

291.

SEDUTA DI SABATO 10 AGOSTO 1974

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ZACCAGNINI

INDI

DEI VICEPRESIDENTI LEONILDE IOTTI E BOLDRINI

INDICE

	PAG.		PAG.
Disegni di legge:		CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN	17057, 17075 17078
(Approvazione in Commissione)	16990, 17031	CERRA	17054
(Assegnazione a Commissione in sede referente)	17085	COLOMBO VITTORINO, <i>Ministro della sa- nità</i>	16980, 17037, 17065, 17083
(Presentazione)	17084	CRISTOFORI	17084
(Trasmissione dal Senato)	17056	D'ANIELLO	17031, 17056, 17060, 17072
Disegno di legge (Discussione e approva- zione):		D'AQUINO	17016, 17049, 17071 17074, 17078, 17088
Conversione in legge del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della ri- forma sanitaria (3102)	16977	DELFINO	16983
PRESIDENTE	16977, 16984, 16987, 17039, 17085	DE LORENZO	17003, 17071, 17074 17078, 17079, 17082
ASTOLFI MARUZZA	17061, 17078	DE MARZIO	17066, 17078, 17079
BAGHINO	17061, 17078	DI GIOIA	17050, 17066
BERLINGUER GIOVANNI	17023, 17053, 17066	DI GIULIO	17085
BIAMONTE	17033	FELISETTI	16986
BIANCHI ALFREDO	17053, 17066	FERRI MARIO, <i>Relatore</i>	16977, 17034, 17065
BOZZI	16980	FRASCA	17083, 17084
CAIAZZA	17063, 17079	FUSARO	17084
CARUSO	16982	GASCO	17084
		GIOVANARDI	17090
		LA BELLA	17064, 17082
		LA LOGGIA	16984
		MENICHIÑO	17063, 17078
		MESSENI NEMAGNA	16991, 17052
		MORINI	17011
		NICOLAZZI	17009
		QUILLERI	17029, 17060, 17071, 17075

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

	PAG.		PAG.
RAMPA	17086	Proposte di legge costituzionale (Assegnazione a Commissione in sede referente)	17084
RIZ	17063, 17064	Interrogazioni e interpellanza (Annunzio)	17092
SANDOMENICO	17052, 17066	Risoluzione (Annunzio)	17092
SIGNORILE	16994	Votazioni segrete mediante procedimento elettronico	16988, 17066, 17069 17072, 17075, 17079
TORTORELLA GIUSEPPE	17000	Votazione segreta mediante procedimento elettronico di disegno di legge	17090
VENTUROLI	17056, 17071	Ordine del giorno della seduta di domani	17092
Proposte di legge:		Trasformazione e ritiro di documenti del sindacato ispettivo	17094
(Annunzio)	16977, 17008		
(Approvazione in Commissione)	16990		
(Assegnazione a Commissione in sede referente)	17084		
(Proposta di assegnazione a Commissione in sede legislativa)	17084		
(Trasmissione dal Senato)	17056		

La seduta comincia alle 10.

PISTILLO, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge dai deputati:

GALLONI ed altri: « Disposizioni integrative concernenti la posizione giuridica di talune categorie di personale collocato a riposo ai sensi della legge 24 maggio 1970, n. 336, e successive modificazioni » (3191);

MERLI ed altri: « Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento » (3193);

CONCAS ed altri: « Disposizioni concernenti la disciplina del cumulo della pensione e della retribuzione del personale della pubblica amministrazione collocato a riposo il quale abbia assunto altro impiego o incarico pubblico » (3194).

Saranno stampate e distribuite.

Discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria (3102).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria.

Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali, avvertendo che i gruppi parlamentari del partito comunista italiano, del partito

liberale italiano e del Movimento sociale italiano-destra nazionale ne hanno chiesto l'ampliamento senza limitazione nelle iscrizioni a parlare, ai sensi del terzo comma dell'articolo 83 del regolamento, e senza limiti di tempo per gli interventi degli iscritti ai gruppi stessi, ai sensi del sesto comma dell'articolo 39 del regolamento.

Ricordo che nella seduta di ieri la Commissione è stata autorizzata a riferire oralmente.

Il relatore, onorevole Mario Ferri, ha facoltà di svolgere la sua relazione.

FERRI MARIO, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, la crisi finanziaria degli ospedali italiani ha raggiunto livelli non più superabili. Se non si adottano urgenti misure di intervento, si corre il rischio, non ipotetico, ma reale, di bloccare l'assistenza ospedaliera alla collettività. Dobbiamo prendere atto di tale drammatica situazione. Sono a tutti note le cause che hanno determinato il grave deficit degli enti mutualistici e, per effetto riflesso, degli enti ospedalieri. Non può certamente essere contestato che il sistema mutualistico, così come è organizzato (molteplicità degli organismi erogatori dell'assistenza, differenti modalità sotto il profilo quantitativo e qualitativo delle prestazioni, assenza di interventi e di strutture di medicina preventiva), ha determinato una notevole lievitazione dei costi sanitari, senza correlativi benefici per gli assistiti.

Un tale rilievo non può essere disgiunto dalla constatazione che in tutti i paesi il fenomeno della lievitazione della spesa in campo sanitario è un fatto ricorrente sia per effetto dell'aumento del numero degli assistiti sia per effetto dell'incremento delle prestazioni erogate. È necessario prendere coscienza del fatto che nella società industrializzata i costi per l'assistenza sanitaria sono assai elevati. È da respingere, per altro, la tesi, qualche volta accreditata, secondo cui la spesa in campo sanitario debba essere iscritta tra le spese improduttive, in quanto il benessere psicofisico influisce indubbiamente in senso positivo sulla civiltà e sullo sviluppo socio-economico della collettività. Non intendo, con ciò, negare che una parte della spesa sanitaria sostenuta nel nostro paese va ascritta

certamente a fattori, per così dire, anomali: elevata durata media delle degenze, elevato tasso di spedalizzazione, ricoveri non necessari, determinati da mancanza di presidi *extra* ospedalieri e da carenza di strutture assistenziali, in quanto gli ospedali, nel nostro sistema sanitario, devono erogare servizi che dovrebbero essere di competenza di altre strutture.

La soluzione di tali problemi è certamente collegata ad un nuovo ordinamento dei servizi sanitari e sociali, nel cui quadro dovranno essere sviluppate l'assistenza extra-ospedaliera e quella specialistica, realizzate strutture con funzioni preventive medico-sociali. eliminate le cause di disfunzioni e di sperperi dell'attuale sistema, costretto a sopportare spese inutili per deficienza o scarsa efficienza strutturale ed organizzativa. Occorre intanto, in attesa dell'istituzione del servizio sanitario nazionale, in ordine al quale il Governo ha recentemente approvato il relativo disegno di legge, ed in attesa anche di una adeguata correlativa programmazione sanitaria, evitare che gli ospedali siano costretti a chiudere e a dimettere i malati; cosa che purtroppo si stava verificando prima che il Governo approvasse il decreto-legge oggi all'esame del Parlamento.

A tale riguardo, è oltremodo nota la situazione di grave insolvenza degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali, valutabile in oltre 3.000 miliardi. Secondo calcoli effettuati, i debiti degli enti ospedalieri si possono ritenere così suddivisi: 1.200 miliardi per somme dovute dagli enti ospedalieri agli istituti bancari per scoperti di tesoreria ed anticipazioni straordinarie; 150 miliardi per contributi assicurativi dovuti agli enti previdenziali; 1.650 miliardi per debiti verso ditte fornitrici. Tali ingenti debiti hanno posto gli ospedali, che sono i principali organismi erogatori dell'assistenza sanitaria, in condizione di non poter più funzionare e garantire ai degenti l'assistenza necessaria, nonché il pagamento degli stipendi al personale dipendente. Le ditte hanno sospeso le forniture, minacciando il ricorso ad azioni giudiziarie per il recupero dei crediti. Gli enti ospedalieri hanno cercato di tamponare la situazione ricorrendo ad onerose anticipazioni bancarie, ma gli istituti di credito non concedono più neppure anticipazioni di cassa. Gli oneri passivi, sostenuti dagli ospedali per debiti bancari prima degli ultimi aumenti del tasso di sconto, erano calcolati in circa 200 miliardi.

Le recenti disposizioni che impongono il deposito cauzionale per le importazioni, poi,

hanno contribuito ad aggravare la situazione, in quanto, per gli acquisti di materiale indispensabile (si pensi ad apparecchiature come protesi sanitarie, rene artificiale e relativi filtri, valvole cardiache, ecc.), le ditte fornitrici pretendono dagli ospedali il pagamento in contanti ed il versamento dei crediti arretrati.

Di fronte ad una tale improcrastinabile situazione, che lasciata a se stessa avrebbe portato entro breve termine alla completa paralisi dell'attività ospedaliera, si è manifestata indilazionabile l'esigenza di ricorrere ad un provvedimento con carattere di urgenza che consentisse la prosecuzione dell'attività ospedaliera e, nel contempo, eliminasse talune cause di sperpero e di aumento della spesa, collegando per altro le misure poste in essere con il più generale progetto per la riforma sanitaria.

Il decreto-legge che viene sottoposto all'esame del Parlamento per la conversione in legge non è, perciò, soltanto un provvedimento urgente, ma anticipa alcuni contenuti qualificanti della riforma, indispensabile e fondamentale, del settore ospedaliero.

Obiettivo preliminare ed essenziale del provvedimento è il ripianamento dei debiti ospedalieri nella misura di lire 2.700 miliardi. Ciò comporta, inevitabilmente, anche in relazione alla particolare situazione economica del paese, una richiesta di sacrifici alla collettività nazionale: è previsto, infatti, un aumento dei contributi previdenziali a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori, dipendenti ed autonomi, ed una riduzione di alcune partecipazioni spettanti agli operatori sanitari. Vengono adottate misure che, senza squalificare l'assistenza ospedaliera, consentono di eliminare alcune cause di sperpero e di incremento della spesa: così è per le disposizioni che riducono alcune indennità per il personale ospedaliero, non previste dagli accordi nazionali, o per quelle relative al blocco degli organici, che potranno essere rivisti solo in quanto esista l'autorizzazione regionale. Vengono limitate le spese per le commissioni di concorso, e si fa divieto di istituire nuove divisioni, servizi o sezioni senza autorizzazione regionale.

L'aspetto più qualificante e riformatore del provvedimento è rappresentato dal trasferimento alle regioni dei compiti in materia di assistenza ospedaliera, attualmente spettanti agli enti mutualistici, a decorrere dal 1° gennaio 1975. Viene così attuato completamente, per l'assistenza ospedaliera, il disposto costituzionale che attribuisce alle regioni tale competenza: con decorrenza 1° gennaio 1975 vie-

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

ne inoltre erogata direttamente dalle regioni l'assistenza ospedaliera ai non abbienti, che attualmente è a carico dei comuni, e viene abolito il limite temporale di assistenza per tutti i cittadini.

Altro punto qualificante del provvedimento è la costituzione di un fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera. Tale fondo si assume tutte le disponibilità finanziarie già esistenti ai fini dell'assistenza stessa ed assicura agli enti ospedalieri una liquidità permanente, evitando il ricorso ad onerose anticipazioni bancarie. Tale fondo realizza un controllo anticipato della spesa ospedaliera e costituisce un freno alla sua lievitazione, in quanto gli enti ospedalieri dovranno basare i loro bilanci sulle somme messe a disposizione dalle regioni e non più sul meccanismo della retta, che può essere aumentata senza alcun efficace controllo da parte dello Stato.

Si viene così a sostituire ad un sistema di finanziamento in base ai dati del consuntivo, qual è quello attuale, uno basato su entrate certe, ma rigide. L'eliminazione del rapporto mutue-ospedali realizza una premessa essenziale per l'attuazione del servizio sanitario nazionale previsto dal disegno di legge sulla riforma sanitaria. Il provvedimento stabilisce, inoltre, la data di insediamento di commissari presso gli enti mutualistici e quella di trasferimento di tutte le competenze sinora da essi svolte e dei relativi patrimoni al servizio sanitario nazionale; anticipa, cioè, la fine del regime mutualistico.

Il passaggio delle competenze in materia di assistenza ospedaliera dagli enti mutualistici alle regioni e l'insediamento di commissari presso gli enti mutualistici costituiscono il concreto avvio della riforma sanitaria, con il superamento del sistema della mutualità che non è più sostenibile, non solo per la difformità nelle erogazioni di prestazioni sanitarie tra le varie categorie di lavoratori e cittadini, ma anche nell'ambito del nostro stesso sistema economico. Esiste oggi nel paese una miriade di istituzioni che erogano prestazioni gravemente sperequate, determinando una conduzione non più compatibile con la crescita civile e sociale dello stesso paese né con il dettato costituzionale che impone l'egualianza tra tutti gli appartenenti alla comunità nazionale anche sul piano della tutela della salute, che come è un diritto del singolo così è un dovere della collettività.

Onorevoli colleghi, il decreto, in sostanza, si ispira a tre esigenze fondamentali: innanzitutto, l'estinzione dei debiti delle mutue verso gli ospedali, quindi, il trasferimento

di competenze in materia di assistenza ospedaliera dallo Stato alle regioni e, infine, l'avvio della riforma sanitaria.

Se contestazione vi è stata, e vi sarà, per il tipo di strumento adottato dal Governo, ci preme subito dire che quello che vale è il fine che si intende raggiungere; e il decreto — soprattutto con l'apporto degli altri gruppi parlamentari, ai fini di un suo miglioramento — tende non solo a risanare la situazione ospedaliera, ma ad avviarne l'opera di rinnovamento.

Ed ora vorrei formulare rapidamente alcune osservazioni sul testo del decreto. Gli articoli da 1 a 5 tengono conto della prima esigenza, quella relativa al ripianamento dei bilanci degli ospedali, al reperimento dei mezzi ed alla loro utilizzazione. Gli articoli dal 6 al 9 dettano norme per le garanzie necessarie e indispensabili affinché l'operazione vada a buon fine e nel senso indicato dal decreto, mentre dall'articolo 10 si affronta il problema in termini di riforma.

Con l'articolo 1 si autorizza il Ministero del tesoro a reperire i mezzi necessari e con l'articolo 2 si stabiliscono le norme per l'utilizzazione di questi mezzi.

Con l'articolo 3 si istituisce un comitato di vigilanza composto di rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro e del lavoro, nonché di rappresentanti delle regioni — fatto notevole e importante — che dovrà controllare l'utilizzazione del fondo.

Con l'articolo 4 si modificano le aliquote dei contributi dovuti dai datori di lavoro e dai lavoratori, dipendenti ed autonomi, per reperire i 500 miliardi — si calcola — necessari e indispensabili per il completamento dell'operazione. Si tratta di un'aliquota aggiuntiva annua dell'1,65 per cento ai contributi dovuti, delle retribuzioni imponibili: 1,50 è a carico dei datori di lavoro e lo 0,15 a carico dei lavoratori dipendenti, mentre, per i lavoratori autonomi, si tratta di una quota capitaria di 3.300 lire per artigiani e commercianti e 1.650 per i coltivatori diretti; 1.650 lire per artigiani, commercianti e coltivatori diretti in ragione di ciascun familiare assistibile.

Con l'articolo 5 si istituisce il fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, che rappresenta un elemento di unità tra le diverse organizzazioni sanitarie.

La seconda parte del decreto, che è quella che dispone le garanzie, prevede il blocco degli organici degli ospedali e tutta una serie di restrizioni tendenti a diminuire le spese di questo settore, che sono state, com'è noto, uno dei motivi principali della difficile situazione

che stiamo affrontando adesso. Una innovazione che è stata introdotta nel corso del dibattito in Commissione riguarda il proseguimento dell'opera di risanamento dei debiti nei confronti degli ospedali. È stato un notevole successo, perché si è tenuto conto soprattutto della necessità di fare il possibile per approntare entro il 1° gennaio 1975 — data in cui l'assistenza ospedaliera verrà trasferita dal sistema mutualistico alle regioni — una organizzazione ospedaliera che non sia gravata dall'attuale, pesante situazione debitoria e che quindi metta le regioni in condizioni di partire senza difficoltà.

Con l'articolo 8 si bloccano anche gli organici degli istituti mutualistici: nella logica del decreto, laddove si stabilisce di porre un freno alle spese, non ci si limita soltanto a prevedere un blocco degli organici degli ospedali, ma, in considerazione della prossima liquidazione del sistema mutualistico, si pone un freno anche all'assunzione di personale ed all'estensione di qualunque attività da parte degli stessi istituti mutualistici.

Con l'articolo 9 si affronta il problema dei farmaci, che rappresenta uno dei nodi più grossi del sistema sanitario del paese, prevedendo l'estensione nell'erogazione dei prodotti farmaceutici previsti nel prontuario stesso, da farsi, come primo atto, entro il 1° giugno 1975 e poi, successivamente, entro il 1° giugno di ogni anno.

L'ultima parte del decreto-legge n. 264 è quella che affronta il problema della riforma e trasferisce alle regioni i compiti dell'assistenza ospedaliera. Essa amplia i limiti dell'assistenza ospedaliera; istituisce il fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, determinandone gli elementi qualificanti; detta norme per l'impiego del fondo; rivede il regime delle convenzioni le quali, a partire dal 1° gennaio 1975, saranno materia di competenza regionale; e prevede l'utilizzazione degli istituti mutualistici da parte delle regioni per l'assolvimento dei compiti loro affidati.

Ho terminato, signor Presidente, e raccomandando alla Camera la conversione in legge del decreto-legge in esame.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole ministro della sanità.

COLOMBO VITTORINO, Ministro della sanità. Il Governo si riserva di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Comunico che sono state proposte tre distinte questioni pregiudiziali,

per motivi di costituzionalità, da parte dei deputati-Bozzi, Caruso e Delfino.

L'onorevole Bozzi ha facoltà di illustrare la sua pregiudiziale.

BOZZI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, mi scuso innanzitutto con la Camera se debbo tornare su alcuni temi che ho già trattato nella seduta di ieri; ma purtroppo questa sorte di diluvio di decreti-legge ci pone di fronte ad una realtà nuova e alquanto sconvolgente dei rapporti tra Governo e Parlamento.

Io sono lieto che nella votazione di ieri la Camera, credo in tutti i suoi gruppi, abbia preso coscienza di questo problema nuovo che si pone, e mi duole che i colleghi socialdemocratici abbiano avuto delle reazioni eccessive, come se si trattasse di una questione personale, mentre si trattava di un'esigenza oggettiva di tutela di valori costituzionali e delle prerogative del Parlamento.

Del resto, i colleghi socialdemocratici della Commissione affari costituzionali votarono per la incostituzionalità di quella parte del decreto che ieri è stata bocciata dal voto della Camera; e non penso che essi volessero proteggere gli evasori.

La realtà, onorevoli colleghi, è che noi abbiamo condotto una battaglia per la buona amministrazione, che credo sia un valore di grande importanza.

Il disegno di legge di conversione di questo decreto-legge n. 264, pone un problema nuovo. Noi ci troviamo di fronte ad un nuovo istituto, quello che chiamerò dell'avvio alla riforma. Si profila cioè una sorta di anticipazione della riforma, che è una cosa nuova; sorge spontaneamente, logicamente il pensiero che la riforma sia un tutto organico, un contesto generale, in cui ogni parte debba legarsi con l'altra secondo una « filosofia », come oggi usa dire, ed invece apprendiamo adesso che si può procedere a puntate, come in un romanzo di appendice: una sorta di prefazione, d'introduzione, e poi rinviando il resto ad un secondo momento. Ora, questo non mi sembra un buon modo di procedere, perché noi fissiamo dei principi ai quali dovremmo poi essere vincolati, senza conoscere ancora, senza avere ancora affrontato il merito della vera riforma. Per giunta, questo avvio della riforma sanitaria si prospetta con un decreto-legge; a questo proposito vorrei dire che se c'è una materia che per sua natura ripugna alla decretazione d'urgenza — in misura non dissimile da quella affrontata nella discussione di ieri relativa all'aumento

delle dotazioni organiche e alla fissazione dei concorsi per reclutare dipendenti pubblici — è quella contenuta nel decreto-legge in esame. Tale materia — ripeto — ripugna per sua intima essenza alla decretazione d'urgenza; ognuno avverte che una riforma completa non può essere fatta se non con una legge, e mai con un provvedimento del Governo, sotto la spinta della necessità e dell'urgenza. Tanto più grave questo modo di procedere, poi, in quanto il Governo stesso ha già deliberato la riforma sanitaria nella sua intenzione. Voi vedete, dunque, come qui si proceda secondo una concezione che chiamerei delle « opere del regime »: ad una certa data dobbiamo fare questo, e lo facciamo con un decreto.

Onorevoli colleghi, io vorrei rilevare che di questo decreto-legge l'unica parte che presenta — e dico presenta — qualche notazione di urgenza e di straordinarietà è quella che riguarda il ripiano dei debiti delle mutue nei confronti degli ospedali. Ma anche a questo proposito, a prescindere dalla considerazione che ci troviamo di fronte ad una grave responsabilità del Governo, poiché esso, anziché restare inerte, avrebbe potuto da tempo intervenire nelle forme normali, devo rilevare che la stessa disciplina di questo ripianamento dei debiti è talmente contraddittoria, farraginoso e di lenta attuazione, che il decreto-legge non appare uno strumento idoneo a porvi rapidamente riparo. Sicché anche quella apparenza si rileva appunto come una pura apparenza, contraddetta dalla realtà.

