che l'utenza italiana non ne debba soffrire troppo e ci auguriamo di essere molto attenti, da questo momento in poi a trovare insieme quegli elementi per cui, al di là delle situazioni che creiamo, non potendo e non volendo prevederne le conclusioni, una volta tanto si possa veramente cominciare a pensare in maniera realistica sulle condizioni della salute pubblica in Italia. *(Applausi dall'estrema destra)*.

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Rossanda. Ne ha facoltà.

**ROSSANDA.** Signor Presidente, colleghi, è stato sottolineato più volte negli interventi che mi hanno preceduto il ritardo con il quale affrontiamo la discussione sullo stato di attuazione della riforma e simultaneamente, cosa che di per sé è incongrua, affrontiamo anche il primo provvedimento nazionale di programmazione sanitaria.

Abbiamo concluso l'indagine quasi un anno fa avendo svolto solo un lavoro preliminare di audizioni e rinunciando sia alla raccolta di dati statistici, sia ad indagini sul terreno, sia persino alla disponibilità di una raccolta organica ed analitica della legislazione attuativa della riforma. Devo dire che non sono fiera, come membro del Parlamen-

to, di dover rilevare quest'ultima carenza che denuncia non solo le condizioni sfavorevoli nelle quali noi parlamentari ci troviamo ad operare, ma anche i limiti intrinseci dell'attualità della legislazione sanitaria, la quale è sparsa in decine e decine di provvedimenti onnicomprensivi e costituisce un mosaico capace di mettere in crisi gli stessi uffici preposti in Senato alla documentazione legislativa. Ci sono stati diversi casi nei quali abbiamo fatto fatica a ricostruire l'itinerario delle leggi. Perfino negli interventi che si sono susseguiti in questa Aula abbiamo rilevato in questi giorni riferimenti sbagliati, ma la causa è da ricercare nella scarsa leggibilità della normativa in materia. Fatto sta che ancora oggi non disponiamo se non di raccolte parziali e non analitiche.

Il carattere disorganico della legislazione in materia sanitaria è conseguenza della crisi generale della legislazione e del carattere provvisorio, congiunturale che ha caratterizzato in particolare la procedura di attuazione della legge n. 833 del 1977.

Quanto alla mancanza di dati statistici sulla sanità, di questo ci siamo più volte lamentati. Vorrei rilevare che anche il documento recentemente fornito dal servizio centrale della programmazione sanitaria sull'andamento dell'attuazione della riforma nel 1984 si presenta piuttosto povero, mentre cominciano a comparire documenti parziali, prodotti da alcune regioni a sostegno dei loro piani sanitari regionali, redatti in anticipo rispetto alla programmazione nazionale, o a sostegno di singoli programmi. I documenti regionali si presentano mediamente più sostanziosi e si muovono in direzioni concrete, cioè verso la costruzione di strumenti atti a far avanzare la programmazione su basi meno generiche. Mi riferisco, ad esempio, ai documenti della regione Piemonte sugli indicatori di salute e sulle analisi delle prescrizioni farmaceutiche, mi riferisco alla documentazione della regione Toscana a sostegno del suo piano sanitario regionale, al piano sanitario dell'Emilia-Romagna, a quello recentemente approvato dall'Umbria e a numerosi altri documenti delle regioni Veneto, Marche e di altre.

Il documento del servizio centrale della

programmazione del Ministero della sanità, che si presenta come una anticipazione della relazione di metà anno promessa per il prossimo luglio, si presta a qualche considerazione. In primo luogo — questo è un aspetto positivo — dà l'immagine di un servizio sanitario nazionale tutt'altro che allo sfascio, se è vero che la maggior parte delle unità sanitarie locali non solo danno i rendiconti trimestrali di spesa con regolarità, ma restituiscono al centro i moduli statistici completi di altre informazioni richieste.

Suscitano invece perplessità la qualità delle informazioni richieste dal Ministero stesso alle unità sanitarie locali e i criteri della loro elaborazione. Ad esempio, pur avendo noi riempito chili di carta e avendo impiegato ore in Commissione e in Aula a parlare degli squilibri fra una ospedalizzazione eccessiva e disordinata e una carenza di servizi territoriali che vanno sviluppati sia per motivi di qualità delle prestazioni sanitarie che per motivi di ordine economico, pur avendo impiegato tanto tempo su questa materia che è entrata anche nelle leggi finanziarie, non riusciremo a trovare, nelle analisi che il Ministero ci fornisce, alcun dato dal quale si deduca la distribuzione di spesa tra ospedali e servizi territoriali pubblici. Le due voci sono unite e distinte solo al loro interno fra personale e beni e servizi. Lo stesso personale, d'altro canto, nel caso di una regione analizzata più in particolare, non è distinto tra personale occupato in servizi ospedalieri e personale occupato in servizi territoriali. Diventa dunque impossibile una valutazione sull'attuale distribuzione delle risorse finanziarie e umane. Come faremo a misurare gli effetti di un intervento

che si proponga di razionalizzare anche solo l'esistente?

Da un altro documento di analisi fornito dal Ministero poco prima si ricaverebbe un dato non ben documentato: la spesa prevista per attività di prevenzione nel 1985 è di poco superiore a 2.000 miliardi sui 39.200 previsti per l'intera attività sanitaria. Forse la cifra non è del tutto credibile, ma, anche se risultasse un poco superiore, saremmo sempre sull'ordine dello 0,5 per cento e quindi siamo molto lontani da quei valori dell'ordine del 10 per cento che l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda nei suoi recenti documenti come obiettivo da raggiungere da parte di un paese che programmi razionalmente le proprie risorse con la finalità di realizzare, per la sua parte, il progetto «salute per tutti nel 2000» progetto che — come è noto a chi si occupa di questa materia — si preoccupa di garantire livelli minimi di base di prestazioni per tutti. In questo documento dell'Organizzazione mondiale della sanità, dalle prime informazioni sulla distribuzione di questi indicatori nei paesi sviluppati, risulta che anche molti di questi non sono in regola con tale programma. Quanto al nostro paese possiamo dire che siamo da questo punto di vista in condizioni degne dei più tristi paesi in via di sviluppo.

Anche le considerazioni che sono state scritte nel documento sulla spesa effettuata nel 1984, sul rapporto tra previsione di spesa e consuntivo, ci lasciano molto perplessi. Ad esempio, risulta denunciata una spesa ridottissima per il 1984: solo 110 miliardi sui circa 37.000 complessivi spesi per le destinazioni vincolate, quelle cioè che sarebbero destinate ad interventi qualificanti di trasformazione.

### Presidenza del vice presidente ENRIQUES AGNOLETTI

(Segue ROSSANDA). Si osserva che questa circostanza non è rilevante perchè la stessa spesa sarebbe presente sotto altre voci. Naturalmente ci si può chiedere di credere sulla parola ma forse l'impressione è che invece si tratti ancora di trasposizioni arbitrarie di voci di spesa non certo documentate

dai dati forniti e che comunque non depongono molto bene a favore della qualità della documentazione che il Ministero sta raccogliendo.

Ancora una osservazione: si nota in questo documento che c'è una distribuzione irregolare del personale in rapporto alla cittadi-

nanza, ma senza considerare un dato elementare, la presenza o meno, nella USL considerata, di presidi ospedalieri o di laboratori multizonali che ovviamente concentrano il personale; nè vi è alcun riferimento allo sviluppo di indicatori epidemiologici. Bisogna dire che questo è un regresso rispetto alle prime elaborazioni di un piano sanitario operate nel 1979, quando furono rilevati almeno tre indicatori grossolani: mortalità infantile, mortalità degli anziani e incidenza degli incidenti sul lavoro. Nel momento in cui il documento del Ministero osserva che nella popolazione delle USL aumentano gli anziani e diminuiscono i bambini — è ovvio perchè la popolazione delle USL rispecchia quella dell'intero paese — si conclude nello stesso tempo che si è forse troppo investito nel settore dell'infanzia e troppo poco in quello degli anziani. Ma quale senso ha se noi non ci diamo da fare anche per rilevare l'andamento della mortalità infantile, della patologia infantile, delle malattie congenite, delle malformazioni ed infine della mortalità per incidenti?

Ho citato questi esempi per sollecitare il Governo e per richiamare l'attenzione sulla necessità di darci strumenti di rilevazione con finalità programmatiche, che siano basati su ben altra carica di serietà e di volontà di conoscenza. Eppure il Ministero della sanità ha competenze in materia epidemiologica, ma queste competenze si direbbero molto poco utilizzate per l'elaborazione di questo primo abbozzo di programmazione. Tutto ciò riconferma, in sostanza, la convinzione che ci siamo fatti che l'impostazione del servizio informativo sia stata fondata sulla funzione prioritaria, anzi praticamente esclusiva, di controllo della spesa. Questa scelta è coerente con la linea di politica economica e sociale del Governo. Il collega Gualtieri ha richiamato ieri nel corso della sua filippica contro questo disegno di legge — che per alcuni versi condividiamo e per altri no, come spiegheremo in seguito — la necessità di una coerenza di programmazione sanitaria con le linee di programmazione socio-economica del paese. Ebbene, potremmo dire che programmazione socio-economica non c'è stata, ma una politica

mica e sociale sì ed è andata nella direzione sostanziale di una compressione della spesa sociale.

Se andiamo ad esaminare alcune analisi che sono state pubblicate in varie sedi — qui faccio riferimento ad uno studio elaborato da Carmela D'Apice su dati ufficiali — constatiamo che dal 1975 al 1982 il complesso della spesa per la protezione sociale in Italia è leggermente aumentato rispetto al prodotto interno lordo, dal 20,4 al 23 per cento, benchè al suo interno la spesa per la sanità sia rimasta stazionaria, dal 5,5 al 5,70, quindi non si è avuto alcun aumento reale nel corso di 7 anni, durante i quali pure si sono registrati un'espansione della popolazione servita e anche un non irrilevante sviluppo della tecnologia biomedica in tutto il mondo.

Se poi si guarda a questi valori come percentuali rispetto alla spesa pubblica, si vede che ambedue diminuiscono; diminuisce dal 53,2 al 47,4 per cento il totale della spesa per la protezione sociale, diminuisce dal 14,2 all'11,8 per cento la spesa per la sanità. Nonostante questo, in una campagna che è ancora in atto, le difficoltà dell'economia italiana sono scaricate un po' sul costo del lavoro e molto sullo Stato sociale. Fra le politiche sociali quella della sanità viene scelta come capro espiatorio elettivo, direi. La sua maggiore fragilità l'ha esposta a questi attacchi. Perchè affermo che la sanità è in un certo senso più fragile? Perchè essa è stata sottoposta recentemente ad una grande riforma, la prima riforma amministrativa di respiro nazionale approvata dopo gli atti legislativi generali sul decentramento inclusi nel decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977. Si tratta di una riforma isolata e non riprenderò tutte le considerazioni che su questo argomento hanno espresso parecchie altri colleghi. Nella realizzazione di tale riforma si sono determinate particolari difficoltà derivanti dall'organizzazione complessiva della pubblica amministrazione, che soffre di vecchiezze dalle quali non erano certo esenti gli apparati amministrativi del parastato e del sistema ospedaliero confluiti nel servizio sanitario nazionale.

Possiamo osservare che soltanto ora si comincia ad intravedere qualche proposta — ma siamo più nell'ordine di progetti di studiosi o di sperimentazioni fatte in qualche singola sede che di un lavoro coerentemente svolto dal Governo in questo senso — nella direzione di costruire progetti di bilanci per programmi e centri di costo, che pure sono strumenti indispensabili per un profondo ammodernamento dell'organizzazione e anche delle distribuzioni di responsabilità fra tecnici e amministratori, dei quali stiamo parlando a proposito della modifica di organi delle unità sanitarie locali, argomento all'ordine del giorno.

L'altro punto di cui si è parlato è la rigidità che caratterizza lo stato giuridico del personale e le incongruità delle retribuzioni del personale dipendente del servizio. Il problema è strettamente collegato a quello che ho appena accennato.

È chiaro che per questo personale esistevano anche difficoltà oggettive: c'erano 650.000 dipendenti provenienti da cinque diversi settori che bisognava far confluire in un unico comparto contrattuale, nello stesso tempo redistribuendoli territorialmente e cambiando i loro obiettivi. Era una grossa sfida che in effetti abbiamo mancato. Ma quello che noi criticiamo in questa sede non è tanto il fatto che non si sia raggiunto l'obiettivo di una piena organizzazione quanto il fatto che sia mancato sostanzialmente il respiro riformatore e che si sia andati avanti per forza di inerzia, riproducendo modelli autorizzativo-burocratici — come li ha chiamati anche il senatore Melotto nella sua mozione e nei commenti di ieri — e che non si abbia avuto ancora il coraggio di fare alcune scelte elementari.

Io ho una richiesta molto semplice da fare e non riproporrò le motivazioni che diversi colleghi hanno qui sostenuto perchè vada avanti una norma sulla incompatibilità: io voglio solamente chiedere ai colleghi della maggioranza che coerentemente premano sul Governo perchè questo presenti il disegno di legge sulle incompatibilità che da tempo risulta essere elaborato — girato in modo informale — e sul quale, il giorno in cui venisse presentato, noi assicureremmo la

nostra piena disponibilità — benchè opposizione — a una rapidissima approvazione.

Allo stesso modo siamo interessati a modifiche della progressione di carriera di tutto il personale sanitario che riducano gli automatismi e il garantismo eccessivamente presenti, favoriscano la mobilità per una migliore formazione, creino le condizioni per dare alla dirigenza più responsabilità e meno stabilità, premino la professionalità, ciascuno nel suo ruolo.

Ciò non vuol dire che si voglia, con questo, confondere la responsabilità professionale con la responsabilità degli amministratori elettivi: ma di ciò avremo occasione di parlare in un'altra sede. Io posso spendere poche parole per due temi importanti, ma che sono stati largamente trattati e che volevo richiamare solo per spiegare per quale motivo questa povera riforma sanitaria aveva delle caratteristiche di fragilità: l'intreccio tra interessi pubblici e privati e, per così dire, la immaturità o meglio la separatezza della cultura biomedica, della cultura dei ricercatori rispetto agli obiettivi di trasformazione che la riforma si è data. Ne hanno parlato anche ora il compagno Cali e, ieri, Franca Ongaro Basaglia e quindi non vi ritorno.

Concludo comunque dicendo che molti sono i motivi che fanno della riforma sanitaria un oggetto fragile e molti gli interessi che il suo sviluppo mette in crisi; ma dobbiamo per questo rinunciarvi e lasciare che essa venga svuotata, o dobbiamo rilanciare la sfida?

In apparenza tutte o quasi le forze politiche affermano la volontà di rilanciare e poche hanno avuto la franchezza di usare il termine: «sbaraccare la riforma». Ma molti di coloro che affermano di volere una sanità riformata ed efficiente hanno contribuito — bisogna dirlo — al rallentamento della sua attuazione e in molte forme cui ho appena accennato.

Vorrei fare un riferimento alla storia del piano sanitario nazionale per capire come siamo arrivati a discutere di questa magra edizione residua che ci si presenta. La storia, a mio parere, è assolutamente emblematica. Fino al 1982 abbiamo avuto il rilancio degli

obiettivi: lo ha anche descritto il senatore Bompiani nella sua relazione. Gli obiettivi sono stati aumentati, il testo è stato modificato e, al contempo, non vi era alcuna assicurazione che il progetto espanso venisse correttamente finanziato. Ma contemporaneamente, proprio dal 1982, hanno preso le mosse due operazioni: una è la delegificazione formale del piano sanitario nazionale; e questo obiettivo, che in parte aveva cominciato a perseguire la stessa Commissione che vi lavorava fu poi approvato con l'articolo 20 del decreto-legge n. 456, convertito nella legge n. 638 del 1983. Al nostro esame c'è un disegno di legge che contiene solo norme precettive, mentre il rimanente testo ha subito una serie di rimaneggiamenti a opera di vari settori del Ministero della sanità, per quanto sappiamo, diversi da quelli che prima avevano formulato l'originario progetto di piano ed è stato anche messo in circolazione in modi informali, tanto che il Parlamento non lo conosce a tutt'oggi; o, meglio, una parte la conosce, quella che è stata introdotta come allegato della delibera del CIPE sul riparto del fondo sanitario nazionale per il 1985, con una operazione che è stata denunciata come arbitraria non solamente dalla nostra parte ma da una parte della maggioranza e sulla quale avemmo un confronto con il ministro Romita in sede di Commissione. Questa parte che proveniva dal documento di piano è stata introdotta in una delibera del CIPE con procedura totalmente non prevista, saltando a piè pari i passi che erano previsti per l'approvazione della normativa di programmazione.

Ma la seconda operazione, a mio parere ancora più grave, è consistita nel trasferire i pochi interventi dotati dell'apparenza di una programmazione nelle leggi finanziarie dal 1982 ad oggi. Un'analisi dettagliata di questi interventi, che peraltro è facilitata da una tabella acclusa al documento del Ministero della sanità e del servizio centrale della programmazione economica del Ministero in particolare, alla quale ho prima accennato, mostrerebbe facilmente come essi si possono suddividere grosso modo in tre categorie. Una consiste in tagli ai livelli di assistenza,

sotto forma di compartecipazione alle spese, esclusione di prestazioni diagnostiche, esclusione dal prontuario terapeutico gratuito di molti farmaci e il blocco delle assunzioni nei servizi pubblici. Questi interventi sono stati immediatamente efficaci.

Un'altra parte è consistita in norme fortemente velleitarie di razionalizzazione della rete ospedaliera e delle prestazioni — ad esempio quelle introdotte nella legge n. 526 del 1982 — e anche di razionalizzazione delle prestazioni farmaceutiche. Erano norme che servivano praticamente, in quanto inattuabili, solo a giustificare nelle relazioni al Parlamento la costante sotto-stima del fondo sanitario nazionale, ma non a ridurre le spese.

La terza serie di interventi è consistita nell'aumentare i controlli contabili e di merito sulle unità sanitarie locali, facendone una congerie difficilmente districabile e imponendovi una netta impronta centralistica. La *ratio* che ha impostato questa politica dei controlli la troviamo scritta in un documento firmato proprio da lei, ministro Degan: si tratta della circolare 2 gennaio 1984, n. 2, concernente i controlli sulle unità sanitarie locali, dove, al punto 21, si commenta la decisione introdotta nella legge n. 181 del 1982 per la quale gli atti delle unità sanitarie locali non possono essere dichiarati immediatamente esecutivi. Questo fatto ha creato, ovviamente, notevoli difficoltà agli amministratori, perchè la non esecutività immediata ha determinato grossi problemi, ad esempio, per i pagamenti a 90 giorni e per una serie di altri provvedimenti.

Il commento scritto a questo provvedimento dice letteralmente: «invero le preminenti esigenze di contenimento della spesa pubblica hanno indotto il legislatore, al di là di preoccupazioni circa eventuali risvolti negativi sulla correntezza della gestione, a scongiurare il pericolo che la clausola dell'immediata esecutività degli atti potesse in pratica pregiudicare l'efficacia sostanziale dei controlli». In parole povere, non importa che si gestisca con le ruote quadrate, purchè si controlli la spesa e questo in un sistema che viene accusato di inefficienza e scarsa competitività con il settore privato.

Che io ricordi, c'è un solo provvedimento introdotto nelle leggi finanziarie che non può essere catalogato in queste tre categorie e che si è rivelato intervento efficace (è questo un mio riconoscimento al Ministro): mi riferisco al blocco temporaneo dell'aggiornamento delle retribuzioni convenzionali ai medici di medicina generale. Tale intervento era teso a preparare il riequilibrio con le retribuzioni dei medici dipendenti, ovviamente un riequilibrio verso il basso.

Tutte queste operazioni, le prime tre che ho citato e — entro certi limiti — anche quest'ultima che tuttavia era necessaria, sono coerenti con la linea governativa, dichiarata fin dalla scorsa legislatura e riconfermata poi in questa, della volontà di ridimensionare il servizio pubblico generalizzato ai cittadini per la sanità, per istituire un sistema di tariffe ed aprire spazi a processi di privatizzazione più o meno spinti. In coerenza con questa linea non si è dedicata particolare attenzione, invece, ad uno degli obiettivi indicati dalla legge di riforma che era quello di avvicinarsi ad una equità contributiva attraverso una progressiva fiscalizzazione degli oneri sociali di malattia. Si sa che la fiscalizzazione è avvenuta con criteri diversi, con criteri cioè di sostegno all'impresa, ma nel leggere uno studio del CNEL recentissimo, che risale appena al 7 maggio di quest'anno, ho scoperto che esisteva invece un impegno scritto addirittura già nella legge 9 ottobre 1971, n. 825, quasi 15 anni fa, quindi, che aveva conferito la delega legislativa al Governo per la riforma tributaria, suggerendo anche di compiere la fiscalizzazione completa, per giungere ad un finanziamento della sanità secondo equità sociale.

Lo stesso studio del CNEL riafferma con forza la necessità di avviare una politica di previsioni corrette del fabbisogno del servizio sanitario nazionale in tema di finanziamenti. Sappiamo invece che si è proceduto costantemente per sottostime del fondo, accumulando debiti. Vorrei leggere qui, estraendola dal documento dell'indagine del Senato, una frase che si riferisce alla testimonianza del professor Dino Piero Giarda che dice: «Per la sanità si è voluto contrattare *ex-ante* i livelli di spesa, ma è stato un

errore di presunzione pensare di poter contemporaneamente attuare una grande riforma istituzionale ed innovare anche i meccanismi finanziari. Probabilmente bisognava gestire la riforma istituzionale lasciando più libertà finanziaria almeno per i primi anni, cercando di stabilire controlli per i finanziamenti in un momento successivo». È un'autorevole testimonianza non di parte nostra.

Vorrei ora rivolgere una domanda al senatore Gualtieri. La domanda è questa: dove erano i colleghi del Partito repubblicano quando furono approvate tutte le leggi finanziarie o di bilancio che sottostimavano sistematicamente il fondo? Perché una delle grandi accuse che ieri abbiamo sentito qui riguardava proprio la sottostima del fondo. Io non ricordo però che mai una volta i colleghi del Partito repubblicano si siano dissociati dalla maggioranza ed abbiano votato con noi interventi per assicurare un finanziamento non sottostimato al servizio sanitario nazionale.

Non possiamo certo condividere le pratiche adottate in questi anni di tardivo assestamento del bilancio oppure di riconoscimento dei debiti contratti, come nel 1983. Dicemmo più volte che si trattava di una pratica di deresponsabilizzazione degli amministratori. Ancora più inaccettabile come metodo è la scelta, fatta nel 1984, che semplicemente riconobbe una carenza dell'ordine del 10 per cento dei finanziamenti e concesse a tutte le regioni, avessero o no le loro unità sanitarie locali adottato misure di controllo e verifica della spesa o realizzato economie, di aumentare i bilanci del 10 per cento. Non appare inoltre convincente la dichiarazione ottimistica contenuta nel documento già più volte citato del Ministero della sanità circa la minor spesa che si sarebbe registrata nel 1984, affermazione fatta per convalidare la cifra proposta, per il 1985, che continuiamo a ritenere sottostimata. Basterebbe uscire dal chiuso dei calcoli contabili, verificare quello che è avvenuto nelle realtà periferiche per scoprire che il ritardo nell'attribuzione delle maggiori possibilità di spesa ha in alcuni casi fatto scivolare impegni nell'anno 1985; in altri casi hanno agito fat-

tori come il blocco e le deroghe delle assunzioni, creando però vuoti che dovranno essere riempiti, tanto più che, nell'attesa della sanatoria e per la lentezza dei sistemi concorsuali, il personale si è notevolmente impoverito nei servizi pubblici, e in particolare è diminuito il personale di cui si era già carenti, come infermieri e tecnici.

Basterebbe leggere le cronache delle città, che riferiscono delle condizioni degli ospedali e dei servizi, per accertarsi di come questo sia vero. Ma, come è stato già ampiamente detto, il sospetto è che non ci sia questa grande volontà di far funzionare il servizio pubblico. Con queste premesse non possiamo certo essere ottimisti e favorevolmente orientati verso un progetto di piano sanitario che, pur così ridotto, riconferma la volontà di delegare ulteriori scelte fondamentali ad altri momenti legislativi o addirittura al Governo. Non mi riferisco solo alla delega che viene data al Governo per riproporre in sede di legge finanziaria modifiche dei livelli minimi di assistenza e di aggiustamento dei programmi di sviluppo, ma mi riferisco anche alla estensione della delega proposta ieri in un intervento dei senatori del Gruppo repubblicano. Onestamente, quale fiducia possiamo avere nella capacità di gestire interamente il programma di trasformazione del servizio sanitario nazionale, quando partiamo da documentazioni e da tipi di analisi come quelle che ho commentato all'inizio del mio intervento? Mi sembra invece molto interessante che anche dalla maggioranza — mi riferisco sempre all'intervento del collega Gualtieri di ieri — si cominci a mettere in dubbio l'opportunità di usare la legge finanziaria come sede di scelte per il finanziamento del servizio sanitario nazionale, e anche di scelte di merito per la sanità: proprio lo stesso Gruppo nel 1982 propose la delegificazione e, un po' contraddittoriamente rispetto alla scelta di oggi, propose nel suo documento l'iscrizione nella legge finanziaria del fondo sanitario. Mi pare che vi sia un progresso, dunque, in questa presa di posizione del Partito repubblicano.