Vorrei inoltre sottolineare l'inadeguatezza dei mezzi rispetto allo scopo che si intende raggiungere. Ma la parte del decreto-legge della quale si rileva con tutta chiarezza l'incostituzionalità, vorrei dire che si prende con le molle — come diceva un mio maestro di scuola — è la seconda, per una serie di ragioni che adesso non esporrò nella loro completezza, ma che sintetizzerò. Noi liberali abbiamo la consapevolezza piena dell'esigenza di una riforma sanitaria. Sappiamo che troppe cose in questo settore vanno male, o addirittura non vanno. Sappiamo che ci sono abusi, che ci sono degenerazioni, ma non possiamo nemmeno concepire la riforma sanitaria — o l'avvio della riforma sanitaria — in termini punitivi.

Sappiamo bene che esistono medici, che esistono cliniche private su cui bisogna fare indagini: cose del genere, del resto, esistono in tutte le attività professionali. Ma non possiamo impostare la riforma in termini di punizione di una categoria come quella dei medici: da fatti particolari, che sono senza dub-

bio da correggere o reprimere, non si può giungere a una condanna generale.

Eppure è proprio questa visione di insieme che caratterizza questo avvio di riforma. Avvio che per altro — come dicevo — viola precisi principi costituzionali.

Noi liberali non vedemmo di buon occhio il sorgere delle regioni e molti colleghi in quest'aula ricordano la battaglia che al riguardo conducemmo. E non perché fossimo contrari a un decentramento, ma perché volemmo un decentramento sano e non una sorta di stratificazione sul vecchio tronco dello Stato centrale di altre articolazioni centralizzate a loro volta. Oggi però che le regioni esistono, consideriamo la peggiore delle politiche non farle funzionare nel modo migliore: e lo diciamo noi che fummo antiregionalisti.

Mi meraviglia, onorevole ministro, che voi, che pure eravate fautori dell'autonomia regionale, oggi puntiate su un avvio di riforma che è la violazione dell'autonomia regionale e l'exasperazione di un centralismo che non esisteva nemmeno ai tempi dello Statuto Albertino.

Questa è la verità, e se avessimo tempo — ma non voglio abusare della pazienza della Camera — coglieremmo a piene mani, quasi in ogni articolo, esempi di questa sopraffazione dello Stato centrale di danni dell'autonomia delle regioni.

In questo testo vi è tutta una serie di norme in cui si dice alle regioni che devono fare questo o quello, proprio nel momento in cui le regioni hanno concretamente acquisito, per il trasferimento dei poteri già avvenuto, la loro pienezza di attribuzioni in campo legislativo e amministrativo: le due cose, del resto, come i colleghi sanno, marciano parallelamente, laddove è autonomia legislativa, là è anche autonomia amministrativa. Voi invece arrivate e dettate le norme più minute, fino a dire che certe operazioni devono essere compiute secondo una formula dettata dal ministro della sanità.

Voi violate così l'autonomia delle regioni, ammettendo anche dei controlli di merito che sono in contrasto con la Costituzione.

Facciamo un esempio, ricordando che siamo in tema di valori e non dobbiamo sciparli: è ammissibile che anche le norme-cornice (alcuni le chiamano norme-quadro) possano essere fatte per decreto-legge?

Mi si dirà: ma dove è scritto che debbano essere fatte con una legge del Parlamento? È scritto nella logica dell'ordinamento. C'è un

campo riservato alla competenza legislativa delle regioni che il potere centrale, il Parlamento, deve rispettare. Questa sfera di autonomia normativa delle regioni è costituzionalmente garantita, ma lo Stato, in base al primo comma dell'articolo 117 della Costituzione, ha il potere-dovere di fissare quelli che si chiamano, tra virgolette, i principi fondamentali: e noi li fissiamo con un decreto-legge?

Come ho avuto modo di dire ieri (e consentitemi di ripetere il concetto), questa decretazione d'urgenza fatta a valanga sconvolge i rapporti tra Parlamento e Governo.

Voi trascinate il Parlamento — che poi approva emendamenti fino al punto di modificare quasi completamente l'originario decreto-legge — nella logica dei 60 giorni. Quindi si viola anche il regolamento e si viola di fatto il principio del bicameralismo. Noi ci siamo trovati, in Commissione affari costituzionali, di fronte al decreto-legge sui combattenti, che verrà discusso nei prossimi due giorni in aula, nella condizione di non potere apportare modifiche, che pur la Commissione riteneva urgenti e necessarie, perché altrimenti non ci sarebbe stato il tempo di rimandare al Senato il provvedimento modificato. Di fatto, questa decretazione d'urgenza sconvolge i criteri dell'iniziativa legislativa e lede anche il principio del bicameralismo, e ciò è assai grave.

Onorevoli colleghi, vogliamo salvare alcuni principi? Come ho detto ieri, si tratta di principi veramente fondamentali sul piano costituzionale. Guai se li uccidiamo. Nel nostro sistema ha un grande peso il precedente (il Presidente della Camera fa spesso riferimento ai precedenti): ora, i precedenti, quando sono ripetuti, diventano una prassi (non vorrei dire una consuetudine, ciò che forse giuridicamente non è esatto), che ha il suo peso. Vogliamo far venir meno questi valori? E per fare che cosa? Per dare l'avvio a una riforma, quando fra qualche tempo, alla ripresa dei lavori parlamentari, potremo affrontare organicamente tutta la riforma sanitaria (di cui tutti noi sentiamo l'urgenza) senza essere pregiudicati da norme che oggi siamo costretti ad esaminare con molta fretta e — diciamo pure — con qualche superficialità, stretti come siamo dai termini di scadenza. Vogliamo andare incontro all'eventualità che la Corte costituzionale annulli questa legge, poiché i principi fondamentali, le leggi-cornice, non si possono fare con un decreto-legge, ma debbono essere l'espressione di un ordinario procedimento legislativo, che deve avere tutta l'ampiezza di svolgimen-

to prevista dal regolamento? Qual è l'urgenza di porre mano a questo decreto-legge, quando è stato già presentato un disegno di legge sulla riforma organica? Veramente non arrivo a capire come si possa trattare di una esigenza impellente. Non vedo tra i due capitoli di questo disegno di legge — quello che riguarda il ripiano e quello che riguarda l'avvio — un nesso tale per cui non si possa fare il ripiano senza che non si faccia questo cosiddetto avvio, questa prefazione ad una riforma che non abbiamo ancora esaminato.

Per queste considerazioni, onorevoli colleghi, noi chiediamo alla Camera un voto favorevole alla nostra pregiudiziale, che è, vorrei dire, la pregiudiziale della logica, del buon operare, del buon procedere nelle cose legislative, e che deve rappresentare un ulteriore monito perché i rapporti tra Governo e Parlamento siano sempre mantenuti nell'ambito della Costituzione. (*Applausi dei deputati del gruppo liberale*).

PRESIDENTE. L'onorevole Caruso ha facoltà di illustrare la sua pregiudiziale.

CARUSO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, anche noi solleviamo la questione pregiudiziale di incostituzionalità, ma con una motivazione diversa da quella dei colleghi del gruppo liberale, i quali, anche dalle parole dell'onorevole Bozzi, mi sembra che l'abbiano presentata più per conservare che per riformare e andare avanti. Noi non possiamo dimenticare che fa parte del gruppo parlamentare liberale della Camera il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, un organismo che ha di recente proclamato uno sciopero conservatore e categoriale, un organismo che ha organizzato di recente un corso, per l'utilizzazione dei cosiddetti guadagni dei medici, con un agente di borsa svizzero. Noi vogliamo pertanto distinguere la nostra pregiudiziale da quella liberale. Lo facciamo per una questione di coerenza, che abbiamo assunto sia pubblicamente, sulla stampa e nelle conferenze stampa che abbiamo tenuto, sia nella Commissione affari costituzionali della Camera.

Onorevoli colleghi, è stato più volte sottolineato in questa Camera il grande uso che si fa della decretazione di urgenza. Io credo che in questi decreti non vi sia alcuna parentela, per così dire, con l'articolo 77 della Costituzione. Il decreto-legge, nella pratica di questo Governo, assume il significato di

una sanatoria dei guasti creati dalla cattiva amministrazione: in altri termini, il Governo produce i guasti e poi, con lo strumento del decreto-legge, pretende che il Parlamento li risani. Non credo che questa sia la logica dell'articolo 77 della Costituzione.

Noi avevamo già sollevato questo problema con una interpellanza, rivolta, in data 6 giugno 1974, al Presidente del Consiglio, in relazione all'annuncio dato dal ministro della sanità in data 29 maggio circa l'intendimento del Governo di emettere, nel mese di luglio, un decreto-legge per il ripianamento dei *deficit* delle mutue. L'urgenza voluta dall'articolo 77 della Costituzione viene così preannunciata con più di un mese di anticipo, e questo è certamente un elemento che concorre a dimostrare la reale mancanza di questo requisito essenziale di ogni decreto-legge. Questa necessità e questa urgenza, poi, che vengono in concreto invocate a sostegno del presente provvedimento, non trovano riscontro nel suo contenuto normativo, i cui termini sono tutti protratti nel tempo: il che rappresenta appunto un ulteriore elemento di illegittimità appunto del decreto, in quanto una delle fondamentali giustificazioni costituzionali della decretazione d'urgenza sta proprio nell'immediatezza dei suoi effetti.

Questo decreto-legge, inoltre, contiene violazioni sostanziali delle competenze delle regioni. Non voglio qui inferire e fare un esame analitico e circostanziato della violazione delle competenze regionali e quindi dell'articolo 117 della Costituzione. Ci preme rilevare soltanto che si tratta di un decreto il quale non rispetta le competenze previste dalla Costituzione.

Un altro rilievo che intendiamo fare è relativo all'articolo 12-bis aggiunto dalla Commissione. Non comprendiamo il significato di questo articolo per quanto riguarda i decreti del Presidente della Repubblica in esso previsti. Siamo di fronte a una delega mascherata o cos'altro? E in relazione a che cosa? Credo che anche questo sia un rilievo da fare, dal punto di vista giuridico per il rispetto del fondamentale principio costituzionale della divisione dei poteri.

Per queste ragioni, che si sommano alle ragioni politiche che abbiamo più volte espresso, chiediamo alla Camera di votare a favore della nostra pregiudiziale. (*Applausi all'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. L'onorevole Delfino ha facoltà di illustrare la sua pregiudiziale.

DELFINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il mio intervento non sarà lungo, poiché i colleghi che mi hanno preceduto hanno già sufficientemente illustrato i vari motivi di incostituzionalità del presente decreto-legge. Mi permetto di aggiungere soltanto che per noi rimane sempre aperto il problema che la Presidenza e la Giunta per il regolamento hanno ritenuto di dover considerare chiuso in relazione all'interpretazione dell'articolo 40 del regolamento della Camera. A nostro avviso, se il voto della Camera confortasse le pregiudiziali di costituzionalità sollevate, almeno per quanto riguarda la nostra richiesta, noi intenderemmo viziati di incostituzionalità (e conseguentemente impossibile la loro collocazione in un decreto-legge) quegli articoli che si riferiscono all'anticipazione della riforma sanitaria. Noi, cioè, riconosciamo il carattere dell'urgenza a quella parte della normativa che si riferisce al pagamento dei debiti ospedalieri, ma non a quella parte che riguarda l'anticipazione della riforma sanitaria; anticipazione già approvata dal Consiglio dei ministri in un disegno di legge, cui dovranno far seguito anche leggi-quadro (ciò costituirebbe l'applicazione più corretta dell'articolo 117 della Costituzione), mentre oggi, addirittura, una « cornice » precede la legge-quadro. Invece, a mio giudizio, prima si dovrebbe fare il quadro e poi si potrebbe applicare la cornice; non si può fare prima la cornice, costringendo poi il quadro entro determinate dimensioni. L'opera creativa è costituita dal quadro, non dalla cornice!

Ci troviamo di fronte, obiettivamente, ad un decreto-legge che testimonia l'impotenza del centro-sinistra a varare una riforma sanitaria che, tra l'altro, era stata sancita nel primo piano quinquennale del 1966-70. Con il decreto-legge in esame, invece, è stata colta l'occasione per una serie di fughe in avanti, che, oltretutto, attentano a diritti soggettivi costituzionalmente garantiti che non possono essere conculcati attraverso la decretazione d'urgenza. Enti che rappresentano organismi di autonoma organizzazione e di mutua assistenza tra cittadini, che non hanno mai gravato sul bilancio dello Stato o su quello dei cittadini italiani, non possono essere sciolti per decreto-legge, né possono essere sostituiti da commissari. Non si possono sconvolgere condizioni preesistenti se non nel quadro di una valutazione globale della riforma sanitaria (cosa che il Parlamento non ci sembra voglia fare in questo momento). Se le pregiudiziali presentate saranno respinte, noi entre-

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

remo nel merito del provvedimento; per ora ci limitiamo a sottolineare che i motivi di assurdità logica e di incostituzionalità sono obiettivamente più numerosi di quelli contenuti negli altri decreti-legge già convertiti dalla Camera. Riteniamo pertanto di avanzare una pregiudiziale di costituzionalità, chiarendo che, dal nostro punto di vista, essa si riferisce a quella parte del decreto che non riveste carattere di necessità e di urgenza, quella parte cioè che attiene al ripianamento delle mutue. Non accusateci poi, come è stato fatto ieri sera da parte del gruppo socialdemocratico, di voler favorire determinate categorie o enti. Se ieri abbiamo votato contro quel decreto, lo abbiamo fatto perché esso non costituiva, a nostro giudizio, uno strumento attraverso il quale potevano farsi determinate assunzioni. Chi ci ha accusato lo ha fatto anche perché in periferia — si sa — c'erano esponenti di partito che da mesi andavano in giro a raccogliere i nominativi di coloro che avrebbero dovuto essere assunti! (*Vive proteste dei deputati del gruppo socialdemocratico*).

CIAMPAGLIA. Vi sono anche esponenti del vostro partito in Commissione! Noi abbiamo fatto le cose il più obiettivamente possibile.

DELFINO. Onorevole Ciampaglia, ella se la prende un po' troppo! Io ho avuto l'impressione, leggendo i giornali, che le assunzioni di esperti in centri meccanografici presso il Ministero delle finanze sia stato un fatto personale, e troppo socialdemocratico. È una cosa strana!

PRESIDENTE. Onorevole Delfino, la richiamo all'argomento della pregiudiziale.

DELFINO. Riferendomi ai commenti che sono stati fatti in ordine alla interpretazione del voto dato dal mio gruppo al disegno di legge di conversione ieri approvato dall'Assemblea, volevo precisare che esso ritiene incostituzionale tutta quella parte del decreto-legge in esame che non ha nulla a che fare con l'urgenza del ripianamento delle mutue.

Di conseguenza, se la pregiudiziale dovesse essere approvata, non si aggiunga poi a quel coro di lamentazioni la deplorazione per non aver assistito i malati a causa del mancato pagamento dei debiti degli ospedali!

Ho voluto fare tale precisazione perché non vorremmo essere accusati di aver favorito oltre che gli evasori fiscali anche la malfattia! (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. Avverto che, a termini dell'articolo 40, quarto comma del regolamento, trattandosi di un caso di concorso di più questioni pregiudiziali, avrà luogo un'unica discussione, nella quale potrà prendere la parola soltanto un deputato per gruppo, compresi i proponenti. Chiusa la discussione la Assemblea deciderà con unica votazione.

Avverto altresì che è pervenuta richiesta da parte del gruppo liberale perché questa votazione abbia luogo per scrutinio segreto. Poiché la votazione verrà effettuata mediante procedimento elettronico, da questo momento decorre il termine di 20 minuti di cui al quinto comma dell'articolo 49 del regolamento.

LA LOGGIA. Chiedo di parlare contro.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LA LOGGIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, credo che la prima risposta agli interrogativi posti dalle questioni pregiudiziali, cioè se ricorrano o meno i motivi di urgenza improrogabile, previsti dall'articolo 77 della Costituzione, sia data dall'articolo 1 del decreto-legge, alla cui conversione la Camera è chiamata. L'articolo 1 prescrive infatti che il Ministero del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario per l'estinzione dei crediti vantati dagli enti ospedalieri ed altri istituti di ricovero pubblici e privati nei confronti degli enti mutualistici. Si tratta quindi di affrontare una situazione eccezionale, straordinaria, che richiede provvedimenti di una estrema urgenza per impedire che venga interrotta l'assistenza sanitaria nei confronti di parecchi milioni di cittadini italiani.

Giova ricordare, onorevoli colleghi, che la tutela della salute pubblica, cui specificatamente si ricollega l'assistenza sanitaria e ospedaliera, è posta dall'articolo 32 della Costituzione come un obbligo fondamentale dello Stato: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ».

È ovvio che non si può correre il rischio di frustrare il diritto dei cittadini alla tutela della salute, la cui protezione la Repubblica considera come suo fondamentale compito. A mio avviso, in ciò si concreta l'esistenza di ragioni di urgenza improrogabile, d'intervenire nella forma del decreto-legge per provvedere al risanamento delle pendenze debito-

rie degli enti mutualistici, appunto per auspicare continuità a un'assistenza sanitaria che altrimenti verrebbe interrotta.

Vorrei ricordare che la materia è stata oggetto di esame approfondito da parte della Commissione affari costituzionali, la quale ha riconosciuto a maggioranza che non vi fossero motivi di incostituzionalità, in rapporto al disposto dell'articolo 77 della Costituzione.

D'AQUINO. Ma la Commissione affari costituzionali ha fornito dei pareri con una serie di raccomandazioni...

LA LOGGIA. Sì, una serie di raccomandazioni che non incidono per nulla sulla sostanza del decreto e che non si ricollegano ai motivi che sono stati adottati a fondamento delle pregiudiziali.

I motivi di urgenza esistono e sono davanti a noi con tutta la loro drammaticità; né appare utile sottolineare in questa sede le ricorrenti critiche alla pubblica amministrazione, o al Governo che si additano come responsabili di aver determinato le condizioni da cui è nata la necessità di interventi di urgenza. La cosa certa è che ci troviamo in presenza di un problema che va affrontato con urgenza non essendo, credo, nei propositi di alcuno di assumersi la responsabilità di una interruzione dell'assistenza sanitaria che la Costituzione considera diritto fondamentale e inalienabile del cittadino.

D'AQUINO. Ritirate il decreto...

LA LOGGIA. Ma l'onorevole Bozzi ha anche prospettato altri rilievi e cioè che nel decreto si contengano norme anticipatrici della riforma sanitaria. Tali rilievi partono però da una angolazione diversa rispetto alle osservazioni formulate dal partito comunista come l'onorevole Caruso ha precisato; cioè, nella sostanza, da una radicale avversione alla riforma sanitaria.

A questo riguardo vorrei far rilevare agli onorevoli colleghi come esista una necessaria concatenazione fra il risanamento dei bilanci delle mutue e l'avvio della riforma sanitaria, essendovi l'esigenza di collaterali norme che impediscano il riprodursi delle esposizioni debitorie e comunque il compimento di atti che rendono più difficile il perseguimento degli obiettivi della riforma.

E ciò per evitare il rischio, onorevoli colleghi, che malgrado il notevole prelievo delle disponibilità generali per il fabbisogno pubblico e gli aggravii contributivi, non risultino

eliminati definitivamente i pericoli di remora nella normale prestazione dell'assistenza sanitaria.

L'onorevole Bozzi ha anche accennato a motivi di incostituzionalità che nascerebbero da un mancato rispetto delle competenze regionali. Certo, l'articolo 117 della Costituzione pone tra i compiti affidati alle regioni l'assistenza ospedaliera e sanitaria, ma questa norma va posta in relazione all'articolo 32 della Costituzione, poc'anzi citato, che sancisce l'obbligo fondamentale dello Stato di assicurare l'assistenza sanitaria alla collettività nazionale nel suo complesso o nelle sue componenti. Da ciò consegue, come per altro è stabilito nell'articolo 117, che lo Stato ha la potestà di dettare principi generali e criteri direttivi per l'azione delle regioni in materia sanitaria, a garanzia dell'interesse generale ed in adempimento dei suoi compiti fondamentali e inalienabili o che non può delegare alle Regioni se non nell'ambito di precise norme quadro.

Quanto alla portata delle pregiudiziali ritengo che vada precisato che esse investono l'articolo unico del disegno di legge di conversione, non potendo riguardare gli emendamenti a fronte dei quali non sono ammesse questioni pregiudiziali, sia d'ordine costituzionale sia di altro genere.

L'onorevole Delfino, a proposito della votazione effettuata ieri sull'articolo concernente l'assunzione di personale meccanografico, ha espresso giudizi e valutazioni che non possono essere accettati.

Probabilmente, come molti colleghi, l'onorevole Delfino non ha avuto tempo di valutare il testo della Commissione. Tale testo non consentiva certo le insinuazioni che sono state qui avanzate in ordine alle liste di eventuali assumendi, che sarebbero circolate non si sa bene dove: la normativa predisposta dalla Commissione, non consentiva ad alcuno la possibilità di esercitare favoritismi o d'esercitarsi in manovre di carattere clientelare. Il complesso delle procedure era del tutto automatizzato. Era poi previsto: che l'amministrazione si avvallesse di tre gruppi di quiz dei quali veniva poi estratto da parte della Commissione centrale il questionario da adottare nella prova d'esame; che le soluzioni dei quiz rimanessero suggellate fino alla conclusione delle prove finali; che le graduatorie venissero formulate automaticamente mediante calcolatori elettronici; che l'ordine dei quiz fosse tale che ciascuno dei candidati non avesse quiz uguali a quelli dei suoi vicini; che il modulo prescritto fosse

tale per cui i segni effettuati dai candidati non fossero visibili e potessero essere decifrati soltanto dai calcolatori elettronici; la graduatoria fosse predisposta elettronicamente. Una procedura così ricca di garanzie da non potersi prestare a sospetti d'alcun genere.

La Camera, nella sua sovranità, ha ritenuto di decidere che la materia fosse da regolare con legge, ma non ha certo inteso affermare o riconoscere che le norme proposte si prestassero ad una qualsiasi azione di favoritismo.

Signor Presidente, concludendo, ritengo che i motivi di incostituzionalità adottati non debbano essere accolti dalla Camera, in quanto privi di quel fondamento che i presentatori si sono sforzati di far apparire. Quanto ai motivi di urgenza, perché è innegabile la necessità di non interrompere le prestazioni assistenziali sanitarie; quanto alla violazione di competenze regionali, perché si tratta di una materia in cui l'interesse nazionale alla tutela della salute pubblica sovrasta quello della regione.

d'AQUINO. È da un decennio che vi sono i debiti per le mutue: la responsabilità è del Governo! (*Richiamo del Presidente*).

LA LOGGIA. E tutti gli statuti regionali, speciali ed ordinari, fanno salvi appunto gli interessi nazionali, signor Presidente: non può quindi dirsi che esista una violazione delle autonomie regionali.

Sono questi i motivi per cui mi oppongo alle questioni pregiudiziali sollevate.

FELISETTI. Chiedo di parlare contro.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FELISETTI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, stiamo assistendo da circa 10 giorni (e probabilmente continueremo ad assistervi anche nei prossimi giorni) ad un'ondata sistematica e continua di eccezioni pregiudiziali relativamente a tutti o a quasi tutti i decreti-legge presentati. Dio mi guardi e liberi dal contestare a chicchessia il diritto di esporre liberamente quello che ritiene opportuno per conseguire le finalità che giudica le più giuste. Credo, però, che cominci a risultare abbastanza evidente (almeno questa è la mia impressione) che qui non è tanto lo scopo dichiarato quello che si vuol conseguire, anche perché, se così fosse, poiché le eccezioni di incostituzionalità

che vengono avanzate non sono che la ripetizione pressoché testuale di quelle espresse a proposito del decreto immediatamente precedente e via via a ritroso fino al primo, forse il problema dovrebbe considerarsi concluso e risolto proprio per le argomentazioni già spese e per le votazioni che le hanno seguite.

A mio giudizio, vi sono molti colleghi delle opposizioni che debbono avere studiato in una scuola di artiglieria: mirano, infatti, ad un falso scopo — la pretesa incostituzionalità di questa o quella parte, o dell'intero decreto — per conseguire un altro fine, che è di natura politica, e che, nel gioco delle parti, è abbastanza legittimo. Tuttavia possiamo affermare che questo scopo l'abbiamo ben individuato anche noi. Dico questo perché, considerando ad esempio — unificandole nella discussione e nella votazione, ai sensi dell'articolo 40, quarto comma del regolamento — le eccezioni di incostituzionalità che sono state sollevate questa mattina, non avrei da fare altro, facendo un po' il gioco dell'avvocato, che mettere a confronto le tesi sostenute da parte comunista, relative ad una eccezione di incostituzionalità di carattere generale, se ho ben capito (e il collega Caruso che mi sta ascoltando è dotato di ben altra capacità persuasiva, quando è convinto degli argomenti che sostiene, che non quella che ha dimostrato in questa sede, facendo, direi, un'opposizione di necessità e di stile, allorché ha sollevato l'eccezione costituzionale soltanto in relazione al preteso eccesso di decretazione di cui il Governo sarebbe colpevole in questa circostanza), con le argomentazioni di altre parti.

È sintomatico che da parte degli esponenti del partito comunista si sia ritenuto necessario fare una distinzione fra le proprie motivazioni di incostituzionalità e quelle che un momento prima erano state esposte, per il gruppo liberale, dall'onorevole Bozzi, per evitare che il gruppo comunista fosse coinvolto in un giudizio di incostituzionalità che invalidasse un decreto-legge che, intanto, attua l'articolo 117 della Costituzione, in quanto trasferisce alle regioni una parte dei poteri relativi alla sua materia, ed avvia addirittura (questo è il lamento del MSI-destra nazionale) l'inizio della riforma sanitaria.

Riprendendo alcuni dei motivi che sono stati già qui espressi egregiamente dall'onorevole La Loggia, rispondo alle eccezioni sollevate dall'onorevole Bozzi, il quale lamenta che la delega di alcune funzioni alla regione e l'avvio della riforma sanitaria non dovrebbe

bero costituire materia di decreto, perché non sussistono le condizioni dell'urgenza e della necessità, e quindi tali questioni avrebbero potuto essere trattate in forma autonoma e diversa. Infatti il collega dice: « Sappiamo già che c'è un disegno di legge in tal senso ».

Vorrei osservare che questa motivazione non risponde a criteri logici. L'articolo 117, infatti, prevede nella materia specifica la delegazione di funzioni alle regioni; evidentemente è questo il punto dolente per il partito liberale. Sennonché nel decreto-legge in esame non vi è violazione dell'articolo 117 della Costituzione. L'onorevole Bozzi ha detto: voi state dando alle regioni, di cui noi tuttavia oggi riconosciamo le funzioni perché il decentramento è uno dei momenti avanzati e costitutivi della nostra democrazia, non già delle deleghe e degli indirizzi, ma addirittura delle disposizioni tassative e particolari, contravvenendo con ciò al principio dell'autonomia della regione. Basta la lettura del testo del decreto, e in particolare dell'articolo 11, per constatare che esso si armonizza perfettamente con il contenuto dell'articolo 117 della Costituzione, là dove è detto che: « La regione emana per le seguenti materie » — e fra queste materie è compresa anche quella della beneficenza pubblica, dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera, quindi quella di cui ci siamo occupando — norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ». I limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, per l'ipotesi che ci interessa sono espressi nell'articolo 11 del presente decreto, dove si stabilisce che: i criteri che si fissano alla regione per la legislazione di sua competenza nella materia, riguardano l'armonizzazione della legislazione in questione con i principi fondamentali della contabilità generale dello Stato: l'adozione del principio della competenza mista che assicura, come è noto, l'iscrizione in bilancio anche dell'avanzo e del disavanzo delle gestioni precedenti; l'adozione della classificazione economica delle spese; la compiuta dimostrazione, oltre che dei risultati finanziari, anche di quelli economici e patrimoniali delle gestioni di cui trattasi.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, ho letto questi passaggi, che compendiano l'impostazione generale del decreto, indipendentemente dall'articolato, per mettere in evidenza due cose: primo, che le direttive vi sono; secondo, che la materia sulla quale il decreto dispone è tutta legata al motivo fondamentale, all'elemento motore di questo decreto. Che cosa intendo dire? È stato pres-

soché universalmente riconosciuto che in relazione allo stato di *deficit* clamoroso e paralizzante in cui versano le amministrazioni ospedaliere, l'urgenza di provvedere in termini straordinari vi è. È stato comunemente affermato che quindi sotto questo profilo la legislazione per decreto è perfettamente giustificata, tanto è vero — guardate da quale pulpito viene la predica — che proprio da parte missina si è inteso introdurre un « distinguo », in forza del quale si è avvertito che, ove per ipotesi l'eccezione di incostituzionalità venisse dalla Camera accolta, essa deve intendersi limitata esclusivamente alla parte dell'avvio della riforma sanitaria, ferma restando la validità, e quindi la piena costituzionalità e quindi la possibilità di procedere all'approvazione, della parte del decreto-legge riguardante il ripiano del *deficit* delle mutue nei confronti degli istituti ospedalieri. Se però si parte da una tale logica, non se ne possono eludere le conseguenze. Ho citato questi passi proprio per mettere in evidenza che tutti i punti per i quali è attribuita delega alle regioni per l'avvio immediato della riforma sanitaria, si riferiscono esclusivamente alla materia riguardante l'impostazione dei bilanci, la sanatoria delle mutue, i trattamenti economici. Vi è cioè una consequenzialità indiscutibile tra la premessa, consistente nel prendere atto che la condizione della gestione finanziaria degli enti ospedalieri è tale da impedire l'adempimento di cui all'articolo 32 della Costituzione citato dall'onorevole La Loggia, e il fatto di dover provvedere in un determinato modo. A questo punto, limitarsi a reperire fondi straordinari per una sanatoria e poi lasciare che le cose continuino come ora, per trovarsi eventualmente tra un anno nelle stesse condizioni di dover provvedere, non ha senso alcuno. Una volta che si mette in movimento un meccanismo di risanamento economico, sarebbe cecità, oltre che mancanza di logica, non provvedere anche a che conseguenze di questo genere non si ripetano nel futuro.

Ecco perché, signor Presidente e onorevoli colleghi, associandomi alle motivazioni che l'onorevole La Loggia ha esposto in relazione ad altri aspetti della eccepita incostituzionalità, ribadisco che da parte nostra si chiede che la Camera respinga le pregiudiziali avanzate. (*Applausi a sinistra e al centro*).

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, mi corre l'obbligo di fare una precisazione, in riferimento ai rilievi regolamentari formulati dall'onorevole La Loggia. La Presidenza ha rite-

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

nuto di cogliere esattamente il senso delle pregiudiziali Bozzi, Caruso e Delfino, intendendo che tutte e tre sono state sollevate per ragioni di costituzionalità, sia pure con motivazioni diverse. Come tali, su di esse, ai sensi del quarto comma dell'articolo 40 del regolamento, si deciderà con un'unica votazione. Preciso, onorevole La Loggia, che, ove le pregiudiziali venissero approvate, l'intero testo del disegno di legge di conversione elaborato dalla Commissione dovrebbe intendersi respinto.

Prima di procedere alla votazione segreta mediante procedimento elettronico, desidero rivolgere un invito di carattere tecnico: raccomandando agli onorevoli colleghi di far sì che siano ben visibili le spie luminose collocate in corrispondenza di ogni seggio, affinché gli onorevoli segretari di Presidenza possano collaborare con il Presidente — a norma dell'articolo 11 del regolamento — per verificare il regolare funzionamento dei dispositivi elettronici di votazione.

**Votazione segreta
mediante procedimento elettronico.**

PRESIDENTE. Indico la votazione segreta mediante procedimento elettronico sulle tre questioni pregiudiziali di incostituzionalità Bozzi, Caruso, Delfino.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione e invito gli onorevoli segretari a verificarne le risultanze.

(I deputati segretari verificano le risultanze della votazione).

Comunico il risultato della votazione:

Presenti e votanti	451
Maggioranza	226
Voti favorevoli	173
Voti contrari	278

(La Camera respinge).

Hanno preso parte alla votazione:

Abelli	Aliverti
Accreman	Allocca
Achilli	Altissimo
Aldrovandi	Amadei
Alesi	Andreoni
Alessandrini	Angelini

Anselmi Tina	Bortot
Antoniozzi	Bosco
Armani	Botta
Armato	Bottari
Arnaud	Bova
Artali	Bozzi
Astolfi Maruzza	Brandi
Azzaro	Bressani
Baccalini	Brini
Baghino	Bubbico
Balasso	Bucciarelli Ducci
Baldassari	Buffone
Baldassi	Busetto
Baldi	Buzzi
Ballardini	Buzzoni
Bandiera	Cabras
Barbi	Caiazza
Barca	Calvetti
Bartolini	Canestrari
Bassi	Capponi Bentivegna
Bastianelli	Carla
Battaglia	Capra
Battino-Vittorelli	Carenini
Beccaria	Cariglia
Becciu	Cárolì
Belci	Carrà
Bellisario	Carri
Bellotti	Carta
Bemporad	Caruso
Benedetti Gianfilippo	Casapieri Quagliotti
Benedetti Tullio	Carmen
Bensi	Cascio
Berlinguer Enrico	Cassanmagnago
Berlinguer Giovanni	Cerretti Maria Luisa
Berloffa	Castelli
Bernardi	Castellucci
Bernini	Cataldo
Bersani	Catanzariti
Biamonte	Catella
Bianchi Alfredo	Cattanei
Bianchi Fortunato	Cavaliere
Bianco	Cerra
Bignardi	Cerri
Bisignani	Cesaroni
Bodrato	Chiarante
Bodrito	Chiovini Cecilia
Boffardi Ines	Ciacci
Bogi	Ciaffi
Boldrini	Ciampaglia
Bollati	Cirillo
Bonalumi	Ciuffini
Bonifazi	Coccia
Bonomi	Cocco Maria
Borghì	Codacci-Pisanelli
Borra	Colombo Vittorino
Borromeo D'Adda	Colucci
Bortolani	Compagna

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Concas	Finelli	Lenoci	Mosca
Conte	Fioret	Lettieri	Musotto
Corà	Fioriello	Lezzi	Nahourm
Cortese	Flamigni	Ligori	Napolitano
Corti	Fontana	Lindner	Natali
Costamagna	Fortuna	Lizzero	Natta
Cotecchia	Foscarini	Lo Bello	Negrari
Craxi	Foschi	Lobianco	Niccolai Cesarino
Cuminetti	Fracanzani	Lodi Adriana	Niccoli
Cusumano	Fracchia	Lo Porto	Nicolazzi
D'Alema	Franchi	Lospinoso Severini	Olivi
Dall'Armellina	Frasca	Lucchesi	Orlandi
Dal Maso	Furia	Luraschi	Orlando
Dal Sasso	Fusaro	Macaluso Emanuele	Orsini
Damico	Galloni	Macchiavelli	Padula
D'Angelo	Galluzzi	Maggioni	Pajetta
D'Aniello	Garbi	Magnani Noya Maria	Pandolfi
d'Aquino	Gargani	Magri	Pani
D'Arezzo	Gargano	Malagugini	Pascariello
D'Auria	Gasco	Manca	Patriarca
de Carneri	Gaspari	Mancinelli	Pavone
Degan	Gastone	Mancini Antonio	Pazzaglia
De Leonardis	Giadresco	Mancini Giacomo	Pedini
Delfino	Giannantoni	Manco	Pegoraro
Della Briotta	Giannini	Mancuso	Pellegatta Maria
De Lorenzo	Giglia	Mantella	Pellicani Giovanni
Del Pennino	Gioia	Mariani	Pellizzari
De Maria	Giolitti	Mariotti	Pennacchini
De Martino	Giomo	Marocco	Perantuono
De Marzio	Giordano	Marras	Pezziati
de Michieli Vitturi	Giovannini	Martini Maria Eletta	Picchioni
De Mita	Girardin	Marzotto Caotorta	Piccinelli
De Sabbata	Gramegna	Maschiella	Picciotto
Di Giannantonio	Granelli	Masciadri	Piccoli
Di Giesi	Grassi Bertazzi	Mattarelli	Piccone
Di Gioia	Guarra	Matteotti	Pirolò
Di Giulio	Guerrini	Mazzarrino	Pisanu
Di Marino	Gullotti	Mazzola	Pisicchio
Di Puccio	Gunnella	Mazzotta	Pisoni
Di Vagno	Ianniello	Mendola Giuseppa	Pistillo
Donat-Cattin	Ingrao	Menichino	Pochetti
Donelli	Innocenti	Merli	Poli
Dulbecco	Iotti Leonilde	Messeni Nemagna	Pompei
Erminero	Iozzelli	Meucci	Postal
Fabbri	Iperico	Miceli	Prandini
Fabbri Seroni	Ippolito	Micheli Filippo	Prearo
Adriana	Isgrò	Micheli Pietro	Preti
Fagone	Jacazzi	Mignani	Pumilia
Federici	La Bella	Milia	Querci
Felici	Laforgia	Miroglio	Quilleri
Felisetti	La Loggia	Misasi	Radi
Feroli	Lamanna	Molè	Raicich
Ferrari	La Marca	Monti Maurizio	Rampa
Ferrari-Aggradi	Lapenta	Monti Renato	Raucci
Ferretti	La Torre	Morini	Rausa
Ferri Mario	Lattanzio	Moro Aldo	Rauti
Fibbi Giulietta	Lavagnoli	Moro Dino	Reale Oronzo

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Reggiani	Storchi
Reichlin	Strazzi
Rende	Sullo
Restivo	Talassi Giorgi Renata
Riccio Pietro	Tamini
Riela	Tani
Riga Grazia	Tarabini
Riz	Tassi
Rizzi	Tedeschi
Rognoni	Terraroli
Romita	Tesi
Rosati	Tesini
Ruffini	Tessari
Russo Carlo	Tocco
Russo Ferdinando	Todros
Russo Quirino	Tortorella Giuseppe
Russo Vincenzo	Tozzi Condivi
Sabbatini	Traversa
Salizzoni	Tremaglia
Salvatore	Tripodi Girolamo
Salvatori	Triva
Salvi	Trombadori
Sandomenico	Truzzi
Sandri	Turnaturi
Sangalli	Urso Giacinto
Santagati	Vaghi
Santuz	Vagli Rosalia
Sanza	Valiante
Sboarina	Valori
Sbriziolo De Felice	Vania
Eirene	Vecchiarelli
Scalfaro	Venegoni
Schiavon	Venturoli
Scipioni	Vespignani
Scotti	Vetere
Sedati	Vetrano
Segre	Vetrone
Sgarbi Bompani	Vicentini
Luciana	Villa
Sgarlata	Vincelli
Signorile	Vincenzi
Simonacci	Vineis
Sisto	Vitale
Skerk	Vitali
Sobrero	Volpe
Spadola	Zamberletti
Spagnoli	Zanibelli
Speranza	Zanini
Spinelli	Zolla
Spitella	Zoppetti
Stefanelli	Zurlo
Stella	

Sono in missione:

Aiardi	Reale Giuseppe
Miotti Carli Amalia	

Approvazioni in Commissione.

PRESIDENTE. Nelle riunioni del 9 agosto 1974 delle Commissioni, in sede legislativa, sono stati approvati i seguenti progetti di legge:

dalle Commissioni riunite IV (Giustizia) e X (Trasporti):

« Modificazioni all'articolo 2 del codice della navigazione, approvato con regio decreto 30 marzo 1942, n. 327 » (2609);

dalla II Commissione (Interni):

MATTARELLI ed altri: « Disposizione a favore di categorie del personale del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza » (72); **FIORET** ed altri: « Estensione dei benefici di ricostruzione di carriera di cui all'articolo 9 della legge 2 aprile 1968, n. 408, ai capitani del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza appartenenti al ruolo separato e limitato, mantenuti in servizio ai sensi dell'articolo 6 della legge 11 luglio 1956, n. 699 » (99); **IAN- NIELLO** ed altri: « Norme a favore di talune categorie del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza » (171); **CICCARDINI** ed altri: « Estensione agli appuntati di pubblica sicurezza ex sottufficiali delle forze armate e combattenti dei benefici di cui alla legge 14 febbraio 1970, n. 57 » (224); **BOFFARDI INES** ed altri: « Estensione agli appuntati di pubblica sicurezza ex sottufficiali delle forze armate e combattenti dei benefici di cui alla legge 14 febbraio 1970, n. 57 » (369); **COSTAMAGNA** e **BODRITO**: « Ricostruzione di carriera agli ufficiali del ruolo limitato e separato del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza, mantenuti in servizio ai sensi della legge 11 luglio 1956, n. 669 » (401); **ALFANO** ed altri: « Norme relative al personale di pubblica sicurezza in particolari situazioni » (506); **LENOCI**: « Norme integrative della legge 14 febbraio 1970, n. 57, concernente la carriera degli appuntati di pubblica sicurezza provenienti dai sottufficiali delle forze armate » (667); **GARGANO**: « Norme integrative della legge 14 febbraio 1970, n. 57, concernenti la carriera degli appuntati di pubblica sicurezza già sottufficiali delle forze armate e delle forze partigiane nel periodo 1945-1948 » (703); **MAGGIONI** ed altri: « Estensione agli appuntati di pubblica sicurezza ex sottufficiali delle forze armate e combattenti dei benefici di cui alla legge 14 febbraio 1970, n. 57 » (732); **FELICI**: « Modifiche alla legge 13 novembre 1965, n. 1366, e successive modificazioni, sul-

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

l'avanzamento degli ufficiali del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza » (1157); FLAMIGNI ed altri: « Estensione della legge 14 febbraio 1970, n. 57, agli appartenenti al Corpo delle guardie di pubblica sicurezza provenienti dai combattenti della guerra di liberazione » (1172); DE MICHELI VITTURI ed altri: « Estensione delle leggi 27 febbraio 1963, n. 225, e 23 gennaio 1968, n. 22, agli ufficiali che prima dell'inquadramento nel Corpo delle guardie di pubblica sicurezza avevano maturato l'anzianità per la promozione al grado superiore » (1224); RIGHETTI e ORLANDI: « Estensione delle leggi 27 febbraio 1963, n. 225, e 23 gennaio 1968, n. 22, agli ufficiali che prima dell'inquadramento nel Corpo delle guardie di pubblica sicurezza avevano maturato l'anzianità per la promozione al grado superiore » (1429); BELCI: « Modifiche alla legge 2 aprile 1968, n. 408, riguardanti il riordinamento degli speciali ruoli organici separati e limitati del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza e del Corpo delle guardie di finanza istituiti con legge 22 dicembre 1960, n. 1600 » (1948); ALFANO ed altri: « Modifiche alla legge 13 novembre 1965, n. 1366, e successive modificazioni, sull'avanzamento degli ufficiali del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza ex sottufficiali delle forze armate dei benefici di cui alla legge 14 febbraio 1970, n. 57 » (2496); SACCUCCI: « Estensione della legge 14 febbraio 1970, n. 57, alle guardie e agli appuntati del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza già sottufficiali delle forze armate, dei corpi armati dello Stato e dei relativi servizi » (3068), *in un testo unificato e con il titolo*: « Disposizioni a favore di categorie del personale del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza » (72-99-171-221-369-401-506-667-703-732-1157-1172-1224-1429-1948-2142-2496-3068);

« Disposizioni relative ai funzionari di pubblica sicurezza direttivi e dirigenti » (3003).