Circa l'incongruità dell'uso della legge finanziaria vorrei solamente ricordare ai miei colleghi come l'ultima legge finanziaria,

quella per il 1985, abbia introdotto un meccanismo a mio parere di dubbia costituzionalità, che blocca l'erogazione dei fondi per destinazioni vincolate, i fondi di sviluppo e di trasformazione, ad una progressione lentissima e che, per quanto ne so, non ha ancora dato esiti concreti. Si ha cioè questa procedura: il Ministro della sanità emana direttive per la formazione dei programmi regionali, poi le regioni approvano i programmi e li sottopongono ad una verifica di congruità del Ministero della sanità e del Ministero del bilancio e della programmazione economica. Soltanto dopo questi tre passi possono essere erogati fondi, non dico i fondi in conto capitale, ma i fondi di parte corrente. Questo è un meccanismo perverso, paralizzante, che non può essere mantenuto se vogliamo ridare certezza di risorse e respiro alle iniziative regionali e delle unità sanitarie locali che, abbiamo visto, cominciano a produrre, invece, proposte e sperimentazioni in qualche direzione nuova. Dobbiamo invece togliere le regioni e le USL dallo stato di incertezza in cui sono obbligate ormai da anni, da questa condizione di vivere alla giornata. Ben venga dunque, se si tratta di superare questo meccanismo, la proposta di cambiare il sistema di finanziamento. È però importante che non si perda troppo altro tempo: abbiamo bisogno di entrare nel vivo di queste decisioni presto, direi prima della prossima sessione di bilancio, se non si vuole perpetuare la pratica della delega della programmazione sanitaria ai ministri finanziari. Anche la possibilità di esaminare insieme legge di finanziamento e il documento di piano sanitario da approvare, sotto forma non legislativa, sarebbe un progresso.

Ricordo che all'inizio della discussione in Commissione noi ponemmo proprio tale richiesta che fu respinta e sulla quale non insistemmo per coerenza con il proposito dichiarato di non voler ritardare ulteriormente l'emanazione di un provvedimento dal quale dipendono altre decisioni e la possibilità di sbloccare questioni urgenti, come la formulazione delle piante organiche ed anche la necessità di dare indicazioni alle regioni meno capaci, fino a questo momento,



di produrre proprie iniziative. Saremmo dunque ben disponibili ad esaminare possibilità che garantiscano una coerenza tra obiettivi di piano e risorse finanziarie, purchè non ci si chieda di rinunciare in primo luogo a conquiste importanti, come i livelli di prestazione già acquisiti e, in secondo luogo, al nostro ruolo decisionale di parlamentari sulle scelte fondamentali, su cui poi potrà basarsi un'ulteriore azione del Governo. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Cavazzuti. Ne ha facoltà.

CAVAZZUTI. Signor Presidente, signori colleghi, signor Ministro, nel 1982, dopo un paio di anni che come studioso mi ero interessato degli aspetti finanziari del servizio sanitario nazionale, pubblicai un libro a cui non ebbi alcun dubbio nel dare il titolo: «La riforma malata». Non ebbi alcun dubbio ad intitolare in quel modo il mio libro dopo aver osservato la legge istitutiva e gli atti che il Governo adottò successivamente ad essa. Avendo continuato ad osservare gli atti che pervicacemente il Ministro, il Ministero e il Governo continuavano ad emanare dopo quella riforma, se dovessi oggi riscrivere quel libro dovrei aggiornare il contenuto, ma non avrei alcun dubbio sul nuovo titolo che sarebbe: «La cara estinta». Non sarebbe neppure un giallo in quanto, con l'atto legislativo che il Ministro oggi ci propone di approvare, assistiamo ad un colpo letale e definitivo alla riforma stessa contenuta nella legge n. 833. Ritengo che questo atto sarebbe il processo terminale di definitiva eliminazione della riforma perchè si continua a mantenere un intreccio assolutamente letale negli strumenti di governo della riforma stessa. Proviamo infatti a metterci un momento, come chiave di lettura di questo provvedimento legislativo, dal punto di vista degli amministratori che alla fine, piaccia o non piaccia, sono quelli che debbono applicare e gestire la riforma. Credo che un buon amministratore, e probabilmente ce ne sono tanti nelle USL, abbia bisogno di alcune certezze per poter amministrare. Certezze per amministrare, responsabilità da assumersi — pagare

se sbagliano — rispondere al corpo elettorale e ai cittadini votanti. Il che vuol dire che essi hanno quanto meno bisogno della certezza della dotazione finanziaria di cui possono disporre non per un anno, ma almeno su un arco di tempo pluriennale, essendo il settore della sanità una macchina troppo complicata da gestire in prospettiva esclusiva di dodici mesi. Il vero intreccio infernale che non consente a questa riforma di sopravvivere consiste in un equivoco di fondo, cioè nel fatto che con gli strumenti finanziari, con la moneta con la quale il Ministro del tesoro e il Governo si danno medaglie d'oro o di cartone per aver rispettato i tetti, si pensa di poter governare le strutture e controllare i flussi finanziari, come se non fosse vero l'opposto, cioè che sono le strutture esistenti a governare i flussi finanziari. Si tratta dunque di una prospettiva tutta mirata al controllo finanziario, in assenza di una legislazione di procedure e di programmazione.

Il fatto di non aver mai adottato una legislazione che incidesse sul reale, sulle strutture, non consente ovviamente di tenere sotto controllo la parte finanziaria. Deve dunque cadere l'illusione che, governando i flussi finanziari, si possono governare le strutture. Il risultato è che *ex post* i flussi finanziari risultano sempre mal governati.

Da dove nasce questo intreccio infernale? Nasce da quello che il senatore Gualtieri e la senatrice Rossanda hanno richiamato, cioè dal fatto di avere scelto come sede privilegiata del finanziamento del servizio sanitario nazionale la legge finanziaria. Non si hanno quindi strumenti di governo, ma «non strumenti», come recentemente si sono scritti dei «non documenti» sul controllo della finanza pubblica. Mi riferisco al piano di rientro del ministro Gorla: il non documento per il non rientro.

Quali sarebbero questi strumenti? Un piano delegificato, norme precettive mai apparse, legge finanziaria per il controllo finanziario. La legge finanziaria, come sappiamo, è una legge congiunturale che serve, se la vogliamo usare correttamente, per far coincidere gli obiettivi della politica di bilancio con quelli della politica economica.

Non nego in via di principio — sia chiaro — che la legge finanziaria possa intervenire sulle dotazioni del servizio sanitario nazionale, ma non deve essere la sede del finanziamento. Il finanziamento, come diceva il senatore Gualtieri, è un problema di attenzione sugli aspetti microeconomici di funzionamento del settore sanitario, necessariamente su un arco poliennale. Non nego in via di principio che sulle dotazioni pluriennali possa intervenire la legge finanziaria per operare correttivi al margine, ma a questo punto il Governo ci deve spiegare perchè, avendo fatto certe ipotesi di finanziamento, in base a certi parametri, ritiene di doverli cambiare e per quale ragione ritiene di dover intervenire.

Se mascheriamo dentro lo stesso strumento i conti che nelle stanze ombrose e un po' buie del Ministero della sanità fanno gli interessati alla spesa sanitaria, accordandosi su alcuni parametri, su alcuni centri di spesa, su alcune voci e presentando al Parlamento esclusivamente il totale, il Parlamento non sarà mai in grado nè di conoscere nè di legiferare. Ecco perchè, come dicevano i colleghi Rossanda e Gualtieri, oggi lo strumento di governo che manca è una legge che contenga anche una parte precettiva del piano sanitario nazionale ma perchè la parte precettiva possa avere un senso, deve essere necessariamente accompagnata dalla parte finanziaria. Se questo è vero, dobbiamo essere interessati a un buon governo di questo settore, non a dividerci. Ma come giudicare il provvedimento che lei, signor Ministro, sottopone alla nostra attenzione? Esso contiene articoli di giornale anzichè articoli di legge, considerando io che gli articoli di legge devono dettare degli ordini, non delle sollecitazioni morali. La trasparenza — mutuo questo concetto dai mercati finanziari — dei mercati finanziari non è un obbligo morale, ma è un obbligo giuridico; occorrono le leggi che in qualche modo impongano la trasparenza. Per la realizzazione di certi obiettivi occorrono degli ordini legislativi, non delle esortazioni a far bene. Qui, invece, vi è tutta una parte di tipo giornalistico, alcuni coefficienti e, soppesando, il rinvio anche per il 1985 alla legge finanziaria già

approvata. Poco male, si potrebbe dire almeno per il 1985, se non si avesse la curiosità di andare a confrontare i parametri che spiegano la legge finanziaria 1984 per il 1985 e che quindi, a meno di una follia collettiva, devono avere consentito la quantificazione del fondo per il 1985. Vi erano certi parametri per la legge finanziaria. Questa legge ci indica ancora i parametri per il 1985: il confronto mostra che nel passaggio dalla legge finanziaria per il 1984-85 al disegno di legge che stiamo esaminando vi è una espansione di tutti i coefficienti che spiegano la spesa.

Ecco il motivo della mia premessa: sono le strutture che spiegano i dati finanziari e non viceversa. E se facciamo questo confronto risulta che i posti letto, che nella legge finanziaria erano il 6 per mille, passano al 6,5 per mille, con una virgola curiosa o maliziosa di cui chiederò conto al Ministro. Il tasso medio di spedalizzazione passa dal 140 al 160 per cento, il tasso di utilizzazione minima passa dal 75 al 70 per cento, i giorni medi di degenza passano dal 10 all'11 per cento. Dunque si tratta di tutti fattori fisici che nel concreto guidano la spesa sanitaria, ma non si provvede alla modifica della dotazione finanziaria.

Delle due l'una: o sono sbagliati i conti di allora, o sono sbagliati i conti di oggi; oppure non c'è nessuna connessione fra i conti di ieri e i conti di oggi (e questa è la cosa più probabile) ma almeno da questo discende sicuramente una conclusione: l'incertezza da parte degli amministratori che a questo punto non sanno mai da che cosa derivano quelle dotazioni finanziarie.

Parlavo dunque della poca cura — ecco perchè ritengo che non ci sia nessuna connessione fra gli uni e gli altri — e facevo l'osservazione di una virgola. Nella legge finanziaria si legge che il parametro con cui ponderare i posti letto nelle strutture private e convenzionate è il 50 per cento. Si noti la dizione della legge finanziaria: «posti letto per abitante pubblici e convenzionati obbligatoriamente, posti letto con strutture private convenzionate calcolate al 50 per cento». È evidente che il 50 per cento si riferisce solo ai posti letto in strutture private con-

venzionate e non ai posti letto per abitante pubblici e convenzionati obbligatoriamente, essendo le due frasi separate giustamente da una virgola. L'articolo 7 del testo al nostro esame invece recita: «dotazione media dei posti letto nell'ambito della regione o provincia autonoma del 6,5 per mille abitanti di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione, considerando i posti letto in ospedali pubblici, quelli convenzionati obbligatoriamente e quelli dei presidi delle unità sanitarie locali, nonché i posti letto di strutture private convenzionate, valutati, limitatamente ai fini del computo, al 50 per cento». Compare una virgola: dunque il 50 per cento è da riferirsi non solo alle strutture private convenzionate, ma anche agli ospedali pubblici e a tutti gli altri ed è significativo che quella virgola è stata aggiunta nel testo di legge.

Dunque una interpretazione maliziosa porta a dire che nella realtà avremo il 13 per mille di posti letto per abitante che conteranno per il 6,5 per mille. Ciò è esattamente in linea con l'espressione di espansione dei dati fisici che controllano la spesa sanitaria.

Potremmo dire le stesse cose per quanto riguarda le norme sui nuovi ospedali. C'è un problema di personale; si propone lo smantellamento di ospedali a posti invariati, ma si parla anche di spazi lasciati liberi, quindi di costruzioni: si disattiva un ospedale per costruirne un altro e si deve fare un'operazione in compensazione di personale. Ma si aggiunge che gli spazi lasciati liberi potranno essere adibiti a tutta una serie di servizi, il che richiederà nuovi posti-letto e dunque fattori fisici che determineranno e guideranno la spesa. Ripeto, non vi sarebbe nulla di male in tutto ciò se, modificando le parti che guidano la spesa, vi fosse anche, coerentemente, una legge di finanziamento. Ma il fatto che noi introduciamo qui le norme precettive modificanti i dati fisici che controllano la spesa pubblica per rinviare ad una sede impropria — la legge finanziaria — la documentazione e la dotazione finanziaria è esattamente il meccanismo infernale che non consente di governare questo settore.

Da qui viene la proposta avanzata dalla Sinistra indipendente sull'argomento. Noi

siamo interessati in questa sede all'invenzione dei nuovi strumenti di governo del settore su cui credo tutti dovremmo concordare.

È impensabile che un settore così complicato possa essere governato con pochi strumenti; noi ne indichiamo almeno tre.

Il primo è un piano sanitario, già previsto e mai presentato, una legge pluriennale che contempli la parte precettiva del piano (abbiamo già avuto la delegificazione e dunque dobbiamo immaginare che vi sia una parte del piano a contenuto precettivo che deve essere approvata con legge), ma nella stessa legge — non con questa «cosa» che lei, signor Ministro, ci presenta, contenente la parte precettiva e il rinvio alla finanziaria — le norme precettive devono essere coerenti con una legge di finanziamento pluriennale affinché le Commissioni di merito ed il Parlamento possano finalmente discutere di quei parametri di cui tanto si parla e di cui siamo tutti a conoscenza.

Il Ministero della sanità dal punto di vista dell'informazione è il Ministero più trasparente, e questo, signor Ministro, è un merito che le devo riconoscere. Il Ministero della sanità non nasconde i dati, quindi li conosciamo; ma ad esempio io li ho appresi come studioso, come singolo cittadino, mentre è il Parlamento che deve decidere su questi argomenti. Ecco perchè la parte precettiva deve essere coerente con la parte relativa al finanziamento.

Il terzo strumento di governo è evidentemente la legge finanziaria. Ribadisco qui il diritto del Governo di usare tale strumento, ma a questo punto è evidente la necessità di pulizia nell'ambito degli strumenti adottati. Per quanto riguarda la legge pluriennale di finanziamento, riconosco la necessità — se il Governo la vuole sostenere — di modificarla, ma in questo caso deve riferire al Parlamento il motivo per cui intende variare gli strumenti e le dotazioni che con legge ordinaria ha dedicato a quel settore.

Credo che questo sia un passo su cui tutti dobbiamo essere convinti, ritengo che qui si tratti non di contrapporci, ma di recuperare degli strumenti. Si tratta di indicazioni che giungono al Parlamento — spero siano rece-

pite — da una Commissione che lavorò in sede prevalentemente tecnica, privilegiando in questo momento la mediazione tecnica sul problema politico. Mi riferisco alla Commissione tecnica per la spesa pubblica che operò negli anni 1981-82, che presentò queste raccomandazioni al ministro Andreatta; il Ministro le fece proprie e le trasmise ai Ministeri competenti, ma da allora giacciono inascoltate. Da questo punto di vista mi fa piacere che i dati di quella Commissione, di cui allora facevo parte, oggi siano un elemento di dibattito e trovino forze politiche convinte e propense a ritrovarsi su tali strumenti che, ripeto, possono consentire un migliore governo del settore più delicato del nostro paese. (*Applausi dall'estrema sinistra e dal centro-sinistra*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Rossi. Ne ha facoltà.

**ROSSI.** Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, devo dire che noi ci aspettavamo, a sei-sette anni dall'avvio della riforma, una riforma sulla quale il paese e le forze politiche e sociali avevano riposto tante speranze, speranze che sono andate purtroppo in gran parte deluse, e speravamo che il nostro dibattito e le mozioni — di cui parlerò in modo particolare — dalle quali questo dibattito ha preso lo spunto si soffermassero più attentamente e analiticamente sulle cause di tale insuccesso.

Poco fa il collega Cavazzuti ricordava che l'espressione «sanità malata» fu il titolo di un suo libretto e andava oltre, nel giudizio di oggi, parlando di «cara estinta». Qualcuno alle volte ha criticato una certa nostra insistenza nel denunciare i mali della sanità, i disservizi e gli sprechi: io prendo atto che in questo Parlamento non siamo soli in questo dibattito a parlare di sanità in crisi.

Dobbiamo dire però, con grande franchezza, che molti interventi che abbiamo ascoltato e le stesse mozioni che hanno aperto il dibattito, in particolare la mozione n. 1-00063, non hanno portato ad una analisi approfondita delle cause che hanno ridotto la sanità in queste condizioni. Eppure in vari docu-

menti di enti e strutture che si sono occupati di sanità sono emerse denunce e indicazioni attendibili circa le cause di tanto malessere. Alcune sono state ricordate in interventi di ieri sera; vari organi di stampa hanno dato notizia del malcontento che esiste tra gli assistiti nonchè di alcune gravi distorsioni che sono intervenute nella gestione del servizio. Ma devo ricordare — lo avevano già fatto il senatore Bompiani e alcuni colleghi che sono intervenuti nel dibattito — che nella Commissione sanità del Senato (che ha svolto un'ampia indagine conoscitiva sul funzionamento del servizio sanitario, nel corso della quale sono stati ascoltati esperti, operatori del settore, rappresentanze qualificate delle varie organizzazioni, operatori sanitari, rappresentanti delle forze sociali, nonchè qualificate delegazioni del CNEL, dell'Istituto superiore di sanità e così via) è emersa una serie di denunce di disfunzioni, di indicazioni anche quantitative circa gli obiettivi mancati della riforma, tutte cose che ci hanno profondamente impressionato.

Voglio ricordarne tre e credo di non forzare l'interpretazione di quel lavoro per il quale sono grato alla Commissione sanità ed al suo Presidente di averlo portato avanti con grande impegno. Dall'indagine sono emersi elementi preoccupanti. Innanzitutto un fatto che deve preoccupare seriamente tutti noi, anche se questa tendenza, nell'ultimo anno, è stata in parte corretta: è cioè emerso che il primo grande obiettivo della legge n. 833, quello della omogeneizzazione del livello delle prestazioni fra i diversi territori e le diverse categorie, lo si è mancato in pieno.

Mi pare che ieri sera, nel suo intervento, il collega Imbriaco parlasse di forbice che si è allargata: noi siamo d'accordo su questo concetto perchè la forbice, se esaminiamo la spesa *pro capite* a consuntivo, si è allargata in questi anni ed è preoccupante che si spenda di meno laddove ci sono redditi *pro capite* più bassi, laddove vi sono popolazioni che si suppone abbiano bisogno, quanto meno, di una assistenza pari a quella di altre regioni del paese. Qualcuno ha citato dei dati. Io non voglio annoiarvi ripetendoli qui: ma quando riscontriamo che in alcune

regioni del Nord — e prendo per tutte il Friuli-Venezia Giulia, ma potrei parlare anche delle Marche — si spende quasi il doppio di quanto si spende in alcune regioni del Sud, la Lucania, ad esempio, non possiamo non preoccuparci. Uno dei grandi obiettivi della riforma era quello di omogeneizzare il livello di prestazioni dal punto di vista territoriale e delle categorie sociali.

Secondo: da una ricerca condotta dal CNEL, di cui abbiamo avuto conoscenza nel corso delle audizioni fatte dalla Commissione sanità, è emerso che circa il 50 per cento delle unità sanitarie locali — forse è un dato che risale a qualche tempo fa, ma è anche questo un dato significativo — non ha ancora raggiunto il livello di prestazioni che venivano erogate dal vecchio INAM. Il professor Coppini, persona che si è occupata per anni di queste questioni, ci ha riferito, con l'enfasi che meritava un fatto del genere, un dato preoccupante: che il servizio, nato per realizzare l'obiettivo della omogeneizzazione delle prestazioni tra i diversi territori e le diverse categorie sociali, un servizio creato per ammodernare la sanità e rendere il livello delle prestazioni adeguato all'evoluzione della domanda sanitaria, in gran parte non ha ancora raggiunto il livello di prestazioni del vecchio INAM, che sappiamo non era un modello da prendere in considerazione a raffronto per le nostre discussioni perchè era l'istituto che forniva il livello di prestazioni meno avanzato.

Terzo: tra le persone che abbiamo ascoltato ci ha impressionato il discorso che fece il presidente della federazione degli ordini dei medici, il professor Parodi, oggi deputato europeo, il quale portò in quella sede la voce di tutte le categorie dei medici dichiarando la loro profonda insoddisfazione sul funzionamento del servizio, sulle prestazioni che venivano erogate, sul modo come le varie strutture gestiscono il servizio sanitario e denunciando una serie di lacune, di inefficienze e di carenze che sono spesso un elemento di frustrazione per gli operatori del servizio e che ne rendono estremamente difficile la gestione.

Un altro elemento che è emerso da tutti coloro che abbiamo ascoltato (esperti, gestori

di importanti unità sanitarie locali, gestori di importanti strutture sanitarie) è la rigidità del servizio e della spesa. Molti sono venuti a dirci, fra tutti coloro che operano nel settore con diretta cognizione di causa, che solo il 10-12 per cento della spesa viene deciso dagli organi di gestione: tutto il resto è un colossale pie' di lista.

Tutto questo attiene alle cause strutturali e alle riforme che dobbiamo apportare dal punto di vista istituzionale. Queste non sono questioni che possiamo addebitare alla colpa di singoli individui: tutto questo attiene ad aspetti istituzionali che dobbiamo affrontare se vogliamo creare un servizio moderno, più snello, più flessibile, che risponda alle esigenze degli assistiti, della popolazione e di una sanità la cui domanda è in continua evoluzione. In questi primi due anni della nuova legislatura devo ricordare che i colleghi — anche ieri sera lo abbiamo potuto constatare — danno dimostrazione di incomprendimento o di insofferenza rispetto alle critiche, allorquando noi denunciavamo certe carenze o non siamo d'accordo su certi provvedimenti o su certe impostazioni. In questi due anni ci siamo trovati molto spesso in disaccordo su una serie di provvedimenti che sono giunti al vaglio del Senato. Devo ricordare che non abbiamo votato il ripiano dei disavanzi pregressi delle unità sanitarie locali per il modo acritico con il quale è stato portato avanti, che ha scoraggiato e scoraggia gli amministratori che hanno fatto il loro dovere per far quadrare i bilanci e incoraggia gli spendaccioni, quelli che non hanno compiuto alcuno sforzo per controllare la spesa, tanto sapevano e pensavano che poi qualcuno avrebbe pagato.

E altrettanto siamo stati critici su altri provvedimenti che sono venuti alla nostra attenzione. Chi ci conosce sa che in tutto questo non c'è alcuna pervicacia nè volontà di critica aprioristica, ma la preoccupazione per quanto ci viene segnalato anche dalla relazione della Corte dei conti che ho citato proprio in occasione della discussione sul ripiano dei disavanzi pregressi, di cui non si tiene conto e di cui non si è voluto neanche far approvare una proposta che chiedeva che, laddove i disavanzi avessero raggiunto

certi livelli, si procedesse alla nomina dei commissari e ad ispezioni serie così da vedere quali ne fossero le cause e se sussistessero responsabilità personali a fronte delle denunce emerse dalla relazione generale della Corte.

Certo, a volte qualche organo di stampa avrà esagerato, ma se le cose andassero bene la stampa non avrebbe nè elementi nè materiale per fare le denunce che fa. Alla stampa, del resto, si aggiungono anche organi e strutture del mondo del lavoro che rappresentano buona parte degli assistiti. In una delibera della CISL si arriva addirittura a chiedere i finanziamenti per assumere la gestione diretta della sanità. Il fatto che si giunga a chiedere questo costituisce un altro segnale della difficoltà, della crisi profonda e del modo sbagliato in cui si procede.

Rispetto a questi problemi e alla denuncia che sale dal paese, noi troviamo insufficienti le mozioni presentate: mi riferisco in particolare alla mozione 1-00063. Che in un quadro come quello che ho tracciato si esprima il ringraziamento ai tanti amministratori ed operatori sanitari, francamente ci sembra assolutamente fuori luogo, specie se pensiamo che tra pochi giorni inizieremo in Senato la discussione di un provvedimento che si propone la riforma delle USL e dei comitati di gestione nonchè un profondo rinnovamento negli organi di gestione delle USL. Nel momento in cui si pone il problema di una gestione più oculata e più efficiente, fatta da persone che abbiano attitudini maggiori di molti e di tanti che oggi fanno parte dei comitati di gestione, che significato dobbiamo attribuire a questo ringraziamento? Se una parte così consistente del Parlamento è soddisfatta del modo in cui la sanità è stata gestita, come sarà possibile quel rinnovamento di metodo e di strutture che noi riteniamo necessario?

Voglio concludere, signor Presidente, proprio con un'annotazione su questo aspetto. Il nostro dibattito si avvia al termine. Riprenderemo l'esame delle proposte precettive per la programmazione sanitaria nazionale e sulle mozioni la prossima settimana, ma io voglio esprimere non solo la speranza, ma la volontà del Gruppo repubblicano — del resto

così ampiamente e brillantemente illustrata ieri sera dal nostro presidente, senatore Gualtieri — che nei giorni che ci separano da martedì e mercoledì della prossima settimana ci sia un approfondimento serio da parte di tutte le forze politiche e di tutti i Gruppi. L'elemento che è emerso negli interventi di molti colleghi, l'aspetto finanziario, cioè, della sanità, è stato da noi affrontato. Credo di aver detto più volte nella Commissione competente che si tratta per noi di spendere meglio, di eliminare i tantissimi sprechi che ancora ci sono, dando certezza agli operatori della sanità e contemporaneamente al paese, agli assistiti, a coloro che hanno bisogno del servizio sanitario, che si spende bene. Questo è il problema che noi poniamo.