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
LEONILDE IOTTI

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Messeni Nemagna. Ne ha facoltà.

MESSENI NEMAGNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, l'*Economist* di Londra, in un suo annuncio turistico, ha recentemente affermato: « Inglesi, fate presto a visitare l'Italia, perché tra poco non ci sarà più ». Pensiamo che in questa frase sia icasticamente compendiata la crisi che attan-

naglia l'Italia e che, se non risolta al più presto, precipiterebbe la nazione in una tragedia al cui confronto una guerra persa sarebbe avvenimento di poco momento.

Gli onorevoli colleghi della maggioranza, da quella dichiarata a quella reale che comprende i comunisti, hanno sentito il bisogno, nelle ultime settimane, di scaricarsi la coscienza. Sono stati cioè, una volta tanto, sinceri: non hanno nascosto niente o quasi, ma hanno parlato come se i guai che impervervano dalle Alpi alla Sicilia fossero dovuti a malefici influssi astrali, a maledizioni marziane. Per non parlare poi del *leit-motiv* del fascismo, la « trama nera » che vorrebbe sovvertire lo Stato, eccetera. Cioè, il loro timido esame di coscienza, tra una accapigliatura di corrente politica e l'altra, è servito unicamente a tacitare la coscienza, trovando, di volta in volta, comodi quanto fantapolitici capri espiatori per nascondere quella che è la realtà. I responsabili, i veri e soli unici responsabili della *débaclé* dell'economia italiana e più in generale delle sfortune del nostro popolo sono loro. E quando diciamo « loro », ci riferiamo evidentemente a tutto l'arco autobattezzatosi costituzionale, dai democristiani ai socialcomunisti, passando per i socialdemocratici ed i repubblicani.

A turno, palesamente od occultamente, hanno gestito il potere e il sottopotere per 25 anni ed oltre; ma lo hanno gestito, come loro costume, nel peggiore dei modi badando solo ad accontentare padrini e padroni, ladri e ladroni e tutta la famelica corte dei clienti che la partitocrazia ha fatto germinare. L'Italia è stata soffocata, a poco a poco, da una catena di incompetenze, disonestà pubbliche e private, di compromessi morali prima ancora che materiali, da una politica da *carpe diem* e dall'affarismo più sfrenato, sfociante fatalmente nella legalizzazione, per uso ed abitudine, di peculati e concussioni.

Inutile rifare qui la storia del fu miracolo economico (inutile perché si rischierebbe forse di affermare cose che, ripetute, sfiorano — senza esserlo — il luogo comune), miracolo economico che comunque fu possibile realizzare, nonostante la classe politica già allora imperversante, per lo spirito di sacrificio, per le capacità creative del popolo italiano. Ma si doveva cercare il modo per rendere difficili le cose facili, altrimenti l'orsignori non sarebbero stati più se stessi. E si inventò il centro-sinistra; centro-sinistra che, di gradino in gradino, diventò sinistra e basta, con tutto il proprio odio teologico verso il benessere altrui e in special modo delle categorie più

deboli e più esposte alla tentazione del « muoia Sansone con tutti i filistei ». Con il benessere generalizzato, infatti, la massa di manovra dei mestatori di professione si sarebbe assottigliata fino al punto da comprendere unicamente gli *agit-prop* pagati un tanto a sciopero. Di qui leggi demagogiche, punitive e vessatorie che vanificarono gli sforzi, fecero sentire inutile il risparmio e annullarono la volontà dei singoli di investire i propri soldi in intraprese che, in prospettiva, sarebbero state benefiche per tutti. Si tirò la corda fino a spezzarla e ora siamo al *redde rationem*, in una situazione simile a quella di una famiglia che per pagare i debiti e tirare avanti ancora per poco, si vede costretta a vendere i mobili di casa.

Infatti, non potendo più avere massicci aiuti dall'estero — perché lì non si fidano più tanto delle possibilità di ripresa dell'Italia — si ricorre alla lorchatura fiscale, all'ultima spremitura, quella definitiva, se è vero — come è vero — che sotto la grandine del fiscalismo si trovano esposti più di ogni altra cosa i bisogni primari degli italiani.

Abbiamo superato la tassa sul macinato; ma quella, almeno, servì a pareggiare il bilancio. Le tasse annate '74, invece, non serviranno a niente, perché non si tratta più di buchi da tappare, ma di una enorme, unica, incolmabile crepa che si è aperta nel sistema. Del resto, il fiscalismo esasperato è sempre stato l'ultima spiaggia dei regimi fallimentari e in coma. I nostri cosiddetti uomini responsabili stanno rivalutando i Borboni di Napoli, nel senso che quelli promettevano e mantenevano feste, farina e forca, mentre questi hanno abolito le feste e la farina e hanno mantenuto solo la forca, che per adesso è solo fiscale, poi si vedrà, a compromesso storico attuato. E intanto, con la faccia tosta che li contraddistingue, non hanno ritugno alcuno a chiedere agli italiani lo spirito di sacrificio necessario per risalire la china. Ecco, sacrificio: un concetto immenso e fascinoso, un'idea-forza, insomma. Ma le idee-forza, per essere recepite, devono essere direttamente proporzionali alla credibilità di chi se ne fa portatore. E ci pare che, di riffe e di raffè, comunque la si giri, gli ultimi a potere imporre certe tesi sono proprio coloro che nell'anno di grazia 1974 riscoprono certi termini che in bocca a loro risultano, per altro, strani.

Del resto, basta considerare come è stata risolta l'ultima crisi governativa per avere il quadro più completo della totale irresponsabilità del sistema. L'onorevole Rumor è tornato in sella come se il fallimento del suo

quinto governo non fosse già di per se stesso indicativo dell'incapacità — diremo — patologica nel poter risolvere alcunché.

Errare è umano; perseverare, a volte, non è diabolico, ma è solo il sintomo di masochismo morale che porta diritto diritto alla dissociazione paranoica. Infatti, i fu cattolici della democrazia cristiana sanno benissimo che dall'abbraccio con i comunisti usciranno con le ossa rotte. Lo sanno perfettamente, ma continuano imperterriti. E che dire di quei sindacalisti che si ingreggiano sotto le bandiere rosse della CGIL? La verità è che tutto sta franando, che l'Italia va a rotoli, che tutte le istituzioni risultano contaminate e sfaldate, che la stessa convivenza civile si è degradata a livelli inusitati. Non si salva più niente. E poi ci si permette il lusso di adombrarsi — con suscettibilità sospetta, che la dice lunga sulla coda di paglia di certa gente — se all'estero dipingono l'Italia come una nazione che si avvia ad imboccare la strada del sottosviluppo e della miseria. La storia dei balzelli ultimi è emblematica e paradossale.

Il partito socialista italiano, partito di Governo, approva, in sede appunto di Governo, tasse, sottotasse e sovrattasse, ma comincia poi il distinguo, sempre alla ricerca di alibi per occultare il suo non essere né carne né pesce. Attraverso la Trimurti sindacale, fa fuoco e fiamme, con gli scioperi regionali, contro decisioni delle quali era stato *magna parte* autore.

I comunisti, dal loro canto, mobilitano le masse per protestare, eccetera, ma sotto sotto trattano l'opposizione morbida, all'insegna del « Parigi val bene una messa ».

La democrazia cristiana, ormai imbolsita, pensa di poter fregare tutti con l'ausilio del cosiddetto centro laico; ma ad essere fregati saranno ancora una volta gli italiani, che al rientro dalle ferie — che mai come quest'anno somigliano sinistramente alla festa da ballo sul ponte del Titanic mentre l'*iceberg* dell'inflazione e della recessione sta per affondare musicisti e ballerini — rischiano di trovarsi con l'aria tassata, onde permettere a lorsignori di pagare gli interessi passivi accumulati in anni ed anni di allegra amministrazione politico-economico-morale.

Bisogna quindi cambiare rotta, farla finita con le irresponsabilità e con le incompetenze, con la demagogia e con le leggi iugulatorie. È necessario imboccare finalmente la strada giusta, convincersi che non si può governare decentemente una nazione di 54 milioni di abitanti in piena era tecnologica appoggian-

dosi al disordine mentale e alla confusione massimalistica dei socialisti, alle spalle dei quali incombe, minaccioso e reale, il pericolo comunista. A meno che la DC non abbia deciso di recitare completamente, in tutte le sue componenti, il ruolo che fu di Kerenski, si può ancora salvare il salvabile.

Il disegno di legge che ci viene presentato per la conversione in legge del decreto-legge n. 264 è un provvedimento anticostituzionale, giacché la Costituzione, così com'è stato già detto precedentemente, all'articolo 77 dà al Governo la facoltà di proporre decreti-legge solo in casi straordinari di urgenza e di necessità. Questo decreto-legge non si limita a reperire i 2.700 miliardi urgenti e necessari per far fronte ai debiti che le mutue hanno contratto con gli enti ospedalieri, ma gli articoli 6, 7, 8, 10, 12 e seguenti dispongono modifiche alle strutture sanitarie del paese. Queste modifiche possono essere benissimo proposte con legge ordinaria, e non con un decreto-legge, cioè con un mezzo straordinario che pure, secondo quanto ammesso dallo stesso ministro in Commissione sanità e dal relatore in aula, anticipa i contenuti della riforma sanitaria. Si decidono, con un decreto straordinario, provvedimenti che hanno bisogno di maggiore riflessione e della collaborazione delle categorie interessate, cioè dei medici. Non vi è la straordinarietà del provvedimento, se è vero che il Governo ha già, anni or sono, fronteggiato con interventi speciali i debiti accumulati dalle mutue verso gli ospedali. Anche allora si spesero molti miliardi, non per risolvere una situazione caotica, ma per tamponare una falla. Quindi questo decreto non è eccezionale, ma ricorrente.

Che dire poi di come vengono trattati i sanitari? Mentre l'articolo 3 della Costituzione stabilisce il principio dell'uguaglianza di tutti i cittadini, questo decreto annulla con un articolo, sia pure parzialmente, gli accordi sottoscritti alla presenza del ministro e del sottosegretario per il lavoro, solo perché gli accordi sono stati raggiunti con la classe medica. Il Governo non avrebbe certo avuto il coraggio di annullare accordi raggiunti con altre categorie di lavoratori: ho detto « lavoratori », giacché anche i medici sono dei lavoratori che svolgono il loro lavoro professionale con grosse responsabilità e certamente con non poca fatica.

Questo decreto, inoltre, è anticostituzionale, giacché, mentre l'articolo 41 della Costituzione garantisce l'iniziativa economica privata, nelle disposizioni del decreto stesso si dà alle

regioni la facoltà di predisporre accordi con case di cura private, che potrebbero creare grosse difficoltà, turbando la vita e forse anche l'esistenza di altre case di cura private.

Nel corso dei lavori in sede di Commissione sanità, abbiamo fatto rilevare che il debito delle mutue verso gli ospedali è superiore ai 2.700 miliardi, e che si presume che il loro debito globale tocchi il tetto dei 5 mila miliardi. Si rileva che non interessa ricercare le cause che hanno portato le mutue e gli ospedali a questa disastrosa situazione; ed ecco che, a distanza di anni (da quando cioè il Governo intervenne per sanare altri debiti delle mutue) ci si ritrova al punto di prima. È necessario indagare per appurare come siano stati spesi i quattrini riscossi con i contributi assicurativi dei lavoratori e dei datori di lavoro: sarebbe quanto mai opportuna una commissione d'inchiesta che compisse un'indagine in tal senso e poi riferisse al Parlamento.

Riteniamo che le amministrazioni ospedaliere (che sono amministrazioni politiche) incidano pesantemente e direttamente su tale situazione con i compensi agli amministratori, con la classe di burocrati della quale si circondano e con le assunzioni, sempre clientelari e politiche. Infatti, nel campo sanitario (alle volte si sono creati reparti, divisioni e sezioni solo sulla carta, per dare incarichi di primariato, eccetera), nel campo del personale ausiliario, infermieristico e no, e nel campo del personale complementare (giardinieri, cuccinieri, eccetera), ogni ospedale ha una potenza elettorale, che dovrebbe essere pagata dalla mutua, per il tornaconto politico di questo o di quel centurione, ma a discapito, certo, dell'assistenza, ed a danno dell'economia nazionale. Ma anche gli istituti mutualistici hanno le loro colpe; anche qui si sono creati carrozzoni politici, affidando presidenze, vicepresidenze, consigli d'amministrazione a persone protette dai partiti di governo: si tratta di posti tutti ben retribuiti, e ciò incide pesantemente sul bilancio delle mutue stesse. Bisogna avere il coraggio di eliminare le varie mutue, unificandole in un'unica direzione generale, mandando a spasso tanti galoppini elettorali dei partiti della maggioranza di governo.

Con il decreto-legge n. 264, lo Stato dovrebbe provvedere a pagare per mantenere questi carrozzoni; le mutue verrebbero alleggerite dall'onere delle spese ospedaliere, per continuare a fare il bello e cattivo tempo con l'assistenza alle malattie, almeno fino alla riforma. Le rette ospedaliere sono esose, e tali

da porci in ridicolo se confrontate con quelle praticate, ad esempio, in Svizzera, ove vi è oltretutto un'assistenza di gran lunga migliore rispetto a quella praticata in alcuni ospedali italiani. La causa dell'eccessivo costo della degenza è determinata da quanto abbiamo innanzi detto. L'ex ministro della sanità, onorevole Gaspari, ha detto che « l'80 per cento della spesa ospedaliera è destinato agli assistenti, cioè al personale, mentre per i malati e la lotta contro le malattie si spende solo il 20 per cento ». Gli enti ospedalieri, quindi, sono male amministrati.

Riteniamo che non sia giusto, poi, chiedere l'aumento dei contributi previdenziali ai lavoratori ed ai datori di lavoro, specie in questo momento. Il patrimonio di esperienza della categoria sanitaria poteva essere ben adoperato per accogliere suggerimenti, consigli e magari anche critiche rispetto a quanto questo decreto-legge predispone per la riforma; la classe medica, invece, è stata insolentita, è stata ingiuriata dal ministro del lavoro Bertoldi, che l'ha definita « casta bramini ». E mi voglio augurare che il Governo senta la necessità di dissociare il suo giudizio da quello del ministro Bertoldi.

Non è certo un servizio agli assistiti degli enti mutualistici, poi, privarli della libertà di scelta del medico, così come non è certo un passo avanti, ma anzi un arretramento voler privare i lavoratori dell'uso di farmaci secondo l'esperienza e la discrezione del medico, obbligando quest'ultimo alla prescrizione dei soli farmaci ammessi nei proutari farmaceutici dell'INAM. Bisogna inoltre garantire la libertà professionale della classe sanitaria. Il MSI-Destra nazionale dà un giudizio totalmente negativo, quindi, di questo decreto, ed ha presentato una serie di emendamenti per cercare di migliorare il testo al nostro esame, affinché non arrechi quei disagi e quegli svantaggi, che — così com'è attualmente — potrebbe arrecare al paese. La Destra nazionale farà tutto intero il proprio dovere d'opposizione, onorata dalla discriminazione liberticida di vertice e del consenso di base, conscia del proprio ruolo di baluardo ultimo e granitico contro tutte le sovvenzioni. (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Signorile. Ne ha facoltà.

SIGNORILE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, io credo che si debba partire da una considerazione preliminare, nell'affrontare la discussione su questo decreto: una realtà le-

gislativa è entrata nel dibattito parlamentare in un certo modo, e viene presentata all'aula con modificazioni anche profonde tutte quante legate da un filo coerente, che ha ispirato il dibattito all'interno della Commissione sanità e, soprattutto, ha ispirato il lavoro accorto e intelligente del presidente della Commissione e del relatore di maggioranza.

Un decreto che si presentava in sostanza come un provvedimento di ripiano del *deficit* ospedaliero, nelle intenzioni del Governo, con qualche apertura di tipo amministrativo alla riforma o ai problemi della riorganizzazione del settore sanitario, è diventato nel fuoco del dibattito parlamentare un provvedimento con forti elementi di rottura rispetto al passato, tale cioè da rappresentare, per le modificazioni che ad esso sono state apportate, un reale momento di rinnovamento qualitativo nella politica sanitaria del nostro paese.

A questo proposito è utile sottolineare la necessità di un rapporto Parlamento-Governo meno caratterizzato da una soggiacenza dei poteri parlamentari alle esigenze governative, più capace di portare innovazioni all'interno di proposte o di provvedimenti che nelle mediazioni governative difficilmente riescono a diventare momento di rottura e superamento di situazioni che ormai tutti giudicano largamente matura per una riforma.

Riaffermiamo con decisione la fiducia nella validità di un rapporto democratico che consente, nell'incontro e nello scontro di forze legate ai problemi reali del paese, il superamento, in altra sede ritenuto impossibile o addirittura rischioso, di situazioni che — ripeto — devono essere risolte per far luogo a fatti innovatori nel meccanismo delle istituzioni sanitarie della nostra società. Devo dire che in questo il comportamento del ministro della sanità è stato assai positivo: un comportamento aperto, disponibile a considerare con realismo e anche con coraggio gli aspetti che venivano avanzati con forza dalle varie parti della rappresentanza parlamentare. Così come positivo è stato il comportamento delle forze di maggioranza e positivo il comportamento dell'opposizione comunista.

Ci presentiamo quindi, al termine del dibattito in Commissione, al giudizio dell'aula parlamentare con la consapevolezza, in tutti noi che a questo dibattito abbiamo partecipato, di aver portato elementi innovatori nel provvedimento legislativo. Ma chiediamoci perché è avvenuto questo; perché un provvedimento che si presentava con i modesti propositi di un ripianamento amministrativo

è diventato qualcosa che, se non apre in maniera formale la via alla riforma sanitaria, è qualcosa di più di un momento preparatorio astratto. Esso rappresenta, per la prima volta, un mezzo per affrontare i problemi reali della riorganizzazione del sistema sanitario, attraverso i nodi e i protagonisti reali, attraverso un riferimento alla complessità dei problemi e delle questioni che la grande giungla mutualistica ci ha consegnato nel suo passato. Perché è stato possibile questo? È stato possibile per un potenziale di lotte che si è accumulato negli anni intorno al problema sanitario, intorno al problema della crisi mutualistica, alla necessità di operare attraverso una riforma profonda di questo settore, per dare un servizio sanitario diverso agli italiani.

Un potenziale di lotte che ha avuto alle sue origini una elaborazione della nostra cultura politica interessante e vitale; un atteggiamento spesso interessante del mondo sindacale, che ha avuto il coraggio e l'intelligenza di non rimanere attaccato a situazioni di potere e di gestione che pure la struttura mutualistica spesso consentiva. Un potenziale di lotte, un'esigenza di concretezza troppe volte frustrate dall'attività di governi che rinchiudevano al loro interno le spinte più generose di singoli ministri e di forze politiche, facendo prevalere regolarmente, nel momento della decisione, la mediazione dilatrice, il rinvio, l'insabbiamento, il puro e semplice lalismo verbale che ha caratterizzato per anni i discorsi sulle riforme. Questa spinta era dietro ciascuno di noi, ciascuna delle forze politiche che hanno partecipato a questo dibattito; ma si è inserita e saldata su una realtà obiettiva: l'antistoricità del sistema mutualistico dominante il settore sanitario italiano. Non la sua desuetudine, non soltanto la sua irrazionalità, ma il ruolo obiettivamente conservatore se non addirittura reazionario, perché reattivo nei confronti di esigenze reali che avanzavano nel paese da parte degli utenti per un servizio migliore; da parte dei medici per un diverso rapporto con le strutture di gestione del servizio sanitario; reazionario nei confronti degli istituti democratici di base, degli enti locali e delle regioni che avanzavano i loro diritti come protagonisti necessari e indispensabili del servizio sanitario e della riforma dello Stato di cui questo servizio era parte qualificante.

Il nostro dibattito si è collegato ad un'esigenza democratica maturata nella coscienza della necessità delle trasformazioni che dovevano essere operate nelle istituzioni che ave-

vano precedentemente operato nel settore sanitario: ospedali, mutue, d'accordo, ma anche quei momenti istituzionali ordinari — gli enti locali appunto —, il ruolo nuovo delle regioni. Avanza nelle coscienze la vitalità e la capacità di un paese alla ricerca di momenti di partecipazione crescente all'esercizio della democrazia e quindi teso ad un nuovo rapporto tra realtà sociale e momenti istituzionali; questo ci impone la esaltazione dei valori democratici nel nuovo ordinamento sanitario prospettato e che la grande maggioranza del popolo italiano e delle forze politiche sindacali ritengono indispensabile.