Quando si è in presenza di un bilancio così dissestato come il nostro, nessuno sul piano politico sarebbe capace di ottenere i fondi di cui la sanità ha bisogno per garantire un'assistenza adeguata se non si utilizzano bene. Perciò occorre eliminare i tantissimi sprechi, le insufficienze, le distorsioni esistenti nel servizio e, nel proporre questo, dichiariamo la nostra disponibilità ad approvare un finanziamento triennale al settore. Affermando questo, dobbiamo aggiungere che, senza alcune riforme gestionali, istituzionali, senza profondi cambiamenti nel funzionamento del servizio, temiamo che sia impossibile realizzare tutto ciò, perchè diffusa è la preoccupazione che se si dà di più senza prima eliminare gli sprechi, le inefficienze che ci sono, senza riformare il settore, si continuerà a spendere male e nella direzione sbagliata. Ecco perchè auspichiamo alcuni interventi di riforma istituzionale, a cominciare da quella delle USL, e l'adozione di un piano sanitario che consenta i necessari adeguamenti e verifiche anno per anno e che non si limiti a indicare gli obiettivi, ma fornisca anche gli strumenti ed i mezzi per realizzarli.

In questo senso va interpretata la nostra proposta di soppressione dell'articolo 2: noi avevamo fatto una proposta diversa che non è stata accolta dalla Commissione sanità. L'articolo 2 è il risultato di un tentativo di conciliare cose tra loro inconciliabili e per questo ci dichiariamo insoddisfatti, pur

apprezzando il tentativo di venire incontro ad esigenze che avevamo posto e poniamo però in modo totalmente diverso.

Siamo infatti profondamente convinti che, se non si rivede, contemporaneamente alla approvazione del piano, il livello delle prestazioni, se non si creano strumenti flessibili, capaci di adeguare continuamente la spesa al mutare delle situazioni, alla evoluzione della domanda sanitaria, rischiamo di fare un piano che indicherà una serie di priorità che verranno regolarmente disattese. Questo è un problema che poniamo all'attenzione di tutte le forze politiche. Troppo spesso si sono fatti piani indicando come fondamentali i vari punti *a)*, *b)* o *c)*, mentre poi in realtà la spesa segue altri canali, va per conto proprio. Proprio per realizzare gli obiettivi che indichiamo nel piano sanitario, proponiamo una diversa soluzione dei problemi che voleva affrontare l'articolo 2 e che quindi fin dalla attuazione del piano sanitario nazionale venga fatta una revisione del livello delle prestazioni. Occorre avere il coraggio di scegliere tra ciò che nel piano si considera prioritario ai fini della tutela della salute ed alcuni aspetti delle prestazioni del tutto marginali. Se non faremo queste scelte, se non affronteremo in un ampio dibattito queste questioni la programmazione resterà un «bla-bla-bla», come diceva ieri sera il collega Gualtieri.

Concludo pertanto formulando l'auspicio che alle sollecitazioni che vengono dal paese, alle denunce che vengono da organi competenti ed istituzionali ed alle richieste di cambiamento avanzate dalle forze sociali e dagli operatori del settore il Senato sia in grado di dare una risposta adeguata che approfondisca l'analisi delle cause che hanno portato a questa situazione e proponga rimedi adeguati. Questo non è nelle mozioni di cui parlavo o è fatto in modo non del tutto soddisfacente. Occorre invece fare proposte che rispondano a questa esigenza di cambiamento. Se non cambiamo la struttura, se non cambiamo i meccanismi istituzionali, se non rivediamo alcune regole, ivi compresa quella della mobilità del personale, a fronte di una profonda ristrutturazione ospedaliera, che è stata ricordata in vari interventi, dal collega

Gualtieri ieri sera e dal senatore Cavazzuti poco fa, se il discorso sulla mobilità all'interno del servizio sanitario resta soltanto un diritto al trasferimento del singolo, se non affronteremo in maniera decisa, come già in altri campi della pubblica amministrazione, il problema della mobilità del personale, non illudiamoci di poter portare avanti il processo di ristrutturazione ospedaliera, che è uno degli elementi fondamentali per contenere e qualificare la spesa sanitaria.

Esprimo l'auspicio che sia possibile trovare un'intesa su questi problemi, ma voglio dire con grande franchezza che noi ci batteremo su questo fronte, e se non avremo soddisfazione nessuno pensi di poter contare sul nostro appoggio. (*Applausi dal centro-sinistra*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Muratore, ne ha facoltà.

**MURATORE.** Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli senatori, appare inutile oggi, dopo le precedenti esperienze di lavoro e i tentativi fatti in sede parlamentare, oltre che in ambito tecnico, soffermarsi ancora sul significato strettamente integrato del piano sanitario nazionale alla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale. Ci sarebbe da chiedersi piuttosto come si è potuto procedere operativamente nel campo sanitario nel paese senza poter disporre di punti fermi e di orientamenti espressi dal piano sanitario nazionale previsto dalla legge n. 833.

Siamo dunque di fronte ad una impellente necessità e dobbiamo procedere con atti responsabili e suffragati da elementi di elaborazione e di studio, già del resto da tempo in nostro possesso, all'approvazione del piano, sanando una carenza e un ritardo e dando al servizio sanitario nazionale un indispensabile strumento che peraltro, per sua stessa natura, a scadenze triennali potrà essere riesaminato anche nei suoi lineamenti essenziali.

Una nota però ci sembra che non possa essere elusa ed è quella relativa a quanto, pur in carenza del piano sanitario nazionale, hanno cercato di fare alcune regioni che si sono date piani o programmi triennali in

analogia alla cadenza temporanea del piano sanitario nazionale e per disporre comunque di strumenti che, pur avendo una valenza territorialmente limitata alle singole regioni, sottolineava l'inderogabile esigenza di disporre comunque di un quadro generale orientativo-programmatico, in modo da dare un senso capace e conseguenziale a tutti gli atti di politica sanitaria delle regioni in parola (collega Ranalli, il piano della regione Lazio del 1980-1982).

Del resto, la stessa legge di riforma sanitaria indica nel piano sanitario nazionale la base propositiva e prioritaria delle attività su tutto il territorio del paese e ne postula anche un indirizzo di programmazione e pianificazione a tutti i livelli. Per questo è più grave che finora tutte le regioni e le unità sanitarie locali non abbiano potuto disporre del piano sanitario nazionale approvato dai due rami del Parlamento.

Con il decreto-legge del 12 settembre 1983, n. 463, sulle misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria e per il contenimento della spesa pubblica è stato modificato, come è noto, l'articolo 53 della legge n. 833. Di conseguenza le disposizioni precettive relative al piano sanitario nazionale sono fissate con legge dello Stato, mentre il piano sanitario conseguente alle suddette disposizioni viene sottoposto dal Governo alle Camere per la sua approvazione con atto non legislativo.

Si è voluto così distinguere nettamente, e allo stesso tempo collegare, una parte di carattere finanziario-precettivo e una parte di carattere programmatico ricca di implicazioni tecniche che, per loro stessa natura, meritano di essere distinte e possono essere modificate con le stesse modalità, cioè dal Parlamento nel corso del triennio. Si è introdotta così una ulteriore possibilità di verifica e di adeguamento del piano nel corso stesso delle sue applicazioni.

C'è da augurarsi che si possa giungere nel più breve tempo possibile all'approvazione del piano stesso, che nei suoi obiettivi generali pone al primo posto i servizi di prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro, la vigilanza igienica sugli alimenti e la lotta alle sofisticazioni alimentari.

Su questo primo obiettivo si incentra una valutazione dalle complesse implicazioni, tali da fare del piano uno strumento per l'analisi delle condizioni di vita e di lavoro nonché di alimentazione di tutta la popolazione del paese. Del resto non ci sembra fuori di luogo che al controllo dell'ambiente venga coinnestata la vigilanza igienica sugli allevamenti in quanto proprio attraverso il controllo e la salvaguardia dell'ambiente si realizza almeno in parte la salubrità degli alimenti destinati all'uomo.

Tra gli altri obiettivi il piano si pone quello del potenziamento dei servizi di medicina di base, di igiene e sanità pubblica nonché dei servizi specialistici all'interno e all'esterno degli ospedali per contenere i ricoveri che gravano sui bilanci delle unità sanitarie locali e contraddicono l'essenza della riforma stessa, che è quella della prevenzione. Purtroppo non si sono avuti grandi risultati in questa direzione e ci vorrà del tempo per poterli registrare. Ma questa direzione indica in altra parte il piano sanitario nazionale del quale ci stiamo occupando, soprattutto laddove esalta il valore dei servizi di prevenzione e di educazione sanitaria nonché il piano di sviluppo della ricerca epidemiologica, cercando di affrontare i problemi della salute in termini di studio preliminare e di contenimento dei fattori predisponenti e morbigeni implicati nelle condizioni di vita e di lavoro che si sono via via realizzate in un paese come il nostro che ha registrato un rapido sviluppo degli assetti produttivi industriali e che ha conosciuto un processo di trasmigrazione delle forze di lavoro dall'agricoltura all'industria e alle attività terziarie, con una tumultuosa urbanizzazione.

La salute nella logica della riforma è intesa in modo coerente con quanto recita il preambolo stesso della costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, secondo il quale per salute non va intesa solo l'assenza di malattie o di infermità, ma uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

Volendo sottolineare l'aspetto dinamico della salute, possiamo definirla, con il Sepilli e i suoi collaboratori, come «una condi-



zione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale». In effetti vale il dettato dei nostri maggiori igienisti, sostenitori di una scienza medica che non si limiti alla terapia e alla riabilitazione, ma che si riproponga prima di tutto di conservare e di promuovere la salute. Ma passare da questo terreno culturale della riforma sanitaria all'attuazione di un servizio sanitario nazionale capace di modificare i postulati generali ai quali abbiamo fatto riferimento è opera impegnativa sia dal punto di vista politico che da quello organizzativo, sociale e igienico-sanitario.

Il piano sanitario nazionale è appunto uno degli strumenti che debbono servire a questo scopo e noi avremmo preferito che le proposte in esso contenute fossero formulate nel presupposto di una più stringente analisi clinica della realtà in atto in tutto il settore della sanità, oggetto negli ultimi anni di attenzione anche da parte della magistratura, che richiama chi di dovere allo svolgimento dei compiti gestionali, amministrativi e tecnico-sanitari conformi anche allo spirito e al dettato della riforma.

Non potevano mancare dunque l'attenzione politica e la verifica dei meccanismi posti in essere nella legge n. 833. In questa direzione si è mosso il Governo presentando un disegno di legge che si propone di modificare l'assetto delle unità sanitarie locali apportando integrazioni e correttivi per assicurarne il buon andamento.

Non solo il Governo, peraltro, ha sentito il dovere e ha compreso la necessità di affrontare alcune verifiche sugli strumenti e sui mezzi predisposti dalla riforma sanitaria, ma anche le forze politiche hanno preso atto della necessità di riconsiderare lo stato di fatto e le prospettive della sanità in Italia e si sono mosse avanzando proposte di legge che esprimono, sia pure nella loro diversità, l'impegno di pervenire, attraverso un lavoro comune da svolgere nel paese e nel Parlamento, alla modifica di alcune parti relative ai meccanismi operativi e attuativi della riforma della quale peraltro non si pongono in discussione i principi.

Certo attuare la riforma sanitaria significa dare forza a tutti gli assetti istituzionali del

paese, dare certezza ai cittadini e nello stesso tempo dare punti di riferimento certi a tutti quanti operano nel campo della sanità.

Lo slancio con il quale sono stati affrontati i contratti deve trovare un riscontro nella partecipazione sanitaria, mentre il compito delle forze sociali e politiche presenti nel paese è quello di sollecitare la partecipazione dei cittadini e di favorirne una maggiore consapevolezza nei riguardi dei problemi dell'igiene e della sanità pubblica.

Che senso avrebbe e quale sostanza democratica resta del disegno di riforma se i cittadini stessi non riescono ad impadronirsi della questione di gestione dei servizi sanitari?

Senza demagogia ma consapevolmente, tenendo presente il rapporto costi-benefici, le questioni della sanità debbono diventare un tema dominante di partecipazione politica — si badi bene — prescindendo dal carattere unilaterale e svincolandosi da questioni settoriali che negli ultimi anni vengono portate avanti come se salute, ambiente e regime di vita non fossero sostanza politica generale prima che particolare specifico. E tuttavia bisogna saper utilizzare queste spinte, raccoglierle e collegarle ai problemi generali che condizionano la possibilità di gestire correttamente ed efficacemente i problemi della salute.