Una democrazia non si dichiara. Una democrazia non è soltanto affermazione di principi, non soltanto individuazione di una pur essenziale libertà di coscienza: essa è qualità della vita quotidianamente vissuta. Una democrazia si conquista anche attraverso la modificazione di quei servizi che direttamente legano l'istituzione di governo, sia esso nazionale che locale, al cittadino. Una democrazia è anche il risultato della capacità e della forza del cittadino di essere elemento partecipe, non soltanto come utente, ma come responsabile nell'attività di direzione, di controllo, di stimolo nei confronti di questa struttura.

È esattamente il contrario della realtà mutualistica, il contrario di un corpo che, ripeto, ha ormai assunto caratteri antistorici; è la verifica, in sostanza, di una ipotesi politica generale di trasformazione della società, di difesa degli interessi dei cittadini attraverso la loro azione e la loro partecipazione. È l'ipotesi di una strategia delle riforme legata ad una strategia di massa, cioè legata alla diretta capacità degli interessi popolari di partecipare ai processi di trasformazione; un'ipotesi che da tempo si agita nella vita politica italiana con scarsi sbocchi, con molte frustrazioni, ma che è l'unica ipotesi sulla quale, in termini di democrazia, di giustizia sociale, possiamo trovare una possibile realizzazione alle nostre scelte politiche qualificanti.

Significa, questo, dare alla riforma sanitaria, dare soprattutto a questo decreto — perché di questo stiamo parlando — un significato troppo ampio? Significa farsi carico, come forza politica, e mi riferisco al partito socialista che rappresento, della necessità di legare l'intervento anche parziale in un settore di così delicata importanza, ma soprattutto di così ampio riferimento popolare, con un disegno, con un progetto, con una strategia: il rifiuto di ridurre a momenti puramente tec-

nici e ad occasionali problemi l'azione di politica sanitaria; l'esigenza di legare in un filo rosso, che è insieme di previsione politica e di concreta capacità di intervento sui problemi reali, aspetti che più complessivamente si inquadrano nel discorso sulle riforme sociali.

Ecco perché questo decreto — dicevo prima — non può essere visto come una astratta preparazione della riforma sanitaria: è un intervento sui problemi che noi ci troviamo ad affrontare e che affronteremo nel momento stesso in cui la riforma sanitaria diventerà una realtà che il Parlamento sarà chiamato a discutere.

Questo provvedimento è uno strumento di lavoro. Il sistema mutualistico ha avuto una funzione storica, ha garantito una copertura per decenni a cittadini che sarebbero stati altrimenti preda di una privatizzazione assoluta della medicina; esso si è gradualmente degradato nella funzione antistorica che prima descrivevo, in conseguenza anche del dilatarsi dei suoi utenti, dell'identificarsi crescente della massa dei lavoratori con la società nazionale. Il sistema mutualistico ha così accentuato le sue caratteristiche parassitarie, che noi riscontriamo nella valutazione della struttura della sua spesa: la spesa ospedaliera, dilatata proprio come conseguenza di un atteggiamento parassitario delle mutue e di una impossibilità, da parte dell'ente ospedaliero, sottratto ad una programmazione più complessiva e ad una gestione più responsabile, su un ampio arco di popolazione e di territorio, di difendersi. La spesa farmaceutica, tipico esempio di intreccio tra interessi privati ed interessi pubblici; un mercato, quello farmaceutico, profondamente privatizzato dal lato della produzione, quasi esclusivamente pubblico dal lato della domanda. Una situazione nella quale si tendeva e si è sempre teso a far prevalere gli interessi privati, cioè della produzione, sugli interessi pubblici, cioè della domanda. Il gigantismo burocratico che ha caratterizzato, soprattutto negli ultimi anni, il dilatarsi della struttura mutualistica nella disperata rincorsa a raggiungere e a soddisfare esigenze che ormai largamente debordavano dai suoi compiti istituzionali; gigantismo burocratico, che ha investito profondamente anche il personale sanitario, facendo diventare il medico della mutua una delle componenti del costume del nostro paese, e non certo di un costume di cui possiamo andare orgogliosi.

Tutto questo ha condizionato la qualità del servizio, la qualità della spesa sanitaria nel nostro paese, e ha richiesto — è il primo dato

che noi dobbiamo riconfermare all'Assemblea — un intervento di bonifica e di risanamento finanziario ed amministrativo, che rendesse più solide le basi per la riforma sanitaria, che facesse prevalere un criterio di natura pubblicistica e che, soprattutto, impedisse di scaricare interamente sulle regioni il peso di una struttura ormai fallimentare e largamente incapace di andare incontro alle esigenze del popolo italiano.

Tale è il significato del decreto-legge n. 264; non comprendiamo, quindi, il tipo di critica che gli è stata mossa; non comprendiamo assolutamente, compagni del partito comunista, la pregiudiziale di costituzionalità da voi avanzata. Non la comprendiamo, perché non vi è una sottrazione preliminare di materia arrecante pregiudizio alla riforma sanitaria, ma vi è il consapevole realismo di chi sa che la struttura mutualistica ed il sistema sanitario del nostro paese costituiscono una giungla che è cresciuta nella più completa irresponsabilità, in cui vi sono piante parassitarie, tronchi marciti, ma vi sono anche alberi, cioè strutture e realtà che debbono essere conservate e riutilizzate nel nuovo progetto di assetto sanitario. Affrontare la riforma sanitaria significa affrontare subito e immediatamente tali problemi; non vi è nulla che possa essere rinviato, non vi è nulla da affidare ad un disegno ampio, complessivo, perfetto e limpido — quasi nuova Minerva uscita dalla testa di Giove — rispetto al quale ognuno di noi non avrà che da esprimere il suo assenso o dissenso.

Questo non deve avvenire, perché un processo di riforma politica così lungo e difficile in ogni momento deve affrontare e risolvere i problemi che ne intralciano il cammino. È per questo che mentre comprendiamo l'eccezione di incostituzionalità sostenuta dai liberali e dal gruppo del MSI-destra nazionale, che non vogliono questa riforma, non la comprendiamo quando proviene da chi, come voi, si è battuto con forza, con coraggio, con coerenza su questa linea.

LA BELLA. Questo è il terzo decreto sulle mutue! Gli ospedali non hanno avuto ancora una lira!

SIGNORILE. Onorevole La Bella, ella, come tutti, dovrebbe fare un lavoro di verifica e di confronto tra questo decreto-legge e gli altri.

ORLANDI. Perché volete bocciarli in aula?

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

SIGNORILE. Gli altri decreti sono stati puri e semplici decreti di trasferimento. Alcune mie dichiarazioni del 1967 e del 1970 denunciavano, nei decreti di ripianamento, un carattere di puro e semplice sovvenzionamento, senza garanzie. Io sono molto interessato a sapere proprio da lei, onorevole La Bella, che ha combattuto coraggiosamente e vivacemente per la riforma sanitaria, se in questo decreto vi siano o meno elementi che segnino una rottura importante, anche se non definitiva.

LA BELLA. Li abbiamo introdotti tutti in Commissione. Bisogna governare secondo la Costituzione: noi vogliamo difenderlo, questo principio!

SIGNORILE. Io direi che, da questo punto di vista, bisogna essere legati alla realtà della situazione politica. E se io sono radicalmente d'accordo, onorevole La Bella, con il principio in base al quale bisogna governare secondo Costituzione, ciò che significa che ordinariamente si debba legiferare con normali disegni di legge, ritengo anche che non sia assurdo considerare, in un momento di straordinaria eccezionalità qual è quello che stanno vivendo gli ospedali e le mutue, un intervento immediato per troncare definitivamente — pena il fallimento degli ospedali — il rapporto di dipendenza che l'intero sistema sanitario italiano ha nei confronti delle strutture mutualistiche.

Seguendo un'altra strada, si correrebbe il rischio di operare soltanto un puro e semplice ripianamento del *deficit* (cosa contro la quale tutti noi diciamo di voler battere), che si risolverebbe, in definitiva, con lo scarico delle voci passive — quelle ospedaliere — dalle mutue e con la naturale, ovvia esaltazione della possibilità di recupero, da parte delle mutue stesse, su altre voci meno onerose ma, soprattutto, meno incidenti sul bilancio di questa realtà. Dobbiamo, da questo punto di vista, avere le idee chiare proprio sulla concretezza dei fatti politici. È molto bello elaborare un discorso complessivo: sappiamo farlo, ci interessa farlo. Però siamo dinanzi ad un nodo, che dobbiamo affrontare e risolvere tutti insieme, per decidere della sorte e del procedimento attraverso il quale questo decreto verrà realizzato.

Nulla è deciso: si è soltanto aperta una strada, si è soltanto dato ad un Governo e ad una classe dirigente uno strumento di lavoro, che dovrà essere usato, sapendo che questo può portarci avanti sulla strada che

da tempo abbiamo indicato al paese. Con questo decreto-legge, abbiamo affrontato problemi reali. Lo dimostra il fatto che esso, di volta in volta, ha dovuto fare i conti con gli interlocutori reali della riforma sanitaria nel nostro paese; ha dovuto fare i conti, durante il lavoro svolto in Commissione, anche con i problemi che ci troveremo di fronte nei prossimi mesi o nei prossimi anni, cioè con i problemi delle strutture.

Abbiamo affrontato concretamente, per la prima volta, il problema di come porre le regioni nelle condizioni di amministrare direttamente la spesa, di amministrare e operare una programmazione, e di porre lo Stato di fronte alla necessità di governare secondo il programma stabilito.

La Costituzione, per le materie di competenza regionale, configura uno Stato centrale che si spoglia, che deve spogliarsi dei poteri di intervento diretto e amministrativo, che deve governare attraverso programmi senza sottrarsi alle sue responsabilità e ai suoi compiti. Le regioni devono essere messe nelle condizioni di poter adempiere quell'insieme di responsabilità di natura amministrativa, di gestione e di indirizzo, che sono di loro competenza.

Abbiamo affrontato, nel decreto-legge numero 264, il problema finanziario, il problema del fondo ospedaliero: certo, meglio sarebbe stato il fondo sanitario. La materia dibattuta sarebbe stata più complessa e ricca se, anziché fermarci al discorso sugli ospedali, avessimo potuto portare avanti il discorso sulle strutture poliambulatoriali specialistiche e generiche. Ma a quel punto si sarebbe potuto dire giustamente che questo è argomento da trattare con apposito disegno di legge. Nel decreto-legge n. 264 il problema del Fondo sanitario nazionale, nelle sue possibilità di finanziamento e di spesa, è stato realizzato in termini tali da consentirci realisticamente di dire che le regioni hanno lo strumento per poter governare l'amministrazione ospedaliera.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
ZACCAGNINI

SIGNORILE. L'introduzione dei bilanci preventivi e consuntivi, nell'amministrazione ospedaliera, che chiediamo da 10 anni, consentono finalmente, attraverso il superamento della retta, alle regioni di poter avere gli strumenti amministrativi indispensabili per eser-

citare pienamente queste attribuzioni. Quanto alla possibilità di utilizzare il personale delle mutue, ciò apre la strada a quel passaggio concreto e operativo, che investirà centinaia di migliaia di lavoratori e che dovrà essere proseguito con coraggio e gradualità.

A questo punto, è indispensabile il coordinamento tra le strutture mutualistiche e i poteri delle regioni. Riteniamo che nel decreto-legge alcuni punti, previsti dall'articolo 20 e non accolti in Commissione, debbano essere riproposti in aula. Noi riteniamo che la necessità di un discorso immediato sul coordinamento con le strutture mutualistiche sia resa indispensabile da una ragione politica e da una funzionale. La ragione politica è quella di non istituire un divario fra Regioni e mutue, rompendo l'unità del tessuto sanitario di una regione; mentre la ragione funzionale è nel non separare, sul piano dell'amministrazione, gli ospedali dalle mutue, consentendo uno scarico sugli ospedali, da parte delle mutue, di una massa enorme di ricoveri che verrebbero a gravare direttamente sul bilancio regionale, e quindi opererebbero sostanzialmente ed involontariamente come ripiano, come razionalizzazione aziendale della struttura mutualistica. Riteniamo quindi, onorevole ministro, indispensabile questo coordinamento: indispensabile, certo, nell'ambito della riforma sanitaria: ma indispensabile per i precisi indirizzi di Governo che postula, perché altrimenti non avrebbe senso il « commissariamento » che noi abbiamo chiesto ed ottenuto dal 1° luglio 1975.

Il « commissariamento » ha senso proprio perché sottrae agli istituti mutualistici una autonomia aziendale assoluta, proprio perché sottrae al consiglio di amministrazione — e quindi alla sua ovvia logica di esaltazione dell'efficienza aziendale — criteri che viceversa vanno affidati e ricondotti nelle mani di un Governo che, allora sì, opera secondo programmi ed opera coerentemente avviando nei fatti la strada del passaggio dei poteri, delle competenze, delle strutture, del personale delle mutue, che attualmente rispondono ad una logica sostanzialmente privatistica delle mutue, alle Regioni.

Onorevole De Lorenzo, abbiamo affrontato il problema dei medici, e non nel senso punitivo di cui si è parlato. Lo abbiamo affrontato per la necessità di avviare ad una normativa certa il rapporto fra il futuro servizio sanitario nazionale, fra la struttura pubblica, gerente del servizio sanitario e la classe medica, nella convinzione che la classe medica non sia indifferenziatamente una classe

di privilegio; certamente privilegi vi sono, ma sono soltanto di alcuni settori minoritari. Siamo convinti che la grande massa dei medici — i piccoli medici condotti, i medici mutualistici — siano sfruttati da una struttura che costringe il medico ad una forma di dequalificazione professionale e morale; siano sottoposti, forse una delle ultime categorie di lavoratori, ad un cottimo umiliante. Sono i medici rispetto ai quali sempre è stata viva e attenta — e lei lo sa — la nostra attenzione e il nostro interesse come socialisti. Attenzione viva ed non nei confronti degli evasori fiscali, non nei confronti dei grandi clinici o dei grandi ospedalieri che lucrano e truffano la società, non nei confronti di coloro che hanno accettato, in cambio di una...

D'ANIELLO. Onorevole Signorile, non esageriamo: di truffatori ve ne sono in ogni categoria. Un linguaggio simile, in Parlamento! (*Proteste a sinistra*).

SIGNORILE. Onorevole D'Aniello, posso avere degli elementi concreti con cui indurla a non insistere su questo argomento. (*Interruzioni del deputato Delfino*).

Vorrei dire all'onorevole De Lorenzo e all'onorevole D'Aniello di essere stato estremamente chiaro e preciso nelle mie parole precedenti e di avere chiaramente distinto tra medico e medico, e di essere pronto a portare delle prove, se lo si riterrà opportuno, su evasioni fiscali compiute da autorevoli esponenti della professione medica...

DE MARIA. Questa non è una prerogativa della categoria dei medici.

SIGNORILE. ...e di quelle che, non io ma la magistratura ha chiamato truffe. Vorrei inoltre invitare i colleghi che onorano con la loro attività, anche parlamentare, la professione medica a non ritenersi immediatamente colpiti perché viene pronunciata la parola « medico »; e soprattutto a non umiliare se stessi, e soprattutto quelle migliaia e migliaia di medici che operano come onesti cittadini ed onesti lavoratori chiamandoli tutti quanti, ogni volta che una accusa motivata e documentata viene fatta a persone o gruppi del mondo sanitario, a difesa di una professione che, da alcuni, non viene certo onorata. Vorrei che fosse molto chiaro, tutto questo. Credo che i colleghi che mi conoscono da tempo, sappiano come non abbia mai utilizzato in maniera moralistica o qualunquistica episodi che investivano individui, gruppi ristretti o

categorie. Essi sanno che ho sempre cercato di considerare il medico come un necessario protagonista della riforma sanitaria, a patto però di non ritenere quella dei medici una categoria intoccabile, che si stringe a difesa del privilegio di pochi. Questo non possiamo accettarlo, e non dovette accettarlo voi, onorevole De Lorenzo, come Federazione degli ordini, mentre lo avete fatto.

Questo ci consente di dire serenamente, senza provocazioni, che non esiste l'unità della classe medica: esistono categorie che hanno interessi diversi le une dalle altre; esiste una nostra simpatia, un nostro rapporto, da anni, come socialisti, con i medici condotti, con importanti settori dei medici mutualistici e con quelli ospedalieri. Questi rappresentano — le piaccia o meno, onorevole De Lorenzo — la grande maggioranza dei medici che esercitano realmente la professione. Non è cercando o accettando provocazioni, che renderemo un servizio al paese ed alla riforma che intendiamo promuovere. Non è dato registrare l'unità di una classe medica che non esiste come classe, ma esiste come funzione — che è una cosa diversa — funzione che noi esaltiamo, nell'ambito di una società che ha bisogno di uomini che abbiano profondo e integro il senso morale e deontologico, di quello che essi rappresentano e della funzione necessaria che ad essi viene riconosciuta.

Il terzo argomento che abbiamo iniziato a trattare — in maniera forse incerta, ma comunque irreversibile — è quello del settore farmaceutico, che ha bisogno di una profonda ristrutturazione, che deve uscire dall'ambiguità, oggi caratterizzata da una struttura produttiva eminentemente privatistica e da un mercato prevalentemente — se non esclusivamente — pubblico. Ci troviamo di fronte ad una assurda situazione monopsonica, cioè di mercato con un solo acquirente, che è costretto a rispondere ad una logica che sembrerebbe quella del mercato libero e concorrenziale. L'acquirente unico viene costretto ad accettare la logica della pubblicità, della concorrenza tra prodotti simili; è costretto ad accettare la farsa della informazione scientifica. Ci troviamo di fronte ad un mercato che a questo punto, signor ministro, deve essere utilizzato per quello che è, come momento essenziale di intervento e di organizzazione, di un settore che ha bisogno dell'intervento pubblico per quanto riguarda la parte produttiva, ed ha bisogno di una maggiore consapevolezza di direzione e di indirizzo, per quanto riguarda il suo enorme po-

tenziale d'acquisto, che è poi la vera forza del servizio sanitario nei confronti delle strutture farmaceutiche.

I primi passi che abbiamo realizzato nell'ambito di questo decreto, pure se indispensabili, non sono certo sufficienti. Questa è la ragione per cui abbiamo registrato anche elementi di non pieno consenso sull'impostazione secondo cui si vuole sviluppare il discorso della revisione dell'ormai famoso prontuario dell'INAM: non è più soltanto questione di rivedere alcuni prontuari; soprattutto, non è un problema di riclassificazione. Il problema è quello di una chiara capacità di individuare le caratteristiche e la validità dei farmaci, le esigenze manifestate dal mercato che stiamo costruendo e, soprattutto, il modo in cui — da parte di chi ormai è in grado di governare la maggior parte della domanda farmaceutica — tutto questo può essere reso razionale e coerente con le finalità di superamento dello spreco e di rottura delle posizioni speculative e parassitarie, che sappiamo essere una delle caratteristiche della industria farmaceutica italiana, in cui la rendita di posizione ha assunto caratteri quasi da manuale.

Abbiamo affrontato, benché non in maniera diretta, il problema dei sindacati, che pagano, onorevole ministro, il servizio anche per i cittadini non abbienti. Si dice che i datori di lavoro sono stati caricati di un ulteriore onere. Ma sappiamo tutti che l'aumento delle aliquote è una forma di salario differito, per cui è stato addossato ai lavoratori un ulteriore aggravio per quel che riguarda la spesa sanitaria. I sindacati sono interlocutori indispensabili, necessari, soprattutto perché garantiscono, in un momento come questo, con il loro sacrificio, con il sacrificio dei loro organizzati, i lavoratori, la messa in opera di una riforma di così ampia portata e dimensione.

Questi sono i punti su cui il decreto si articola. Sono punti anticostituzionali? Rappresentano un'indebita sottrazione di poteri? Rappresentano, a mio avviso, soprattutto nella parte aggiunta, relativa alla liquidazione della struttura mutualistica, il primo momento effettivamente concreto di un programma al quale farà da coronamento il disegno di legge sulla riforma sanitaria, la cui presentazione, tante volte annunciata, stavolta pare reale, essendo essa già stata approvata dal Consiglio dei ministri.

BERLINGUER GIOVANNI. Quasi reale...

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

SIGNORILE. Dovrebbe verificarsi una totale sconfessione del proprio operato da parte del Consiglio dei ministri.

COLOMBO VITTORINO, *Ministro della sanità*. Manca soltanto qualche formalità tecnica per la sua presentazione.

SIGNORILE. Certo, tutto può succedere. Auguriamoci, però, che non si verifichino contrattempi.

Proprio per la consapevolezza che noi socialisti abbiamo, per le responsabilità che negli anni passati abbiamo avuto — che si sono estrinsecate attraverso la presenza al dicastero della sanità del ministro Mariotti e a quello del lavoro e della previdenza sociale del ministro Brodolini prima e del ministro Bertoldi poi — e perché crediamo che ancora oggi la riforma sanitaria rappresenti uno dei punti cardine della nostra azione politica, credo che sia indispensabile trarre un insegnamento da quanto è avvenuto in queste convulse settimane, dal comportamento delle forze politiche, dal modo in cui esse hanno saputo o voluto affrontare ed impostare un problema così rilevante e complesso. Dobbiamo onestamente riconoscere alla democrazia cristiana un impegno leale nella realizzazione dei punti di accordo, impegno che ha comportato anche scontri al suo interno (che sono ancora oggi in atto) nonché — me lo si consenta — la forse tardiva consapevolezza della indifendibilità di talune posizioni, la cui difesa diventava ormai assolutamente controproducente, quale il mantenimento del sistema mutualistico e del suo impianto di potere.

Dobbiamo analogamente riconoscere il coraggio e la coerenza delle forze laiche di Governo, dei socialdemocratici e dei repubblicani, ed il coraggio e la concretezza dell'opposizione comunista. Coraggio e concretezza che noi vorremmo trasferiti dal dibattito svoltosi in Commissione al più aperto campo dell'aula. Si tratta del coraggio e della concretezza manifestati da una forza popolare che noi consideriamo indispensabile per un processo di avvio e realizzazione delle riforme, e che, a nostro avviso, dovrebbe essere altivamente responsabile anche in aula, nel garantire ai lavoratori italiani che il processo di rottura con il passato è qualcosa che effettivamente sta avvenendo. Giacché la costruzione di quello che noi abbiamo indicato come un momento importante della nostra democrazia — un servizio sanitario democratico e fondato sulla partecipazione dei cittadini — può essere realizzato soltanto con un

ampio schieramento di forze che lo sostengono e quindi con una partecipazione che vede nelle forze popolari e democratiche una garanzia ineliminabile. Siamo alla conclusione di un difficile e tormentato cammino per questo decreto. Gli interventi in aula dimostreranno quanto di buono, quanto di insufficiente in esso vi sia.

A nome del mio partito, riconoscendo l'impegno e lo sforzo che tutti abbiamo profuso in questa battaglia, e riaffermando — senza volere con questo esprimere nessuna volontà egemonica — che in essa noi abbiamo visto realizzati alcuni dei punti della politica sanitaria che hanno caratterizzato l'azione socialista negli ultimi anni, devo esprimere il giudizio positivo del gruppo del PSI, e soprattutto il nostro impegno perché questo decreto rappresenti uno strumento di lavoro da usare subito per affrettare i tempi della riforma sanitaria e dare alle forze popolari e democratiche un più ampio e responsabile terreno su cui verificare il proprio impegno riformatore. (*Applausi dei deputati del gruppo del PSI — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Giuseppe Tortorella. Ne ha facoltà.

TORTORELLA GIUSEPPE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, il gruppo del Movimento sociale italiano-destra nazionale ha condotto la sua battaglia contro il decreto-legge n. 264 sia per quanto attiene al principio che argomenti che investono così profondamente la vita sociale della comunità nazionale non possono essere affrontati con un decreto-legge, sia perché noi riteniamo, come abbiamo già sostenuto ampiamente, che nella immediatezza della presentazione del disegno di riforma sanitaria diventa almeno anacronistico includere in un decreto urgente la pianificazione dei debiti delle mutue e l'avvio della riforma sanitaria.

Abbiamo già in Commissione, però, dato il nostro contributo per cercare di migliorare talune norme che riguardavano precipuamente la vita degli ospedali ed i rapporti con i medici in quanto liberi professionisti. Ci siamo riusciti solo in parte, perché è da denunciare un atteggiamento iniquo che maggioranza e Governo continuano ad avere preconcettualmente contro la classe dei sanitari italiani.

Noi concordiamo sulla necessità che abbia avvio una riforma dell'attuale struttura dell'assistenza sanitaria, ma riteniamo imprescindibile, per la riuscita degli intenti a cui tutti si ispirano, la necessità che il sistema

assistenziale debba essere modificato non sulla base del solo ed inutile trasferimento dell'assistenza sanitaria dalle mutue alle regioni. Si chiuderebbe così, anzi continuerebbe per un certo periodo ancora, l'assurda situazione della convivenza di due carrozzoni: quello regionale e quello mutualistico, rispetto alla situazione attuale incentrata nel carrozzone clientelare delle mutue.

Prendendo spunto dalla conversione di questo decreto-legge sulla assistenza sanitaria, esprimeremo la nostra opinione, in una visione globale, sul concetto di assistenza sanitaria e su quello di mutualità. L'attuale sistema sanitario assistenziale in Italia si fonda sull'esistenza di enti mutualistici che hanno una regolamentazione a tipo assicurativo. Le varie categorie del mondo del lavoro, distinte nei vari settori, godono di assistenza a seconda dell'ente assicurativo a cui sono collegati ed a cui è devoluta l'assistenza curativa generale e specialistica ed in qualche caso anche l'assistenza preventiva e riabilitativa. Con le riforme, in senso assicurativo oltre che mutualistico, iniziale nel 1925, si poteva considerare chiusa la fase mutualistica, nel senso classico del termine, in quanto si instaurava la nuova fase assistenziale assicurativa. In realtà, la regolamentazione dell'assistenza, dal 1925 ai nostri giorni, è piuttosto la risultante dell'abbinamento dei due sistemi: mutualistico ed assicurativo. Infatti, l'assistenza sanitaria, com'è regolamentata oggi, è mutualistica nella impostazione teorica del concetto di solidarietà economica ed umana, per cui il contributo in denaro versato dalla collettività delle categorie lavoratrici composta da una maggioranza statisticamente indenne, viene impiegato per sovvenire i casi di una minoranza colpita da infermità, mentre è assicurativa nel metodo di applicare e condizionare il contributo e le prestazioni alla base salariale che è ovviamente oscillante e diversa.

Negli ultimi anni per l'assistenza in generale ha contribuito anche lo Stato con erogazioni od integrazioni dei bilanci degli enti mutualistici, assai deficitari per la dilatazione di spesa e per l'estendersi delle categorie degli assistiti. Per una esatta visione delle condizioni in cui attualmente opera il sistema mutualistico, sembra opportuno vedere, sia pure succintamente, come, attraverso il tempo, sia sorta e si sia perfezionata la volontà associativa e la disciplina tecnico-giuridica della mutualità.

In Italia i primi esperimenti mutualistici risalgono agli inizi dell'attuale secolo e sono

essenzialmente esperimenti su base volontaristica. In alcuni centri come Roma, Torino, Milano, Napoli, Ancona ed in altre province, i lavoratori spontaneamente dettero vita ad assicurazioni che, seppure alcune volte non avevano ben definite qualificazioni, in sostanza riunivano appartenenti ad una stessa categoria economica o appartenenti a categorie diverse, ma residenti nella medesima zona, allo scopo di assistere i soci in caso di malattia.

Assenti a quell'epoca lo Stato e la legge, che ancora non erano intervenuti in questo settore, le mutue volontarie si organizzarono su basi tecniche completamente diverse da quelle già vigenti in Germania ed in Austria. Mentre queste, infatti, agivano con l'imposizione di un contributo percentuale da prelevare in base al valore dei salari e con controprestazioni rapportate proporzionalmente alla misura del salario stesso, le mutue volontarie sorsero col concetto, forse un po' romantico, della solidarietà pura, cosicché in quasi tutti gli statuti di tali assicurazioni ricorreva il principio del contributo fisso ed uguale per tutti, con relativa controprestazione anch'essa fissa ed uguale per tutti. Quindi, niente agganciamenti dei bilanci delle mutue alla situazione economica salariale delle categorie, ma contenimento del piano finanziario entro schemi di calcolo rigidi e semplici. Altro concetto fondamentale delle mutue libere consisteva nel fatto che l'assistenza di malattia veniva riconosciuta e concessa solo in quegli eventi morbosi che, a giudizio del medico della mutua, producessero nel lavoratore l'incapacità a svolgere una qualsiasi attività produttiva, principio che successivamente ebbe a mutarsi nella « incapacità lavorativa specifica », per cui una medesima malattia, a seconda dell'attività lavorativa svolta dal socio della mutua, poteva essere ammessa ai fini delle prestazioni o anche essere esclusa.

Simili forme di assistenza mutualistica volontaria e frammentaria, attuate con criteri spesso empirici e da gruppi privilegiati agli effetti della loro reperibilità ed organizzazione, con esclusione quindi dei gruppi e delle categorie meno omogenee, incontrarono naturalmente la critica dei dirigenti dei movimenti operai dell'epoca, i quali iniziarono un'azione di propaganda e di stimolo soprattutto nei confronti dei governi allo scopo di richiedere che l'assistenza di malattia e l'istituzione delle relative casse divenisse obbligatoria e fosse estesa a tutte le categorie operanti nel territorio nazionale.

I voti degli interessati ebbero seguito nel primo dopoguerra, con una serie di provvedimenti che elencheremo. Nel 1925 nasce l'INADEL, per l'assistenza di malattia ai dipendenti degli enti locali. Nel 1928 si costituisce l'ENPDEDP, anch'esso sotto la specie di istituto parastatale per corrispondere l'assistenza ai lavoratori dipendenti da enti di diritto pubblico. Nel 1929 si inizia, poi, la costruzione di una più vasta opera mutualistica che ha termine nel 1940 e che dette vita alle Casse mutue nazionali per grandi settori produttivi quali il commercio, l'industria, l'agricoltura ed il credito. Queste organizzazioni mutualistiche nazionali, peraltro, non traevano la loro legittimità da norme legislative dirette, come nel caso dei due enti parastatali suddetti, ma agivano in conseguenza della volontà espressa attraverso appositi accordi collettivi di lavoro delle organizzazioni sindacali e ciò sia nei riguardi dell'atto giuridico consistente nella istituzione della Cassa mutua, sia nella successiva determinazione dell'entità e qualità delle prestazioni assistenziali, che venivano fissate dalle clausole inserite nei contratti collettivi di lavoro aventi, a quell'epoca, valore di legge.

Nel 1942 e nel 1943 si passa ad una diversa fase con la creazione dell'ENPAS prima e dell'INAM dopo, in quanto apposite leggi dello Stato stabiliscono una precisa disciplina dell'assistenza di malattia per gli impiegati statali e per tutti i lavoratori già iscritti alle quattro casse nazionali di settore, le quali, per effetto della legge 11 gennaio 1943, n. 138, venivano sciolte ed assorbite nel nuovo istituto unificato.

Con tali disposizioni, tra l'altro, si instaura il principio della estensione dell'assistenza a tutti i familiari conviventi o a carico dei lavoratori iscritti.

Infine, con le leggi del 1954, del 1957 e del 1966 lo Stato rende obbligatoria l'assistenza di malattia per i coltivatori diretti, per gli artigiani e loro familiari, per i commercianti e per i pescatori, introducendo per la prima volta l'obbligo del finanziamento parziale dei relativi oneri a carico della collettività nazionale. Col progredire dello sviluppo sociale oggi vi è pressante necessità di migliorare ed estendere il servizio di mutualità facendolo sempre più diventare vera e completa assistenza sanitaria.

Nell'evolversi del concetto e del significato da attribuire alla funzione mutualistica assicurativa si è passati attraverso tre tempi che sono altrettante espressioni di assistenza sanitaria: 1) quello delle mutue volontarie che

contemplavano l'incapacità assoluta al lavoro; 2) quello delle mutue nazionali di settore, che svolgevano la loro assistenza secondo il concetto che « faceva intendere per malattia » ogni alterazione dello stato di salute che comporti incapacità al lavoro specifico cui il prestatore d'opera è addetto; 3) infine, per ultima, la concessione più vicina ai nostri tempi, nella quale il rapporto tra ente mutualistico e assistito veniva ad essere sanzionato da decreti legislativi emanati nel 1946 e nel 1947 e interpretativi della legge n. 138 del 2 ottobre 1943, che identificava per la prima volta e dava facoltà di applicazione al vero concetto informatore della legge emanata nel 1943, che sanciva la costituzione dell'Ente mutualità - Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori - e che in fondo chiariva l'estensione dell'assistenza ogni qualvolta la malattia era rappresentata da una qualsivoglia alterazione dello stato di salute che comportasse intervento del medico e somministrazione di medicinali.

Non vi è alcun dubbio che il sistema assistenziale italiano è stato finora caratterizzato dalla dispersione delle competenze in una molteplicità di strutture che ne hanno limitato l'efficienza e dilatato la spesa. Da questo è derivato che il complesso meccanismo mutualistico, previdenziale ed assistenziale, ha lasciato e lascia scontenti sia i medici, che si sentono, come veramente sono, ai margini dell'apparato e di esso quasi succubi, sia gli assistiti, che il più delle volte si ritengono non tutelati a sufficienza, sia gli istituti assicurativo-previdenziali, che lamentano la difficoltà della collaborazione con i medici e la incomprendimento degli assistiti, quanto gli insopportabili oneri economici.

Le osservazioni sopra riferite, unite alle constatazioni che ci vengono dalla reale insufficienza e dal male organizzato servizio assistenziale sanitario, conducono senza esitazione a concludere sull'effettiva esigenza di una riforma sanitaria nazionale.

La riforma dell'assistenza sanitaria deve considerarsi necessariamente legata ad una più ampia e definitiva riforma generale del sistema di assistenza e previdenza sociale, se si intende realmente centrare il problema e non continuare sulla strada sbagliata di grandi enunciazioni demagogiche care sia al Governo sia alla politica dei partiti di sinistra ed ai sindacati di marca massimalista.

L'attuale sistema mutualistico presenta, non vi è dubbio, incongruenze assai gravi sia dal punto di vista della funzionalità quanto da quello dell'organizzazione. Per quanto

riguarda la funzionalità si registra un andamento contraddittorio tra i bisogni sanitari emergenti ed il tipo di servizi sanitari offerti. Riteniamo per certo che oggi le necessità assistenziali orientano l'attesa degli assistiti più in senso specialistico e preventivo che in senso diagnostico e terapeutico. La nosologia è fortemente caratterizzata da gruppi di malattie cardiovascolari, nervose e mentali, professionali, disadattati e minorati, tumori, infortuni, eccetera. Queste necessità nosologiche sono quelle che vengono peggio affrontate dall'attuale sistema sanitario, poiché i più carenti risultano appunto i mezzi di *dépistage* e prevenzione di massa che in definitiva sono necessari a questa richiesta nosologica. Il sistema assistenziale attuale in Italia, pur non discostandosi dall'ammettere che la medicina preventiva ha la più grande importanza per la prevenzione dei mali e per la tutela della salute, tuttavia compie il suo massimo sforzo nell'impegno diagnostico e terapeutico che, pur essendo di fondamentale necessità, in tempi di medicina moderna non può che essere l'integrazione della medicina preventiva e la premessa alla medicina riabilitativa. Le maggiori carenze si rilevano sul piano organizzativo dove gli inconvenienti dell'attuale sistema creano una confusione di compiti e di interventi che, generalizzandosi in molteplici direttrici, finiscono con il disorientare l'unicità dell'indirizzo sanitario. Noi riteniamo che le possibilità rinnovative da più parti prospettate e che vorrebbero completamente rinnovare il sistema mutualistico oggi esistente - a parte l'utopia politica delle congetture - creino un sovvertimento dalla radice nel sistema sanitario, che non può non finire in confusione e degradazione dell'assistenza, con grave nocimento della sicurezza sanitaria del popolo italiano, specie se la sicurezza sanitaria sarà trasferita alla competenza delle regioni, dopo le così brutte prove che in tutti i campi le regioni stesse hanno fornito. Queste teorie riformatrici, anziché tener conto delle strutture esistenti per modificarle e migliorarle, vogliono distruggere tutto per creare nuove esperienze, e ciò ci sembra estremamente pericoloso per le sorti stesse della riforma sanitaria.

La riforma sanitaria, che è destinata a polarizzare una parte non trascurabile degli impegni politici ed economici del paese, non può che fondarsi sulla modificazione dell'attuale sistema pluralistico di protezione sanitaria mutualistica ed assistenziale, in un integrale sistema di tutela della salute rielaborato e riunificato.

Se nessun dubbio può quindi sussistere sulla necessità di attuare una riforma, certamente vi è da pensare su alcuni indirizzi di scelta che possono operare in disarmonia rispetto alle cose da attuare con urgenza e senza facili avventurismi. (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole De Lorenzo. Ne ha facoltà.

DE LORENZO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, nel pieno dell'estate, cioè in un momento in cui la pubblica opinione attenua la propria attenzione rispetto ai problemi del paese, dibattere un provvedimento la cui portata va ben al di là del ripianamento del *deficit* degli ospedali e coinvolge invece risvolti fondamentali di carattere politico, sociale e finanziario, significa attuare la prassi del colpo di mano. Una prassi, cioè, non corretta e che ispira del resto lo stesso decreto-legge in quegli articoli che, non giustificati dalla necessità e dalla urgenza, travalicano il dettato costituzionale, come ho già ampiamente spiegato in sede di Commissione sanità e come ha sostenuto stamane l'onorevole Bozzi illustrando la sua pregiudiziale.

Il decreto-legge, che troverebbe piena giustificazione sul piano del risanamento economico degli ospedali, non si limita infatti a questo aspetto, ma investe la vita stessa degli ospedali, ne condiziona il funzionamento e lo sviluppo, ne pregiudica le prospettive in un momento delicato in cui sembrerebbe ormai prossima la riforma sanitaria. Dibattere, dunque, questo provvedimento oggi ed approvarlo così come esso ci viene presentato, confuso come esso è nella pioggia degli inasprimenti fiscali, significa porre la pubblica opinione di fronte al fatto compiuto, di fronte ad una situazione del tutto nuova. Il decreto-legge n. 264 è destinato a sfuggire all'attenzione della pubblica opinione; eppure, esso, nel ripianare il *deficit* degli ospedali, condiziona il futuro del settore assistenziale. Incidendo in tale settore vitale del paese, il tema in esame avrebbe dovuto essere, perciò, oggetto di un disegno di legge e di un dibattito più approfondito, in un momento in cui non solo tutti i gruppi politici, ma anche tutto il paese, fossero stati in grado di mobilitare la propria attenzione e quindi la propria partecipazione.

L'apporto di chiarezza, che è derivato dall'ampia, lunga ed estenuante discussione svoltasi per diversi giorni in sede di Commissione igiene e sanità, ha del resto evidenziato

ancora una volta la contraddittoria posizione del Governo e la sua incapacità di operare scelte decise e coerenti. Dal dibattito in Commissione, accanto ad alcuni aspetti sui quali il pensiero della maggioranza è coinciso con quello delle opposizioni, vi sono stati anche punti in ordine ai quali è emersa una palese discordanza di vedute e di opinioni. E bisogna riconoscere che il lavoro svolto in quella sede ha avuto un certo effetto, perché il decreto è stato modificato e migliorato in alcune parti: non soltanto quella strettamente finanziaria, ma anche quella che si riferisce all'avviamento alla riforma sanitaria.

Il Governo ha scelto, con il decreto-legge n. 264, la via del compromesso, che per altro assomma le sfasature di due ottiche diverse, ed ha sancito purtroppo gravi discriminazioni. Questa scelta, del resto, si riscontra ad un esame analitico del provvedimento che, secondo le dichiarazioni del ministro della sanità, dovrebbe segnare l'avvio verso la riforma sanitaria, ma che in effetti — me lo consenta, onorevole ministro — ne allontana le prospettive di realizzazione. Se è vero, infatti, che il decreto-legge si è reso necessario per porre rimedio ad una situazione estremamente grave, caratterizzata da un accumulo di debiti da parte degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali; se è vero che gli ospedali rischiano di non poter garantire l'assistenza perché non possono più fruire neppure di forniture alimentari e farmaceutiche (e nessuno più di chi vi parla conosce a fondo l'attuale, drammatica situazione degli ospedali); se è vero che, ancora una volta, c'è il pericolo che a fine mese il personale non potrà essere pagato, è vero altresì che la cronicizzazione dei debiti degli ospedali e quella dei debiti delle mutue hanno un comune denominatore causale. Oggi, con il decreto-legge n. 264, non si rimuovono certe cause; e talune sue norme gettano le premesse di nuove condizioni di crisi e di caos negli ospedali.

Con il ricorso ad un decreto-legge non si poteva rimuovere la causa dell'attuale crisi: ecco perché noi riteniamo che si sarebbe dovuto preparare un'organica, funzionale riforma, e varare la prima fase estendendo la protezione sanitaria in forma diretta a tutti i cittadini per la parte che riguarda l'assistenza ospedaliera e sanando le cause di questa situazione fallimentare. Si sarebbe dovuto combattere una politica di feodalizzazione e di lottizzazione che ha arrecato danni irreparabili all'assistenza e le cui responsabilità ricadono

proporzionalmente sui partiti che concorrono alla formula di centro-sinistra da circa 15 anni.

Con colpevole ritardo, dunque, rispetto al progressivo deterioramento della situazione, il Governo ha frettolosamente approntato il decreto-legge in esame, che ancora una volta è la risultante di una politica di compromessi e di cedimenti. Di fronte all'accumularsi dei paurosi *deficit* degli ospedali, non v'erano che due soluzioni: il semplice ripianamento del *deficit* o l'attuazione della riforma sanitaria, che da 15 anni è stata promessa dai Governi di centro-sinistra.