Altri obiettivi generali del piano sono quelli del potenziamento e del coordinamento di servizi di emergenza che si collegano anche al servizio nazionale di protezione civile.

È da sottolineare la parte generale del piano nella quale vengono introdotti i due congegni organizzativi: le cosiddette azioni programmate ed i progetti obiettivi. Per il triennio 1985-1987 sono state individuate azioni programmate che riguardano la sicurezza dei lavoratori sul posto di lavoro, le lotte alle malattie neoplastiche e cardiovascolari, nonché la tutela dei nefropatici cronici attraverso un'azione complessiva riguardante la pratica terapeutica della dialisi e dei trapianti di organi.

Anche la sanità pubblica veterinaria dovrà essere oggetto di azioni programmate per le interconnessioni che sussistono da una parte

con la medicina e dall'altra con l'attività produttiva degli allevamenti e di trasformazione di prodotti di origine animale. Non a caso l'articolo 16 della legge di riforma sanitaria inquadra complessivamente la medicina veterinaria individuandone connotazioni specifiche.

A tale proposito si deve puntualizzare anche la necessità che le azioni programmate si impostino e si svolgano in un rapporto efficace con i produttori da una parte e i consumatori dall'altra.

Non si deve dimenticare che sussiste un reale interesse di coordinamento con iniziative che possono derivare dal nuovo piano agricolo alimentare nazionale tuttora in formazione ed in particolare da quei piani specifici che, inseriti nello schema di programma quadro predisposto dal Ministero dell'agricoltura, dovranno definire obiettivi e criteri di intervento per singoli comparti.

I piani di lotta contro l'infertilità e le malattie neonatali scaturiti dalla cosiddetta legge quadrifoglio sono in via di esaurimento in quasi tutte le regioni. Dobbiamo dire che sono stati condotti quasi dappertutto, senza un reale coordinamento con i servizi veterinari, pure trattandosi di malattie della sfera genitale che assumono, come nella brucellosi, importanza di malattie trasmissibili all'uomo.

Dove è il rischio reale di iniziative di questo genere che non sono state preventivamente studiate e concordate in sede sanitaria? Il rischio sta nella duplicazione dei servizi e quindi anche nell'aumento della spesa, ma non soltanto: si determina anche una divaricazione tra le attività di profilassi e di sanità animale e quelle svolte in modo indipendente da una organizzazione dei servizi creata solo in funzione di un programma specifico.

In conseguenza del nuovo piano sanitario nazionale, qualora si dovessero proporre iniziative del genere in campo nazionale, debbono essere preventivamente ed opportunamente rapportate sia in campo nazionale che in campo regionale e locale. Non bisogna poi dimenticare che lo stesso piano agricolo nazionale compie una disamina di quelli che sono i servizi di assistenza in agricoltura e

quindi anche zootecnici e punta su iniziative gestite dagli stessi allevatori. Del resto l'esigenza di attivare servizi di assistenza complessiva, svincolata dalla vecchia logica della visita su chiamata e imperniata invece sulla impostazione globale dei problemi igienico-sanitari, intesi anche come proiezione sull'organizzazione produttiva e della conduzione aziendale, è ormai largamente sentita e rappresenta un cardine del processo, in atto da tempo, di industrializzazione della produzione zootecnica. A questo proposito è opportuno sottolineare l'importanza della salvaguardia dell'igienicità e della salubrità dei prodotti di origine animale destinati all'alimentazione umana, che deve avere il suo punto di partenza proprio nel controllo degli allevamenti.

Si può dire che solo attraverso la conoscenza dei metodi di allevamento, alimentazione e patologia animale è possibile realizzare un controllo effettivo delle carni, del latte e dei suoi derivati, delle uova e del miele. È questo un processo primario di integrazione operativa tra sanità animale e controlli degli alimenti di origine animale che deve essere tenuto ben presente e che ricade nell'ambito dei servizi veterinari delle unità sanitarie locali e degli istituti zooprofilattici che pure si muovono in direzione di un opportuno collegamento con i servizi di igiene pubblica.

Oltre alle azioni programmate che abbiamo ricordato sono previsti progetti obiettivi. Alcuni sono disposti a tutela della salute della donna collegata pure a scelte consapevoli di procreazione e a tutela della maternità, altri si riferiscono alla salute degli anziani, alla salute mentale, che si estende anche alla risocializzazione dei disabili psichici. Infine un progetto riguarda la prevenzione della tossicomania.

Per quanto riguarda gli strumenti atti alla realizzazione di tutti questi progetti, le Unità sanitarie locali possono avvalersi delle competenze istituzionali dei vari istituti all'uopo incaricati.

È da sottolineare quanto stabilisce il disegno di legge in esame in merito ai piani sanitari delle regioni e delle province autonome, che devono comunque prevedere gli

impegni operativi per la realizzazione delle operazioni programmate e dei progetti obiettivi.

È questo uno dei raccordi diretti tra piano sanitario nazionale e piani regionali, che realizza un sistema organico su tutto il territorio nazionale. In sostanza viene attivata una via discendente che raggiunge tutte le regioni e le impegna all'attuazione delle azioni programmate e dei progetti obiettivi.

Oltre quanto sopra, i piani regionali devono prevedere anche obiettivi e modalità di azione dei distretti di base e valutare il fabbisogno di personale in ordine alla domanda sanitaria. È questo uno degli aspetti di maggior impegno politico gestionale con il quale si dovranno misurare le regioni, che dovranno esercitare una rigorosa azione di verifica e di controllo.

I piani sanitari delle regioni debbono anche definire e localizzare i fabbisogni, le attività professionali convenzionate, le modalità di partecipazione ed il coordinamento del volontariato, l'istituzione di servizi di pronto intervento e di emergenza, la rilevazione dei dati epidemiologici, statistici e finanziari secondo gli indirizzi metodologici forniti dal Ministero della sanità, la specificazione delle risorse finanziarie che hanno un vincolo di destinazione in base ai criteri di riparto del fondo sanitario nazionale e gli interventi programmati dalle regioni o dalle province autonome, nonché i programmi delle attività da svolgere utilizzando tali fondi a destinazione vincolata.

Interessante e necessaria ci pare l'introduzione e la definizione di strumenti quali quelli che vengono denominati dal piano sanitario nazionale presidi e servizi di alta specialità. Non sempre è possibile operare ad alto livello di specializzazione sanitaria nell'ambito dei ristretti bacini di utenza. Bisogna disporre di servizi di alta specialità per attività di diagnosi e cura che richiedono particolare qualificazione, nonché mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato. Le alte specialità riconosciute ai fini dell'organizzazione della fruizione dell'assistenza vengono indicate in un apposito elenco, in rapporto ai bacini di utenza di vaste dimensioni che permettono anche un più vantaggioso rapporto costo-beneficio.

Con decreto del Ministro della sanità saranno fissati i requisiti minimi di tali presidi e servizi, i collegamenti con le attività specialistiche, affini o complementari e le caratteristiche di professionalità del personale, nonché i bacini di utenza.

A proposito dei presidi e servizi di alta specializzazione pensiamo che per la parte veterinaria possano rientrare gli istituti zootifilattici sperimentali, nonché particolari laboratori delle facoltà di medicina veterinaria, in analogia a quanto è previsto per la medicina umana.

I piani sanitari delle regioni e delle province autonome debbono altresì prevedere la ristrutturazione delle degenze ospedaliere in ordine funzionale omogeneo afferenti alle diverse attività, la soppressione, l'accorpamento e la trasformazione in servizi speciali di diagnosi e cura delle divisioni o sezioni autonome, con basso tasso di utilizzazione dei posti-letto, infine devono provvedere a promuovere una migliore qualità di vita dei degenti in ospedale, cercando anche di realizzare, soprattutto per i bambini, soddisfacenti rapporti con i familiari.

I piani sanitari regionali devono indicare pure il fabbisogno di convenzione con istituzioni private di ricovero e cura.

Per quanto riguarda i programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica, il Ministero della sanità dovrà emanare con proprio decreto le linee direttive per il triennio 1985-1987.

Sulla base di tutto quanto sopra ci pare che si debbano segnalare alcuni significati essenziali del testo approvato dalla Commissione sanità del Senato che ci pare già ricco di contenuti nella parte descrittiva e che risulta arricchito da una serie molto articolata e complessa di modalità di attuazione, di contenuti più prettamente tecnici.

In effetti, con l'approvazione del piano sanitario nazionale, il Parlamento può dare vita ad uno strumento atto a risolvere problemi che anche per la mancanza del piano stesso si sono manifestati dal 1978 ad oggi.

Si è detto di uno scollamento tra Governo centrale e regioni che assume significato di vera e propria difficoltà istituzionale di fondo nel nostro paese. Se il piano sanitario nazionale, così come pare che possa, consen-

tirà di saldare per la tutela sanitaria ed igienica dei cittadini e dell'ambiente il momento centrale di governo con quello periferico regionale, si sarà fatto un passo avanti anche per dare un significato più organico alle autonomie regionali e si sarà reso operante uno strumento utile di carattere discendente sia per avvalorate esigenze complessive generali del paese nel campo della sanità che per favorire azioni programmate e progetti obbiettivo comuni fra tutte le regioni.

Non ci si deve peraltro nascondere che nel corso di tutti questi anni sia il Ministero della sanità che altri Ministeri, costruiti nella logica dell'amministrazione diretta, hanno incontrato difficoltà ad adeguarsi alla logica diversa dell'alta vigilanza, della programmazione, dell'indirizzo e del coordinamento e non a caso, nell'ambito della parte attuativa del piano ed anche attraverso altre iniziative di carattere generale, viene postulato il riordinamento del Ministero stesso, ai sensi dell'articolo 59 della legge n. 833 in modo da sperimentare, nel quadro dei compiti di coordinamento della Presidenza del Consiglio, i principi generali della riforma della pubblica amministrazione.

Trattandosi dell'adeguamento delle strutture centrali dei servizi sanitari nazionali, tra gli interventi da compiere penso ne siano previsti altri tre: la completa riorganizzazione dell'Istituto superiore della sanità attraverso la ristrutturazione del numero e della competenza dei laboratori specifici; la definizione della collocazione funzionale ed organica dei nuclei antisofisticazione; il riordinamento ed il potenziamento dei servizi veterinari centrali e di confine, nonché gli istituti zooprofilattici.

Gli istituti zooprofilattici sperimentali sono i destinatari di tutte le attività di laboratorio conseguenti a quella di vigilanza e controllo.

In merito al potenziamento dei servizi di prevenzione di medicina collettiva, la parte attuativa del piano si sofferma sull'istituzione e l'avvio dell'attività dei laboratori di sanità pubblica.

Nel paese ed in Parlamento è stata ripetutamente segnalata la condizione di crisi in cui versano gli ex laboratori provinciali di

igiene e sanità pubblica; in realtà le ragioni di tale crisi sono legate al passaggio del servizio di vigilanza dei laboratori stessi alle unità sanitarie locali e ad una difficoltà di raccordo che bisogna cercare di superare anche attraverso programmi di coordinamento.

Nella ristrutturazione ed attivazione di tali laboratori bisognerà chiaramente distinguere in materia di competenza, ferma restando quella attribuita agli istituti zooprofilattici.

La formazione e l'aggiornamento professionale del personale delle unità sanitarie locali devono essere finalizzati, attraverso un programma triennale, al soddisfacimento delle più immediate esigenze di funzionamento dei servizi sanitari. Ma centrale resta, anche nel piano sanitario, la preoccupazione di contenere i livelli di spesa pubblica è rendere più efficace e soprattutto produttiva la spesa stessa. A questo scopo vale anche il richiamo del presidente Bettino Craxi che ha collocato il problema della sanità nel contesto generale dei problemi del paese, esaltandone il valore ma riproponendone le carenze e assumendo l'impegno di sanarle, anche attraverso una più efficace risposta del momento pubblico. E qui si torna a dire che le istituzioni sanitarie, attraverso un'adeguata ristrutturazione dei loro meccanismi e della loro gestione, debbono contribuire sia a migliorare i livelli di erogazione dei servizi sanitari che a rivalutare complessivamente le istituzioni dello Stato.

La fuga verso il privato sta assumendo aspetti di vero e proprio riconoscimento di incapacità dell'istituzione pubblica e al tempo stesso assistiamo ad una esaltazione impropria ed ingiustificata del privato che opera nel campo della medicina e che tornerrebbe vieppiù a operarvi senza certo decampare dalla sua intrinseca logica del profitto.

Punto di equilibrio tra istituzioni che vogliono rispondere al loro scopo di tutela della salute di tutti i cittadini, soprattutto dei meno abbienti, e i servizi erogati da una titolarità di tipo privato, che devono comunque integrarsi nella logica di piano, è che questi devono risultare afferenti e non divaricanti rispetto alle finalità del servizio sanitario nazionale.