La prima soluzione, già adottata nel passato e puntualmente dimostratasi non solo inutile, ma pericolosa per le conseguenze paralizzanti sull'intera assistenza, è stata ancora una volta imposta oggi dall'inerzia di una politica, qual è quella di centro-sinistra, che è la risultante di un equilibrio sempre più precario e incerto.

Invece, alla soluzione del semplice ripianamento del *deficit*, che avrebbe dovuto essere immediato ed efficace e non farraginoso e — secondo me — diluito nel tempo, si è ritenuto di poter sommare una serie di norme che rendono inaccettabile il decreto-legge n. 264 e minacciano di compromettere il futuro stesso dell'assistenza. Ci riferiamo agli articoli che prevedono il trasferimento della gestione degli ospedali alle regioni, l'aumento dei contributi versati da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori, l'estensione dell'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini: articoli dei quali abbiamo chiesto e richiederemo anche oggi in quest'aula la soppressione.

Trasferire alcune competenze amministrative degli ospedali alle regioni poteva essere un provvedimento utile se fosse stato inserito nel quadro di un'azione globale tendente a riformare l'assistenza e ad affidare alle regioni stesse il compito di gestirla. Ma, in un contesto qual'è quello attuale, trasferire questi compiti alle regioni — che non hanno né le strutture né il personale necessari — significa gettare nel caos un settore assai delicato qual è quello ospedaliero e imporre alle regioni responsabilità che esse non possono accollarsi, perché mancano — ripeto — di strutture e di personale, come l'esperienza drammatica del colera ha dimostrato ampiamente l'anno scorso.

Evidentemente il monito del colera non è stato recepito, se è vero, com'è vero, che si intende affidare subito; entro tre mesi, la gestione degli ospedali alle regioni, a quelle stesse regioni che il Governo, d'altro canto, non

ritiene capaci di amministrare i fondi per ripianare i *deficit*, tanto è vero che il decreto-legge istituisce un apposito comitato interministeriale che avrà appunto il compito di amministrare i 2.700 miliardi.

Ecco dunque un primo aspetto di contraddittorietà che emerge dall'esame del decreto-legge. Il Governo afferma di voler varare la riforma sanitaria e sostiene un principio che non può essere condiviso, cioè il principio del decentramento dei compiti e delle funzioni e la contemporanea responsabilizzazione delle regioni, cui spetteranno, nell'ambito di una legge-quadro, i poteri di gestione di tutta l'assistenza sanitaria. Mentre sostiene tale principio, e implicitamente dimostra fiducia nelle regioni, lo stesso Governo sconfessa il proprio operato e quello stesso principio sottraendo alla gestione delle regioni i mezzi per ripianare i *deficit* degli ospedali, mezzi che sono certo ben più modesti di quelli necessari per gestire tutta l'assistenza.

Questo primo contraddittorio aspetto è stato motivo di protesta da parte degli assessori regionali. Ad esso se ne sommano altri. Nello stesso decreto è stata prevista l'estensione della assistenza ospedaliera a tutti i cittadini attraverso l'iscrizione in un ruolo particolare ed il pagamento di un'imposta. Innovazione, questa, destinata al fallimento, mancando da parte dei cittadini la fiducia in un sistema sanitario nazionale di cui non si conosce ancora il volto, e, con esso, i limiti di affidabilità. Poiché, presumibilmente, i cittadini ancora privi di assistenza mutualistica non sono prestatori di opera, noi avanziamo seri dubbi sulla ottimistica previsione del Governo secondo cui questi cittadini preferiranno iscriversi nel ruolo per ottenere un'assistenza ospedaliera che diventa sempre più precaria, e non opteranno invece per un'assistenza di tipo privatistico, il cui maggiore vantaggio è dato, appunto, da una certa affidabilità. Per non parlare poi del nuovo gravame burocratico che a seguito di questa innovazione incomberà sulle già insufficienti strutture delle amministrazioni regionali.

La contraddittorietà, poi, tra le intenzioni sbandierate dal Governo di procedere verso la riforma e la realtà che il decreto-legge evidenzia, di voler cioè allontanare nel tempo la riforma stessa, emerge inequivocabilmente dalla misura prevista dal decreto-legge, laddove esso aumenta gli oneri contributivi. Non possiamo infatti non rilevare che proprio nel momento in cui esamina in sede di Consiglio dei ministri la legge che dovrà riformare l'as-

sistenza sanitaria e che prevede la fiscalizzazione degli oneri sociali, contemporaneamente il Governo smentisce se stesso con il presente decreto-legge, che accentua il gravame degli oneri contributivi.

Questa misura, oltre ad allontanare le prospettive della riforma, è destinata a causare pericolosi effetti negativi sul sistema produttivo. È infatti ipotizzabile che se l'aumento del carico contributivo, previsto nella misura dello 0,15 per cento a carico dei lavoratori, chiamati ancora una volta ad un nuovo sacrificio per finanziare un sistema assistenziale logoro e fallimentare, e anche da noi riconosciuto nettamente superato, non comporterà per le imprese una limitazione della loro disponibilità finanziaria, determinerà però necessariamente, con l'aumento dell'1,50 per cento dei contributi a carico dei datori di lavoro, un trasferimento del carico fiscale sul prezzo dei prodotti finiti destinati al mercato. È evidente, perciò, a questo punto, che lo aumento delle contribuzioni assicurative obbligatorie contro le malattie contiene una carica inflazionistica, che è in netta contraddizione con la volontà manifestata dal Governo di combattere l'inflazione avvalendosi proprio del « pacchetto » di provvedimenti di cui il presente decreto fa parte.

Sarebbe stato più opportuno e più logico, quindi, racchiudere nei confini dell'intervento necessario ed urgente il presente decreto-legge, limitandone la portata al solo ripianamento del *deficit* degli ospedali e impegnandosi concretamente, con vera volontà politica e con una scadenza precisa, a presentare in Parlamento un disegno organico di riforma sanitaria che contemplasse nella sua fase iniziale l'estensione dell'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini, e quindi la fiscalizzazione degli oneri sociali per affrontare questa spesa.

La crisi degli ospedali, infatti, non è soltanto una crisi finanziaria, ma è soprattutto una crisi funzionale, la cui responsabilità risale alla gestione amministrativa e politica, gestione che, soprattutto nel sud, è affidata al commissariamento, cioè ad una prassi che riflette troppo spesso gli interessi del sottobosco politico e clientelare. Il decreto-legge al nostro esame non affronta nemmeno superficialmente questa realtà, ma per dare la sensazione che qualcosa pur si vuole tentare per garantire che i *deficit* degli ospedali non torneranno a riproporsi, attua una trasposizione di obiettivi, e cioè va ad affrontare il funzionamento degli ospedali attraverso una serie di norme destinate a paralizzarne la crescita e l'ammodernamento. In una situa-

zione quale quella del nostro paese, caratterizzata dall'arretratezza delle strutture ospedaliere, dalla mancata modernizzazione della tecnica e da una condizione di faticenza dell'edilizia ospedaliera, dalla carenza di servizi specialistici, l'articolo 6 del decreto-legge, come era concepito, avrebbe certamente congelato gli ospedali così come sono. È stata opportuna la modifica dell'articolo 6 apporata durante la discussione in sede di Commissione dalla maggioranza, modifica che io ho sottoscritto, perché nella nuova formulazione si intravedono salvaguardie alla funzionalità degli enti ospedalieri.

Noi, signor ministro, abbiamo il fondato timore che il decreto non conseguirà l'obiettivo di una moralizzazione del settore, la cui esigenza è avvertita da tutti. Noi accettiamo senz'altro l'intento moralizzatore introdotto dall'articolo 8, che vieta la corresponsione di compensi per i membri interni delle commissioni di concorso, ma dobbiamo rilevare che la vera moralizzazione passa soltanto attraverso una sana e corretta gestione finanziaria ed attraverso un migliore controllo sull'attività dei consigli d'amministrazione e dei commissari straordinari, attraverso il contenimento delle spese di tutti i settori amministrativi, attraverso la democratizzazione dei criteri di assunzione; per riportare la gestione degli ospedali nell'alveo della normalità si sarebbe dovuto procedere in tutt'altra direzione. Con questo decreto-legge, invece, noi andiamo incontro alle stesse prospettive di crisi che sette anni fa denunciavamo quando fu discussa la legge di riforma ospedaliera; infatti, soltanto oggi, a distanza di sette anni dal varo di quella legge, e con un provvedimento eccezionale, cioè un decreto-legge, si procede finalmente alla costituzione di un fondo nazionale ospedaliero, per finanziare l'assistenza. Il sistema contributivo, però, viene lasciato immutato ed il risultato sarà che i *deficit* degli ospedali si riprodurranno nella stessa misura, malgrado l'aumento del gettito contributivo. Pur accettando l'istituzione di questo fondo nazionale ed il principio che gli enti ospedalieri devono tarare i propri bilanci sulle somme messe a disposizione e non più sul meccanismo della retta, che ha raggiunto punte eccezionali e scandalistiche, non posso non richiamare l'attenzione sulla necessità che nella ripartizione dei conti si tenga presente la particolare condizione del meridione, che ha bisogno non degli interventi di ordinaria amministrazione, bensì di interventi straordinari. E non

posso non rilevare che l'aver stabilito aprioristicamente un tetto, anche se quest'ultimo nel corso del dibattito è stato modificato, mostra come anche questo fondo nazionale sia destinato a diventare un insufficiente strumento di intervento.

Ma se sul piano tecnico il decreto-legge in esame manifesta contraddizioni, è sul piano politico che esso è inaccettabile, nella misura in cui tende a punire la classe medica, e ad emarginarla, con la pretesa di scaricare sulla classe medica le conseguenze della crisi degli ospedali e delle mutue, come se essa ne fosse responsabile direttamente, e fingendo di ignorare che a monte della crisi stessa vi è stata e vi è la politica delle clientele e della irresponsabilizzazione dei consigli d'amministrazione degli ospedali; tutti guasti questi derivati da una riforma ospedaliera che era diretta soprattutto a sconvolgere un equilibrio sociale. A questo stesso fine, del resto, mirano oggi quelle norme del decreto-legge che intendono punire i medici, un fine che da qualche tempo si cerca di raggiungere, un fine al quale si è ispirata tutta la travagliata vicenda che ha portato a quel contratto unico per il personale ospedaliero che i medici hanno già impugnato, poiché è illegittimo ed intacca l'autonomia della categoria, non rispettando i principi stabiliti da una legge dello Stato, vale a dire la stessa legge di riforma ospedaliera. A questo fine punitivo, a questo ennesimo tentativo di minare la compattezza della classe medica si ispirano quelle norme del decreto-legge che, colpendo i medici nella loro dignità e nei loro interessi, minacciano di turbare un equilibrio sociale e con esso la tranquillità della vita assistenziale nel nostro paese. Oggi il decreto-legge mira a limitare la libera professione nell'ambito degli ospedali, contravvenendo così a due contratti nazionali di lavoro del settore e alla stessa legge di riforma ospedaliera. Si potevano introdurre queste limitazioni nel contratto che è stato di recente siglato con l'ANAO (elogiato da alcuni settori), invece di introdurle nel decreto-legge. Ciò significa colpire l'assistenza sanitaria, significa impedire alla medicina di progredire, significa in definitiva provocare la fuga dei medici dagli ospedali e sancire una discriminante tra assistenza pubblica e assistenza privata, a tutto danno dell'assistenza pubblica. Mortificare l'apporto personale del medico, tentare di isolare una categoria prelevando che soltanto su di essa ricada l'onere e il sacrificio di un momento di crisi, significa non soltanto compiere un atto di ingiusti-

zia, ma soprattutto gettare le premesse per un progressivo allontanamento della classe medica dall'assistenza pubblica.

Questo è il risultato cui si perverrà con gli articoli 7 e 8 del presente decreto. Entrambi, infatti, contengono principi che la classe medica, nella sua grande maggioranza, ritiene giustamente inaccettabili. Per la prima volta nella storia della democrazia del nostro paese, una legge dello Stato impone il blocco delle convenzioni e quindi delle remunerazioni. È il caso dell'articolo 8 di questo decreto-legge, che congela lo *status* economico dei medici mutualisti, prorogando la validità delle convenzioni fino alla entrata in vigore della riforma sanitaria, cioè *sine die*, mancando nel decreto qualunque accenno alla data in cui la riforma sarà varata. Con questa norma, del resto, il decreto-legge introduce un principio pericoloso, su cui noi intendiamo richiamare l'attenzione anche delle confederazioni dei lavoratori, poiché si misconoscono i diritti alla rappresentanza e alla trattativa dei sindacati, distruggendo la libertà di contrattazione tra le parti.

Da questo contesto emerge con chiarezza, dunque, una volontà nettamente persecutoria e un evidente intento discriminatorio e punitivo.

Trova dunque piena giustificazione, miei cari colleghi, la reazione spontanea e massiccia della classe medica italiana, che per due giorni ha dovuto purtroppo sospendere per protesta l'attività professionale. Con i due giorni di sciopero, i medici italiani hanno voluto manifestare la loro netta opposizione al palese tentativo di far ricadere su loro soltanto la responsabilità e le conseguenze negative di uno stato di cose di cui essi sono in realtà le vittime. I medici sarebbero stati lieti di accettare il sacrificio ove esso fosse stato esteso non soltanto alle alte categorie sanitarie ma a tutte le categorie di cittadini italiani.

Noi sosteniamo che, se è vero che episodi di malcostume sono talvolta accaduti (episodi per altro isolati e condannati dalla stessa categoria medica: bisogna tener conto di quello che hanno fatto le commissioni paritetiche nel condannare l'operato di alcuni medici mutualistici) è anche vero che possiamo in qualunque momento dimostrare che la categoria medica in genere presta la sua opera con sacrificio e con dedizione.

Questi episodi non possono quindi indurre ad ingiuste generalizzazioni verso una categoria che ha dato sempre prova della propria sensibilità sociale e della propria dedizione. Parlare di rendite parassitarie e riferirsi a tutti

i medici, con lo scopo di indurre una generalizzazione che autorizzi provvedimenti sostanzialmente punitivi, è veramente ingiusto. Poco fa ho sentito ripetere queste cose dalla viva voce dell'onorevole Signorile e me ne sono veramente dispiaciuto.

Ecco perché la categoria medica ha reagito con forza a questo tentativo di imposizione discriminatoria, a questa subordinazione delle scelte tecniche alla volontà dei politici. Sia chiaro comunque che, così come nessuna riforma degli studi potrebbe essere mai efficace senza la partecipazione dei docenti, nessuna riforma sanitaria potrà essere valida senza la partecipazione dei medici.

Noi respingiamo nettamente le ingiuriose dichiarazioni del ministro del lavoro che ha pubblicamente qualificato le retribuzioni percepite dai medici per la loro attività professionale come rendita parassitaria e ha addirittura gratificato tutte le categorie mediche della dispregiativa qualifica di « bramini », definendo vergognose le loro legittime azioni sindacali ed arrogandosi così il diritto di decidere lui a quali lavoratori la Costituzione consenta il diritto di sciopero e a quali no. Ma se in questa vicenda c'è qualcosa da deplorare, è certamente il fatto che in un paese civile ci si abbandoni ad ingiuriose invettive contro i lavoratori, fomentando così odi civili e compromettendo seriamente la soluzione di problemi che invece è interesse di tutti risolvere con generale soddisfazione.

È logico che i medici abbiano reagito individuando una ostilità preconcepita nei loro confronti, una ostilità che trova conferma nel fatto che le norme del decreto, nel colpire tutta la categoria con il blocco delle convenzioni, colpirebbero ancora più ingiustamente i medici ambulatoriali specialisti che, soltanto dopo lunghe trattative durate circa 6 mesi avevano raggiunto di recente un accordo siglato dalle parti e dallo stesso ministro del lavoro. Questo accordo doveva essere soltanto ratificato dal consiglio d'amministrazione dell'INAM, ma essendo intervenuto il decreto-legge, sarebbe ora rimasto congelato. Ed io rivolgo un riconoscimento al ministro della sanità e alla maggioranza per avere aderito a che questa nuova convenzione sia applicata, poiché è una convenzione che si è rinnovata dopo circa 4 anni.

Da questo contesto appare chiaro che alcuni articoli del presente decreto-legge hanno ancora un intento punitivo, ed appare altresì chiaro che con il decreto-legge si vuole ripetere l'esperienza negativa della riforma ospedaliera, cioè si vuole ancora una volta compromettere un equilibrio sociale. Ma come per

la riforma ospedaliera i risultati sono stati la crisi economica e funzionale dei nosocomi, così col presente decreto-legge le conseguenze potrebbero essere controproducenti, e costituire un punto di frattura tra la classe medica e la classe politica.

Ma non è soltanto nei confronti dei medici che il decreto-legge minaccia di conseguire degli effetti nocivi, è anche nei confronti della ospedalità privata. L'articolo 18 introduce, a proposito del convenzionamento delle case di cura private, una condizione limitativa nei loro confronti rispetto agli altri istituti di ricovero. È questa una clausola contraria al principio di eguaglianza sancito dalla Costituzione, e che introduce una discriminante anche nei confronti degli assistiti. Elementare condizione di rispetto della persona umana è infatti la libera scelta del medico di fiducia e del luogo di ricovero. È tempo ormai di considerare l'ospedalità italiana in ogni sua componente: ospedali pubblici, ospedali religiosi, case di cura private, senza razzismi a favore o a danno di chicchessia. Si tratta di un complesso di istituzioni che operano per la tutela della salute nel rispetto delle norme legislative che disciplinano non soltanto gli ospedali pubblici, ma anche gli ospedali religiosi e le case di cura private. Non possono quindi sussistere discriminazioni. Affidando alle regioni il compito discrezionale di utilizzare la rete dell'ospedalità privata, limitando di fatto la libertà di scelta del luogo di cura, si tende a soffocare l'iniziativa privata che, d'altro canto, è indispensabile per integrare una rete ospedaliera pubblica, largamente insufficiente e carente.

Nel corso del dibattito sui decreti-legge che stabilivano inasprimenti fiscali, abbiamo assistito ai cedimenti del Governo in conseguenza degli accordi che è costretto a subire ad opera dell'estrema sinistra. Ancora oggi, sul ripianamento dei *deficit* degli ospedali, continua il patteggiamento con l'opposizione di estrema sinistra circa taluni aspetti del presente decreto e specificatamente per quanto attiene agli enti mutualistici di cui noi per primi auspichiamo la soppressione. Tuttavia un paese non può andare avanti così, non può continuare ad essere guidato dalla politica dei compromessi, degli accordi, dei cedimenti, e delle scelte mancate o rinviate nel tempo.

È esemplare a questo riguardo il problema del ripianamento dei *deficit* degli ospedali, che avrebbe dovuto fornire al Governo l'occasione per un intervento deciso, chiaro e costruttivo in tutto il settore dell'assistenza, sì da avviare finalmente quella riforma sanitaria di cui fin troppo si dibatte da 15 anni e che fin

troppe volte è stata promessa dai partiti di centro-sinistra, ma mai portata all'esame del Parlamento. Adesso prendiamo atto dell'assicurazione del ministro e prendiamo atto dell'approvazione da parte del Consiglio dei ministri del relativo disegno di legge: speriamo che questa riforma giunga presto in aula. Noi ne condividiamo le linee generali, ne condividiamo le finalità e le nuove strutture proposte. Saremo lieti di contribuire a che la riforma venga approvata, modificando l'attuale situazione che riteniamo superata e dispendiosa.

Ecco perché noi diciamo « no » a questo decreto-legge: « no » perché esso è contraddittorio e disorganico, perché non modificherebbe il volto degli ospedali e dell'assistenza sanitaria, perché appesantisce il controllo politico sulla gestione assistenziale, perché intende colpire la classe medica e punirla, perché discrimina tra i cittadini e tra le classi sociali, perché, in definitiva, allontana ancora una volta le prospettive di una riforma. (*Applausi dei deputati del gruppo liberale — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Sospendo la seduta fino alle 15,30.

La seduta, sospesa alle 13,15, è ripresa alle 15,30.

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge dai deputati:

BARBI ed altri: « Norme per la determinazione dei tassi di interesse per i finanziamenti agevolati e del tasso di mora per i mutui fondiari » (3195);

RUSSO QUIRINO ed altri: « Estensione della facoltà concessa al ministro di grazia e giustizia dall'articolo 127 del regio decreto 30 gennaio 1941, n. 12, e successive modificazioni, in ordine al conferimento di posti di uditore giudiziario » (3196);

VINEIS ed altri: « Integrazioni alla legge 2 maggio 1947, n. 195, sul contributo dello Stato al finanziamento dei partiti politici » (3197);

RAICICH ed altri: « Abrogazione della legge 3 luglio 1929, n. 1152, concernente l'alloggio gratuito per i maestri nelle zone di confine » (3198);

RAICICH ed altri: « Abolizione degli esami di riparazione; istituzione dei corsi di sostegno nelle scuole elementari, secondarie ed artistiche; e nuove norme per la determinazione del calendario scolastico » (3199).

Saranno stampate e distribuite.

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Nicolazzi. Ne ha facoltà.