È questo lo scopo da perseguire e ci pare

che un passo importante lo si possa fare anche approvando il piano sanitario nazionale. (*Applausi dalla sinistra*).

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

#### Per lo svolgimento di una interrogazione

CROCETTA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* CROCETTA. Signor Presidente, intendo sollecitare lo svolgimento dell'interrogazione n. 3-00616 del 7 novembre 1984, rivolta al Ministro della sanità, sulla situazione sanitaria delle isole di Lampedusa e Linosa. Ritorno a sollecitarla anche perchè il 1° giugno è accaduto un fatto estremamente increscioso nell'isola di Lampedusa: il sindaco, professor Fracapane, è stato aggredito, è stato ferito gravemente e ha rischiato la vita proprio per carenza di soccorsi. È rimasto per sei ore senza adeguati soccorsi: l'unico soccorso che si è potuto dare è stato quello della guardia medica, perchè non c'è nessun'altra struttura.

Il sindaco è stato aggredito alle 20,30, l'areo militare è arrivato all'1,15. Il ferito è potuto arrivare all'ospedale civico di Palermo dopo sei ore dall'aggressione. Non c'era nessun elicottero che potesse arrivare in tempo. Quindi la situazione sanitaria è estremamente grave e pesante.

Mi sono rivolto parecchie volte agli uffici per sollecitare lo svolgimento di questa interrogazione: per due volte mi sono rivolto personalmente al Ministro che mi ha assicurato che mi avrebbe risposto. Una prima volta, dopo il sollecito degli uffici, mi ha mandato un telegramma — ma questo nel mese di dicembre — dicendo che si sarebbe interessato al caso con la regione siciliana. Ho sollecitato per la seconda volta stasera in Aula l'interrogazione e spero che il Ministro senta il bisogno di rispondermi su una situazione così grave che riguarda 5.000 cittadini che vivono a 122 miglia dalla terraferma e che in estate riguarda circa 30.000 persone che vanno a villeggiare.

È una situazione eccezionale, che non va vista nel solito modo. Quindi credo che sia opportuno intervenire, se non vogliamo che ci siano realmente delle vittime. Infatti il sindaco di Lampedusa è ancora vivo, però la prognosi rimane riservata dopo 12 giorni di degenza in ospedale, perchè ha perduto oltre tre litri di sangue e quindi è rimasto tra la vita e la morte per parecchi giorni.

Non possiamo accettare che si ripetano casi di questo genere senza che venga affrontata una situazione così drammatica come quella dell'isola di Lampedusa. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. La Presidenza prende atto di questa richiesta. Siamo sicuri che anche il Ministro, che è presente, farà altrettanto. In ogni modo, la Presidenza si preoccuperà di sollecitare la risposta all'interrogazione.

#### Interpellanze, annunzio

PRESIDENTE. Invito il senatore segretario a dare annunzio delle interpellanze pervenute alla Presidenza.

COLOMBO VITTORINO (V.), *segretario*:

MILANI Eliseo, FIORI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri degli affari esteri e della difesa.* — In relazione alle conclusioni della recente sessione del Consiglio atlantico chiusa a Lisbona il 7 giugno 1985, si chiede di conoscere:

1) quale sia il giudizio del Governo italiano sul fatto che, pur non avendo il Consiglio atlantico espresso posizioni ufficiali a proposito dell'iniziativa di difesa strategica del Governo statunitense, quest'ultima non ha evidentemente incontrato il favore degli alleati europei, e che, ciò nonostante, il segretario di Stato Shultz abbia dichiarato che gli Stati Uniti continueranno le ricerche per i progetti di «armi spaziali» e che non saranno disponibili a discuterne seriamente nell'ambito dei negoziati USA-URSS in corso a Ginevra;

2) quali opinioni abbia espresso il Governo italiano nell'ambito del Consiglio atlantico a proposito del rispetto del trattato Salt-2

e della prosecuzione delle trattative per la riduzione e il controllo degli armamenti nucleari strategici ed eurostrategici;

3) se il Consiglio atlantico abbia ulteriormente affrontato le questioni legate alle dottrine d'impiego delle forze alleate sui teatri europei, approfondendo in particolare i rapporti tra la cosiddetta «dottrina Rogers» (o «FOFA») e la dottrina d'impiego dell'esercito statunitense «*Air Land Battle*»;

4) se in questo ambito sia stato posto il problema della drastica riduzione delle armi nucleari da campo di battaglia ancora presenti in Europa, con particolare riferimento a quelle presenti nelle regioni nord-orientali del nostro Paese (Lance, Nike Hercules, granate da 155 e da 203, ADM), e se vi siano sedi negoziali con il Patto di Varsavia a proposito di questa categoria di armi nucleari;

5) se siano stati valutati nell'ambito del Consiglio atlantico i problemi, anche di ordine finanziario, posti dall'incremento dei programmi di armamento convenzionale in atto in molti Paesi dell'Alleanza, a cominciare dall'Italia stessa, e se, di conseguenza, sia stata valutata l'impossibilità di impegnare gli alleati per programmi dai notevolissimi oneri finanziari (IDS, ET) in una fase in cui è già assai problematico rispettare le scadenze dei programmi già decisi ed avviati;

6) per quali ragioni il Governo italiano non abbia ritenuto di discutere anticipatamente in Parlamento i propri orientamenti in vista della sessione del Consiglio atlantico e se intenda stabilire per il futuro una prassi costante di confronto con il Parlamento stesso sulle linee di politica estera e di politica militare che si definiscono in sede atlantica.

(2-00328)

URBANI, BAIARDI, POLLIDORO. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Premesso e considerato:

che il CIPE, con delibera del 29 marzo 1984, aveva dato mandato al CIP di apportare gli opportuni correttivi alla metodologia di determinazione dei prezzi dei prodotti petroliferi, in considerazione anche dei limiti tecnici dell'attuale metodo rilevati dalla stessa commissione per lo studio dei mercati petroliferi europei;

che il Ministro ha più volte dichiarato, in contrasto con la sopra richiamata delibera del CIPE, che intende procedere ad una liberalizzazione dei prezzi dei prodotti petroliferi, nonostante da più parti si evidenzino le conseguenze negative che ciò potrebbe avere nell'attuale situazione dell'economia nazionale e in assenza di adeguate misure di ristrutturazione e riqualificazione del comparto petrolifero;

che il TAR del Lazio ha annullato il punto 8 del provvedimento CIP n. 26/82, che istituiva la commissione interprofessionale per la determinazione dei margini per la distribuzione, rendendo nulli tutti gli accordi da questa ratificati e creando, di conseguenza, una situazione di precarietà e disordine nel settore distributivo;

che sempre il TAR del Lazio poneva a carico dello stesso CIP, sulla base della disciplina amministrativa, l'obbligo di fissare i prezzi dei prodotti petroliferi in tutte le fasi di scambio;

che il CIP, in data 28 febbraio 1985, ha, di fatto, liberalizzato il prezzo del GPL auto e domestico creando notevoli problemi sul piano attuativo, sia perchè i margini della distribuzione sono stati liberalizzati, sia perchè i rivenditori di gas in bombole non si sentono vincolati a rispettare il prezzo al consumo del GPL presentato nel listino dell'azienda, che ha già immesso al consumo più di 50.000 tonnellate di prodotto nel 1984,

si chiede al Ministro se non ritenga opportuno:

che non vengano attuate modifiche del regime dei prezzi dei prodotti petroliferi se prima non siano state sottoposte all'esame del Parlamento, previa consultazione delle categorie interessate debitamente documentata;

che, in attesa di eventuali modifiche al regime dei prezzi, venga emesso, in attuazione della nota sentenza del TAR del Lazio, un provvedimento che recepisca gli accordi interprofessionali annullati e si dia — in tal modo — valore *erga omnes* ai margini per la distribuzione, e ciò in termini tali che il necessario adeguamento dei margini copra i costi della distribuzione nel periodo di *vacatio legis*;

che vengano soppressi i provvedimenti CIP n. 11/85 del 28 febbraio 1985 e n. 19/85 del 29 marzo 1985, che di fatto liberalizzano il GPL;

che, in ogni caso, venga sospesa l'efficacia della cassa conguaglio GPL, che si presenta come un istituto illegittimo in regime di liberalizzazione di fatto del prezzo di tale prodotto.

Gli interpellanti, infine, chiedono al Ministro se non ritenga giunto il momento di intervenire più efficacemente, con una necessaria opera di mediazione fra le diverse categorie di operatori interessati per l'attuazione delle procedure relative alla determinazione dei prezzi petroliferi, superando una posizione di calcolata inerzia che rischia di lasciare aperto il settore a soluzioni di fatto imposte dalle categorie degli operatori più forti a danno delle categorie più deboli e senza apprezzabile vantaggio per l'utenza.

(2-00329)

MASCAGNI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — In data 6 giugno 1983, con decreto del Ministero, veniva bandito un concorso per titoli ed esami per il conferimento di 35 posti di direttore titolare nei conservatori di musica di Stato. Il concorso, la cui prova scritta era stata fissata per il 19 aprile 1984, veniva sospeso pochi giorni prima di tale data per «obiettive difficoltà interpretative dei requisiti necessari per l'ammissione», secondo quanto, da parte del Ministero medesimo, si rispondeva il 16 ottobre 1984 ad una interpellanza in proposito presentata dallo scrivente.

In riferimento a tali difficoltà interpretative, in data 20 luglio 1984, veniva al riguardo avanzata al Consiglio di Stato richiesta di parere. In data 11 aprile 1985, il Consiglio di Stato trasmetteva al Ministero il richiesto parere n. 1430/84, con il quale, in base ad estesa argomentazione, si affermava «la legittimità del bando di cui al decreto ministeriale 6 giugno 1984».

Ciò premesso, l'interpellante chiede quali sono le ragioni per cui sino ad oggi, pur di fronte all'accertata conformità del bando, il Ministero abbia omesso di attuare le procedure per l'espletamento del concorso, che ri-

guarda ben 35 posti di direttore titolare di conservatorio su 43 conservatori di musica esistenti nel Paese, 35 posti affidati, per di più, a supplenti annuali nominati discrezionalmente dal Ministero stesso, senza nemmeno il conforto di una circostanziata valutazione dei titoli e di una graduatoria di merito. Chiede, inoltre, se il ritardo nell'espletamento del concorso non possa configurare un illecito tale da determinare responsabilità anche nei confronti dei candidati.

(2-00330)

### Interrogazioni, annunzio

PRESIDENTE. Invito il senatore segretario a dare annunzio delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

COLOMBO VITTORINO (V.), *segretario:*

BONAZZI, RIVA Massimo. — *Ai Ministri del commercio con l'estero, dell'industria, del commercio e dell'artigianato e del tesoro.* — Premesso:

che il 71 per cento della Barilla G. e R. f.lli s.p.a. è posseduto da soggetti di nazionalità non italiana, e cioè per il 40 per cento dalla Financieringsmatschappy Relou N.V. di Amsterdam, per il 16 per cento dalla Pagra A.G. del Liechtenstein e per il 15 per cento dalla società svizzera Loranige S.A.;

che l'81,5 per cento della P. Ferrero e C.S.P.A. è pure posseduto da soggetti esteri, e cioè il 18,75 per cento dalla olandese Brioporte B.V. ed il 25 per cento, per ciascuna, dalle svizzere Nelgen A.G. e Creitanen A.G.;

che diversi organi di stampa hanno dato notizia, non smentita, che le società estere che possiedono la maggioranza delle azioni delle due società farebbero capo a soggetti di nazionalità italiana,

si chiede di sapere:

se sia vero che le società estere che possiedono la maggioranza delle azioni della Barilla G. e R. f.lli s.p.a. e della Ferrero e C.S.P.A. fanno capo a soggetti di nazionalità italiana;

come, in tal caso, è stato possibile realizzare tale situazione;

se tutto questo sia compatibile con le vigenti norme valutarie e fiscali.

(3-00953)

*Interrogazioni  
con richiesta di risposta scritta*

VENTURI. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Premesso:

che in data 21 dicembre 1984 il Ministro, in risposta all'interrogazione n. 4-00874, dichiarava che il gruppo Gestitalia di Milano, avendo rilevato nel 1982 dalla società a partecipazione statale SPI (gruppo IRI) la società INDEL di Sant'Agata Feltria (PS), produttrice di frigoriferi di piccole dimensioni, aveva utilizzato mezzi finanziari acquisiti nel quadro dell'accordo di trasferimento, nel riequilibrio della situazione gestionale, e che lo stesso gruppo Gestitalia, nel rispetto sostanziale di un accordo sottoscritto in data 27 luglio 1983 davanti allo stesso Ministro, aveva avviato un progetto per una iniziativa industriale nel campo della posateria, che prevedeva un polo principale a Sulmona e uno dei due poli sussidiari nella stessa Sant'Agata Feltria con l'assorbimento di 40 addetti;

che nel tempo, invece, si è andata accentuando la carenza gestionale dello stabilimento INDEL di Sant'Agata Feltria con la conseguente messa in cassa integrazione delle maestranze;

che nulla è stato fatto dal gruppo Gestitalia, nei termini stabiliti, per avviare la preannunciata nuova attività allocata in Sant'Agata Feltria;

che, come risulta da notizie stampa, alcuni amministratori del gruppo Gestitalia sono stati recentemente arrestati per reati connessi alla gestione dell'azienda Cromolit di Sulmona;

che quanto sopra sta provocando a Sant'Agata Feltria vivissima preoccupazione e gravissimo allarme,

l'interrogante chiede di conoscere quali iniziative il Ministro, di fronte al quale a suo tempo sono stati assunti gli impegni di cui sopra, intenda assumere per accertare la regolarità della gestione della società INDEL e

per salvaguardare l'occupazione in una zona montana particolarmente depressa.

(4-01963)

MARTORELLI. — *Ai Ministri della sanità e di grazia e giustizia.* — Premesso:

che l'ospedale civile regionale di Cosenza versa in una situazione di grave degrado, se non di collasso, tanto che il direttore sanitario di quel nosocomio, recentemente, in una intervista televisiva, ha dichiarato che «meglio sarebbe chiudere questo ospedale»;

che ad una precedente interrogazione dello scrivente sullo stesso argomento, presentata oltre un anno fa, non è stata ancora data risposta;

che le gravi disfunzioni denunciate anche dalla direzione sanitaria dell'ospedale di Cosenza, nonostante una ispezione condotta da organi ispettivi del Ministero e della Regione, oltre un anno fa, continuano con aspetti addirittura drammatici, come lo stato della sala operatoria che, secondo autorevoli osservazioni, sarebbe anche infestata dai topi;

che lo sciopero, attualmente in atto, del personale dipendente è motivato anche dalle disfunzioni qui esposte,

l'interrogante chiede di conoscere:

1) i risultati della ispezione condotta sull'ospedale di Cosenza, oltre un anno fa, da organi ministeriali, nonché i risultati dell'indagine disposta da organi regionali;

2) quali conoscenze abbia comunque il Ministro della sanità delle condizioni e dello stato di quella struttura sanitaria;

3) quali misure intenda adottare il Ministro della sanità, se la lamentata situazione è reale, per riportare la struttura sanitaria alla normalità;

4) se non ritengano i Ministri interrogati, una volta riscontrata la gravità della situazione, di procedere, nei modi che la legge e l'ordinamento prevedono, alla contestazione di specifici addebiti a chi è investito di responsabilità di governo di quella Unità sanitaria locale;

5) quali iniziative giudiziarie abbia adottato la Procura della Repubblica di Cosenza per la repressione di illeciti penali che non possono non essersi verificati nella denuncia-



ta situazione di degrado, se non di collasso, dell'ospedale regionale di Cosenza.

(4-01964)

ANGELONI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Premesso:

che la legge 12 giugno 1984, n. 222 («Revisione della disciplina della invalidità pensionabile»), ha modificato profondamente i criteri per il riconoscimento del diritto alla pensione di invalidità, dando preminenza alla riduzione della capacità lavorativa in modo permanente — a causa di infermità o difetto fisico o mentale — in luogo della incapacità di guadagno stabilita da leggi precedenti;

che l'introduzione dei nuovi criteri fa largo e preminente spazio all'attività dei medici, dei quali viene esaltata la funzione;

che a tale riguardo l'articolo 13 della citata legge 12 giugno 1984, n. 222, espressamente stabilisce che: «Al personale medico degli enti previdenziali si applicano integralmente gli istituti normativi previsti per i medici dalle norme di cui all'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833»;

che il consiglio di amministrazione dell'INPS, con deliberazione n. 46 del 29 marzo 1985, ha inteso applicare le norme di attuazione dell'articolo 13 della legge 12 giugno 1984, n. 222, riguardanti il personale medico dell'istituto;

che il dipartimento per la funzione pubblica — serv.VII/rep. 1 — con nota del 29 aprile 1985, n. 24647/6.2.16.29, previa una lunga serie di osservazioni, motiva il suo parere contrario alla deliberazione dell'INPS,

l'interrogante chiede di sapere:

1) se il Ministro è a conoscenza che, a causa della mancata applicazione delle norme di cui all'articolo 13 della legge 12 giugno 1984, n. 222, i medici dell'INPS, pur effettuando accertamenti diagnostici sui cittadini richiedenti la pensione di invalidità, non esprimono alcun giudizio di invalidità o inabilità e che, pertanto, nelle sedi provinciali dell'INPS sono bloccate molte migliaia di pratiche, con grave disagio per larghe schiere di cittadini che attendono di vedere evase le loro istanze ed il cui forte risentimento è pienamente giustificato;

2) che cosa il Ministro si propone di fare perchè la legge 12 giugno 1984, n. 222, trovi la più sollecita ed integrale applicazione, anche per non vanificare il proficuo lavoro svolto dal legislatore e per evitare nuove frustrazioni per tutti i cittadini che attendono il riconoscimento della pensione di invalidità o dell'assegno di inabilità.

(4-01965)

FOSSON. — *Al Ministro delle partecipazioni statali.* — Premesso che il piano Finsider, concordato ed approvato nel 1983, prevedeva per la Delta-Sider di Aosta una produzione di 380.000 tonnellate complessive di acciaio (da costruzione, inox, rapidi, eccetera) ed una occupazione, a ristrutturazione avvenuta, di circa 2.700 unità rispetto alle precedenti 3.500 unità circa;

preoccupato delle voci che corrono nell'ambito sindacale dei lavoratori,

l'interrogante chiede con urgenza di sapere se corrispondono al vero le notizie di una ulteriore riduzione di produzione di acciaio (da costruzione ed inox) con la conseguente chiusura di alcuni settori e la drastica diminuzione di unità lavorative rispetto al programma 1983.

(4-01966)

ROMEI Roberto. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Premesso:

che la società multinazionale Ingersoll Rand, con stabilimenti a Vignate (Milano), a Piano D'Ardine (Avellino) ed altri dipendenti in varie città d'Italia (di cui 80 in partecipazioni con la GEPI), ha accumulato a chiusura del bilancio 1983 perdite pari a lire due miliardi e mezzo;

che la tendenza negativa è andata accentuandosi nel corso del 1984 per cui la direzione aziendale ha chiesto di ridurre il personale dipendente di 125 unità, dopo essere ricorso, fra l'altro, all'incentivazione delle dimissioni volontarie;

che l'avviata operazione di ridimensionamento dell'attività produttiva dell'azienda Ingersoll Rand-Italia ha come effetto immediato un ulteriore aggravamento del fenomeno della disoccupazione in aree segnate da

un preoccupante processo di riduzione generalizzata dei livelli occupazionali,

l'interrogante chiede di sapere:

se non sia il caso che il Governo verifichi se la riduzione delle quote di mercato in Italia sia conseguente più ad una realtà commerciale del gruppo che ad esigenze di razionalizzazione del processo produttivo;

se il Governo non intenda adottare idonei interventi atti ad agevolare la richiesta formulata dai sindacati diretta ad ottenere i contratti di solidarietà come previsti da apposita legge dello Stato.

(4-01967)

**CIMINO.** — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.* — Premesso:

che la riconversione dell'agrumicoltura prevista dal Regolamento CEE 2511/69, integrato dal progetto speciale agrumicoltura n. 11 elaborato dalla Cassa per il Mezzogiorno, si basa sulla utilizzazione di materiale di propagazione vegetale idoneo e certificato;

che il piano di attuazione delle misure per il miglioramento della produzione e della commercializzazione degli agrumi di cui al Regolamento CEE 1204/82, approvato dall'Esecutivo comunitario con nota n. 1451 del 21 novembre 1983 e riportato nel decreto del Ministro dell'agricoltura del 30 dicembre 1983, al punto 3 della lettera F, delega la società cooperativa TECNOPE (costituita da dottori agronomi e periti agrari, appartenente al gruppo FINAM) allo svolgimento delle attività che riguardano l'approvvigionamento e la distribuzione del materiale di propagazione ai vivaai agrumicoli, nonchè al controllo delle sezioni incrementali destinate alla premoltiplicazione del suddetto materiale;

che la Cassa per il Mezzogiorno ha finanziato la società TECNOPE per lo svolgimento delle suddette attività, nell'ambito delle azioni promosse dal progetto speciale agrumicoltura n. 11, sino alla campagna 1984;

che, a seguito della messa in liquidazione della Cassa per il Mezzogiorno, le iniziative per il settore vivaistico sono comprese nelle azioni di completamento attivabili da essa stessa;

considerato che lo stesso servizio è stato ritenuto essenziale, come risulta dal verbale

della riunione svoltasi in data 7 giugno 1985, alla presenza dei rappresentanti del Ministero agricoltura e foreste, dell'Istituto sperimentale per l'agrumicoltura di Acireale, delle Regioni Sicilia, Calabria e Puglia e della Cassa per il Mezzogiorno, la quale — nella stessa riunione — è stata invitata a garantire l'assolvimento dei compiti svolti in passato nel settore del vivaismo agrumicolo;

rilevato che la Cassa per il Mezzogiorno, per l'anno 1985, nonostante ripetuti solleciti da parte del Ministero dell'agricoltura e delle foreste, non ha finanziato il servizio di approvvigionamento e distribuzione delle marze, nonchè l'attività per il controllo delle sezioni incrementali che dovranno fornire le marze per la campagna innesti del prossimo anno, azioni, queste, già in corso di avanzato svolgimento da parte della società cooperativa TECNOPE;

considerata la gravità delle ripercussioni derivate ai vivaisti, specialmente ai più piccoli, dalla impossibilità di produrre piantine certificate ed agli agricoltori dalla impossibilità di riconvertire i propri impianti per mancanza di materiale certificabile,

l'interrogante chiede di sapere perchè la Cassa per il Mezzogiorno non ha ancora provveduto al finanziamento delle azioni relative all'approvvigionamento ed alla distribuzione delle marze, nonchè al controllo delle sezioni incrementali.

(4-01968)

**FONTANARI.** — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere:

se sia al corrente della situazione di precarietà, per carenza di personale, in cui versa la Pretura di Trento, che ha costretto il consigliere dirigente al rinvio di tutte le istruttorie civili al 24 ottobre 1985, con pesanti ripercussioni sugli operatori e sui cittadini;

se per ovviare alle carenze degli organici, per quanto rigurada sia i giudici che il personale di segreteria ed ausiliario, da tempo denunciate e aggravate dalle nuove competenze attribuite alle Preture, si possa sperare in una soluzione che a brevissimo termine consenta la fine della paralisi ed entro termini ragionevoli la possibilità del corretto

funzionamento degli uffici della Pretura di Trento.

(4-01969)

FABBRI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Premesso:

che, all'atto della conversione del decreto-legge 17 novembre 1983, n. 623, nella legge n. 748 del 23 dicembre 1983, è stato inserito dal Parlamento un emendamento — articolo 5-ter, lettera a) — che riconosceva alle Province di Parma e Modena la somma di lire 6 miliardi per il triennio 1984-86 per danni relativi all'alluvione del 1982, col preciso scopo di permettere agli enti interessati il ripristino e la ricostruzione delle opere pubbliche danneggiate;

che, successivamente, il Ministro per la protezione civile interpretava l'assegnazione dei 6 miliardi suddetti come anticipazione per il pronto intervento sostenuto dalla Regione Emilia-Romagna, snaturando, secondo il parere dell'interrogante, lo spirito e la lettera dell'emendamento approvato dal Parlamento;

che le Province di Parma e Modena, pertanto, non possono, in seguito al blocco dei fondi, far fronte alle esigenze e che, in particolare, la Provincia di Parma non può prov-

vedere alla ricostruzione del ponte sulla Fossaccia, a Pizzo di San Secondo Parmense, e al rifacimento del ponte sul Taro ad est di San Secondo Parmense, entrambi sulla strada provinciale che collega Parma con Cremona attraverso il nuovo ponte sul Po di Ragazzola,

l'interrogante chiede se non si ritenga di dover intervenire con urgenza ai fini di una corretta interpretazione della lettera a) dell'articolo 5-ter della legge n. 748 del 1983, impartendo disposizioni affinché sia erogata alla Regione Emilia-Romagna la somma di lire 6 miliardi per il triennio 1984-86 per il ripristino di opere pubbliche danneggiate in seguito all'alluvione del 1982 verificatasi nelle Province di Parma e Modena.

(4-01970)

PRESIDENTE. Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, giovedì 13 giugno, alle ore 21, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (ore 20,05).

Dott. FRANCESCO CASABIANCA  
Consigliere preposto alla direzione del  
Servizio dei resoconti parlamentari