NICOLAZZI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la grave situazione nella quale è venuto a trovarsi il settore dell'assistenza ospedaliera, vicina ormai al limite di rottura, e la conseguente necessità di porvi in qualche modo rimedio, hanno nuovamente evidenziato, ponendolo all'attenzione del paese e delle forze politiche e sociali con carattere d'urgenza, il disastro del nostro sistema sanitario, sul quale, per anni, abbiamo condotto un dibattito politico e culturale, cercando di vagliare le possibili soluzioni del problema. È questo l'aspetto più importante dell'emanazione, da parte del Governo, di un provvedimento avente valore di legge diretto a superare la crisi ospedaliera collegata all'insolvenza cronica degli enti mutualistici, enti la cui disfunzione, in termini di sperequazione sociale ed economica, è alla base della crisi e dell'insufficienza del nostro sistema sanitario.

Dobbiamo tener conto che la profonda trasformazione sociale del paese, il massiccio spostamento della popolazione, la polarizzazione dell'industria, hanno posto in crisi le strutture della vecchia società, mentre non siamo stati capaci di dare una risposta soddisfacente alla domanda crescente di servizi sociali e sanitari.

Sarebbe fuor di luogo negare che l'intervento pubblico in tale settore è stato frammentario e carente, in quanto volto a tamponare tensioni sociali a supporto di un tipo di sviluppo di impronta consumistica, con scarsi investimenti in materia politica e sociale, con uno sfasamento tra domanda e offerta sempre più crescente, che ha aggravato i problemi quantitativi e qualitativi della struttura sanitaria. Non è stato realizzato, in altri termini, un processo di programmazione tradotto in realtà operante di carattere socio-economico, con un effettivo piano di sviluppo dei servizi sanitari di base e ospedalieri e dei servizi assistenziali, in relazione agli obiettivi economici da conseguire a medio e a lungo termine.

In mancanza di una programmazione e in presenza di un sistema mutualistico che pur ha avuto delle benemerite, ma che oggi funziona da moltiplicatore delle spese, si è assistito ad una continua espansione della spesa sanitaria, con un settore ospedaliero fortemente sfasato, con un numero di posti letto, in talune regioni, eccedenti il fabbisogno — come nel nord — ed in altre fortemente deficitario. Abbiamo elevati indici di ospedalizzazione, una elevata durata media della degenza per la carenza di servizi preventivi e diagnostico-curativi negli ospedali. Una siffatta situazione esige una riforma sanitaria generale, che sola può dare soluzioni valide per tutto il settore sanitario, compreso quello ospedaliero, in termini di efficienza, di razionalità e di democraticità dei servizi erogati.

Nel quadro delle esigenze di riforma del sistema sanitario, per il quale la maggioranza ha già approvato in sede di Governo il relativo disegno di legge, deve essere esaminato il decreto-legge oggi al nostro esame. È proprio per il collegamento che il decreto-legge ha con il disegno generale di riforma sanitaria, certo nei suoi contenuti per quanto riguarda il settore ospedaliero, che la mia parte politica è favorevole alla conversione in legge del decreto stesso.

La conversione in legge di questo decreto è imposta non solo dal dovere di approvare un urgente provvedimento di natura finanziaria per la vita dei nostri ospedali, ma di compiere un atto responsabilmente politico, inteso a riempire un vuoto legislativo, che diversamente rimarrebbe tale sino all'approvazione della riforma sanitaria. Alcune misure comprese nel provvedimento in esame costituiscono anzi un impegno per tutto il Parlamento a pervenire ad un sollecito esame dei problemi sanitari, poiché vengono posti termini difficilmente dilazionabili per il varo della riforma stessa. Alcune scelte di fondo, contenute nelle misure in esame, impediscono da un lato l'approvazione di un provvedimento fiscale a sé stante, atto a ripianare una situazione debitoria senza la garanzia che essa non si ripeta a breve termine; dall'altro lato creano le premesse operanti per l'avvio dell'attuazione del nuovo sistema sanitario nazionale. Vengono così soddisfatte le richieste dei lavoratori e di tutti i cittadini chiamati a sopportare nuovi oneri, che sono disposti ad accettare solo a condizione che al sacrificio segua la certezza di un miglioramento delle proprie condizioni sociali.

Anche i colleghi che dall'una e dall'altra parte hanno cercato di respingere questo

provvedimento cercando di dimostrarne l'incostituzionalità, non possono non ritenere giustificato un decreto che contiene le premesse di una profonda trasformazione del sistema. Il decreto-legge, infatti, oltre a provvedere al ripiano delle situazioni finanziarie disastrose degli ospedali, quantificabili in oltre 3 mila miliardi di debiti, prevede il passaggio alle regioni, con decorrenza a brevissimo termine, di tutte le competenze relative al settore ospedaliero, attualmente gestito dalle mutue in modi discriminatori ed insufficienti quanto alle prestazioni sanitarie erogate.

È prevista inoltre una gestione commissariale delle mutue e il passaggio definitivo delle competenze globali per il settore sanitario all'istituendo servizio sanitario entro termini di tempo certi, fissati nel decreto-legge. Viene inoltre unificata a livello di ente regione, attuando così i dettami della Costituzione, l'erogazione dell'assistenza ospedaliera per tutti i cittadini, compresi i non abbienti che oggi sono a carico dei comuni, e viene abbattuto il limite temporale di assistenza ospedaliera, oggi diverso a seconda delle categorie di lavoratori e di assicurati.

Nella logica di tali profonde innovazioni per il settore ospedaliero, con questo decreto-legge si istituisce un Fondo sanitario nazionale per l'assistenza ospedaliera, diretto ad assicurare una liquidità corrente agli ospedali che consentirà un risparmio di circa 300 miliardi che vengono pagati agli istituti bancari a titolo di interessi e per la maggiorazione dei prezzi su forniture non pagate immediatamente, con l'abolizione della retta, che si è dimostrata non valida ai fini della determinazione del controllo della spesa ospedaliera.

Il provvedimento urgente per il ripianamento dei debiti ospedalieri ha chiesto sacrifici alla collettività, in ragione della persistente e pesante situazione economica; si è dovuto far ricorso all'aumento dei contributi assicurativi a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori, dipendenti ed autonomi, e si è dovuto chiedere ai medici una limitazione nelle loro partecipazioni ai proventi per l'attività libero-professionale ospedaliera.

A proposito di questa ultima categoria di operatori sanitari, debbo dire, al di là di ogni polemica, di apprezzare il costante impegno e la dedizione con cui essa si prodiga per la tutela della salute della collettività nazionale. Non si deve assolutamente confondere la categoria benemerita dei medici con un ristretto numero di privilegiati, dalla cui opera, per altro, la classe medica, intesa nella

sua generalità, non ha tratto certo benefici e vantaggi. È impegno della mia parte politica far ricorso anche alla collaborazione dei medici per portare avanti, nel prossimo autunno, il discorso della riforma sanitaria, sulla base del disegno di legge presentato dalla maggioranza.

Tra i rimedi a medio termine, nel quadro degli obiettivi della riforma sanitaria, abbiamo un altro strumento che bisogna rendere operante; mi riferisco alla programmazione ospedaliera nell'ambito di quella sanitaria, al fine di prevedere lo sviluppo di una rete ospedaliera, rapportata ad obiettivi prefissati di degenza media e a tassi di ospedalizzazione media, nonché ad una più efficace azione di prevenzione.

Debbo ricordare a tale proposito che è davanti alla Camera la proposta di legge n. 1855, presentata dal mio gruppo il 13 marzo 1973, a firma dell'onorevole Cariglia e di altri deputati socialdemocratici, e che prevede un piano quinquennale per la costruzione di nuovi ospedali.

Le più importanti innovazioni istituzionali, relative al trasferimento alle regioni delle competenze in materia di gestione della assistenza ospedaliera, hanno bisogno, per non essere ridotte e, al limite, vanificate nel loro profondo significato politico, di un necessario adeguamento del supporto strutturale necessario per renderle reali ed operanti.

Deve essere nostra costante preoccupazione politica stabilire questo costante rapporto fra riforma istituzionale e riforma strutturale nel settore ospedaliero; ma ciò è possibile ottenere solo con una programmazione organica che assicuri al paese ospedali sufficienti e con strutture moderne. Per restare al settore ospedaliero, non potremo più a lungo evitare di dedicare la dovuta responsabile attenzione politica e di tradurla in termini operativi - in accordo con gli obiettivi generali di riforme - agli ospedali psichiatrici, la cui situazione diventa ogni giorno più difficile ed assurda.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, il mio gruppo dà atto al Governo e all'onorevole ministro della sanità per l'impegno profuso, per le responsabilità assunte e per il coraggio dimostrato di fronte ad ostacoli che possono aver comportato qualche sacrificio politico: e dà atto altresì all'opposizione per il contributo recato e per l'atteggiamento costruttivo dimostrato in Commissione, anche se sorprendono le pregiudiziali di incostituzionalità sollevate stamane.

Certe convergenze, anche se con diverse finalità, sono sempre negative, e non depongono a favore di chi, pretendendo in ogni occasione di apparire paladino di riforme, viene meno al momento in cui si concretizza la volontà politica di realizzarle. Vorrei però anche qui, come già in Commissione, sottolineare che le scelte operate non sono frutto di compromesso, né, tanto meno, accettazione di condizioni imposte al fine di arrivare comunque all'approvazione del provvedimento. Vero è che la maggioranza ha accolto suggerimenti e recepito — con sensibilità politica — apporti migliorativi ma, in accordo con il Governo, ne ha tratto occasione per sottoporre all'approvazione del Parlamento, con proprio e profondo convincimento, proposte e scelte qualificanti, oltre a costituire la base di una democratica e giusta riforma sanitaria.

Onorevoli colleghi, concludo esprimendo il voto favorevole del mio gruppo per la conversione in legge del provvedimento urgente per gli ospedali oggi al nostro esame. Nell'assumere questo atteggiamento, con senso di lealtà e di responsabilità, abbiamo inteso eludere ogni proposta demagogica, ogni tentazione di voler appagare richieste solo corporative; abbiamo inteso sfuggire alla tentazione di favorire aspirazioni di gruppi che sono chiamati anch'essi a recare il loro contributo alla riforma, o di altri gruppi che intendevano trarre vantaggio dall'occasione.

Abbiamo recato il nostro contributo, sicuri di servire la collettività, soffocando ogni tentazione di tipo clientelare. (*Applausi dei deputati del gruppo del PSDI*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Morini. Ne ha facoltà.

MORINI. Signor Presidente, signor ministro, onorevoli colleghi, mi preme innanzitutto richiamare l'utilità, la proficuità, la serena costruttività del dibattito svoltosi in numerose sedute presso la Commissione sanità in sede referente, per la conversione in legge del presente decreto-legge.

Il dibattito in Commissione ha confermato, senza ombra di dubbio, la necessità e l'indispensabilità di questo decreto-legge n. 264. Mi piace ricordare al riguardo l'intervento di stamane dell'onorevole Felisetti, il quale ha paragonato i gruppi politici, che hanno sollevato l'eccezione di incostituzionalità all'inizio della seduta, agli artiglieri che aprono un fuoco diversivo per nascondere un attacco condotto su altra parte del fronte. In effetti, l'attacco non era rivolto contro questo decreto-

legge e le sue scelte qualificanti, ma era in generale diretto contro la politica del Governo e contro il centro-sinistra.

I risultati del proficuo dibattito in Commissione costituiscono la migliore delle risposte alla frontale contrapposizione delle opposizioni che, inizialmente, è stata operata nei confronti dei decreti in generale e, in particolare, di quello in esame. Se questa contrapposizione frontale era legittima, nel quadro di una opposizione politica globale, non era giustificata e legittima nel merito di questo decreto-legge perché tendeva a ricercare nel decreto-legge recondite intenzioni controriformatrici, che invece non vi sono perché esso contiene, senza ombra di dubbio, un avvio deciso per la riforma sanitaria. Questo risultato va anche ricordato all'onorevole De Lorenzo il quale, in aula, assume ora un atteggiamento da barricata, ben diversamente da come si è comportato in Commissione, ove con maggiore profitto ha collaborato all'iter del provvedimento. Il lavoro presso le Commissioni ha migliorato la formulazione del decreto-legge, nel quadro di un rapporto dialettico tra Parlamento e Governo e, nell'ambito del Parlamento stesso, tra le forze di maggioranza nel loro interno, e tra maggioranza ed opposizione, segnatamente quella comunista.

Il decreto-legge non è stato snaturato; al riguardo va citata come significativa la resistenza che l'intera Commissione (attraverso tutti i gruppi politici che la compongono) ha opposto nei confronti delle legittime intenzioni di comprimere all'essenziale l'articolato del decreto-legge. È a tutti nota la preoccupazione dei capigruppo in ordine alla complessità dell'articolato dei decreti-legge, complessità particolarmente rilevante nel caso in esame. Pertanto, anche in ossequio alle esigenze dell'Assemblea e di tutti i gruppi, essi tendevano a comprimere la mole dell'articolato per ridurla al minimo necessario.

Tutti i componenti della Commissione hanno resistito a questa tentazione, a questa spinta, perché dal dibattito, in modo particolare da quello che si è svolto concretamente sugli articoli, si rivelava la positività globale del provvedimento al nostro esame. Sono stati soppressi alcuni articoli non essenziali, che più opportunamente potranno essere ripresi in un disegno di legge apposito o potranno essere addirittura compresi nel disegno di legge per la riforma sanitaria, se, come speriamo, esso avrà un corso sollecito e rapido.

È stato soppresso, infatti, l'articolo 11, che conteneva una delega di carattere organizzativo, legislativo ed amministrativo alle regio-

ni, in quanto è ben noto che l'amministrazione degli enti ospedalieri oggi è regolata in base alle norme sulla contabilità sulle opere pie, che risalgono a 80 anni fa, dato che nel marzo 1970 il Governo, in crisi, lasciò scade-re la delega ad esso concessa - in base alla legge n. 132 - in materia di amministrazione degli enti ospedalieri. È stato soppresso inoltre l'articolo 20, con il quale venivano dettate norme per il coordinamento tra mutualità ancora in vita per alcuni settori e la nuova organizzazione ospedaliera regionale, anche se lo stesso è stato lasciato cadere con rammarico e soltanto in ossequio all'autorità dei capigruppo, che così avevano convenuto. Noi auspichiamo, però, che il Comitato dei nove e la Commissione possano ridare vita a questo articolo 20, che è opportuno e necessario. È stato poi soppresso l'articolo 21, che concerneva un aspetto particolare della città di Trieste; gli articoli 23 e 24 sono stati unificati, per cui la soppressione in questo caso è puramente formale.

Ad onor del vero, potevano essere soppressi altri articoli, cioè tutti quelli che non erano essenziali alle tre fasi contenute nel decreto-legge. È ben noto, infatti, che il decreto-legge contiene tre fasi: la prima si riferisce al finanziamento del *deficit* ospedaliero, trovando sistemazione negli articoli 1, 2, 3, 4 e 5; la seconda intende disciplinare il passaggio alle regioni del settore ospedaliero, in forza delle norme recate dagli articoli 12, 14, 15, 16 e 19; la terza, opportunamente introdotta dalla Commissione, è quella che riguarda il cosiddetto commissariamento e lo scioglimento delle mutue, cioè l'articolo 12-bis.

Tutte le norme di blocco, contenute negli articoli 6, 7, 8, 9, 10 e 11, potevano essere ritenute non essenziali e fare opportunamente parte di un disegno di legge da approvarsi successivamente. Si sarebbe trattato, però, senza ombra di dubbio, di un passo indietro sul piano politico, che la democrazia cristiana non ha voluto compiere, d'accordo con gli altri partiti della maggioranza. Noi desideriamo ricordare alla Camera che un ministro democristiano, alla guida del dicastero della sanità, operando con saggezza e tenacia riformatrice, ha saputo raccogliere un grande successo politico presentando il disegno di legge per la riforma sanitaria. Questa sua opera si è svolta in un clima fra qualche irrisione - perché in passato si era eccessivamente elaborato in questo campo, e mai si era deciso -, e tra l'incredulità generale, perché in passato troppe volte si erano fatte promesse di ri-

forma senza far seguire, poi, a tali promesse concrete iniziative. Ora, il ministro Vittorino Colombo ha onorato questo impegno, che è un impegno della maggioranza, della democrazia cristiana e del centro-sinistra, portando alla approvazione del Consiglio dei ministri il disegno di legge di riforma sanitaria. Unitamente all'impegno del ministro Vittorino Colombo vi è poi quello della democrazia cristiana perché questo disegno di legge sia rapidamente presentato al Parlamento, e ciò al fine di consentire una sua rapida approvazione, cui far seguire una gestione della riforma sanitaria che sia conforme alle tradizioni di un partito politico popolare e democratico come il nostro.

Lo stesso ministro Vittorino Colombo ha presentato questo decreto-legge, che noi giudichiamo positivo, perché avvia la riforma sanitaria senza possibilità alcuna di tornare indietro. Nel resistere all'esigenza di comprimere l'articolato, non vi era nella Commissione soltanto un problema di solidarietà politica o di stima nei confronti della persona del ministro, ma vi era, soprattutto da parte della democrazia cristiana, la volontà di dare una risposta politica, indirizzata in modo particolare a coloro che dipingono questo nostro partito come il partito dei ceti parassitari. Il nostro partito è stato e vuole continuare ad essere un partito che allea classi popolari e ceti medi, un partito d'incontro tra lavoratori e ceti medi. E noi abbiamo dimostrato con i fatti, con le scelte compiute in Commissione, che siamo in grado di sacrificare anche immediati interessi elettorali sull'altare di una coraggiosa politica riformatrice, che darà frutti nei tempi lunghi e che per ora risponda alla nostra natura di partito popolare, democratico e antifascista. Vorrei dedicare ora un momento di attenzione ai blocchi che il Governo ha stabilito mediante il decreto-legge e che abbiamo mantenuto in Commissione. Si tratta di blocchi chiaramente non popolari o che non arrecano vantaggi elettorali. Quando si bloccano le assunzioni ospedaliere, tenendo presente la realtà di certe zone del paese dove l'ospedale è l'unica fonte di lavoro, soprattutto in questi momenti, non si vara un provvedimento popolare. Egualmente non è un provvedimento popolare bloccare le assunzioni nelle mutue, soprattutto se si considera il fatto che le mutue nella loro globalità hanno visto scemare il numero dei dipendenti in questi anni in quanto non sono stati colmati i vuoti della 336 e del pensionamento ordinario, mentre i sindacati settoriali insistono per alleviare il

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

peso dei dipendenti rimasti in servizio in questo settore che, se pur destinato a morire nell'ambito della nascita del servizio sanitario nazionale, è pur chiaro che oggi deve continuare a gestire e ad amministrare l'assistenza sanitaria nel paese. Egualmente il blocco nei confronti del personale medico ospedaliero — argomento del quale parlerò più diffusamente in sede di illustrazione degli emendamenti apportati in Commissione — non è un provvedimento che porti voti, che porti consensi in senso stretto. Così il blocco dei servizi ospedalieri è un provvedimento delicato perché spesso non è facile distinguere quando la richiesta di un nuovo servizio ospedaliero risponde ad esigenze clientelari o ad esigenze di favorire quel tal medico o quella tale struttura universitaria, o invece risponde ad obiettive esigenze delle comunità locali servite dagli ospedali.

Desidero ora soffermarmi in modo particolare sul blocco che si è apportato alle convenzioni in vigore tra le mutue ed i medici e mutualisti in genere. Sia ben chiaro che da parte della democrazia cristiana non vi era e non v'è alcun intento punitivo nei confronti della classe medica mutualista. Non voglio richiamarmi alle mie giovanili letture salgariane per ricordare a quale casta dell'India si possono paragonare i medici italiani. Dimentico le letture salgariane e voglio soltanto dire che è un fatto pacifico, giudicato in modo obiettivo, che c'è nel paese un incremento della spesa sanitaria che non è in relazione proporzionale all'incremento del reddito globale. Quindi la crescita della spesa sanitaria, che, tra l'altro ammonta ad una cifra giudicata più che sufficiente nel suo complesso, deve essere arrestata, anche perché cresce a forbice nei confronti della crescita del reddito globale del paese.

BERLINGUER GIOVANNI. Il punto centrale è che la spesa sanitaria cresce, ma il livello di salute cade. Qui è il punto nodale.

MORINI. Ed è appunto per questo che realizzeremo la riforma sanitaria.

D'AQUINO. Per far crescere anche la spesa.

MORINI. Ora la reazione dei medici di fronte al decreto-legge in esame, a mio parere, è stata eccessiva e sproporzionata. Al riguardo vorrei richiamare l'attenzione dell'onorevole De Lorenzo — che nella sua posizione di presidente dell'ordine dei medici dovrebbe preoccuparsi di questo aspetto — sul fatto che esiste nel paese obiettivamente una larga insodisfa-

zione per come oggi è in genere gestita la professione sanitaria da parte dei medici.

DE LORENZO. Non è colpa della professione sanitaria, è anche colpa del sistema.

MORINI. Non è tutta colpa del sistema, c'è infatti anche un problema di metodo di gestire la professione sanitaria. Non credo che sia fuori di luogo citare il fatto che nel paese esiste una satira giornalistica, cinematografica nei confronti della categoria dei medici, che ha sostituito come oggetto di satira la categoria degli avvocati che in passato ne era esclusivamente oggetto. Infatti in passato — questa è cosa nota — si raccontava che in una disputa di confine fra Paradiso ed Inferno, Lucifero si presentò contornato da numerosi rappresentanti della classe forense mentre invece San Pietro dovette ricorrere al gratuito patrocinio non trovando un avvocato in Paradiso. Ora non è fuori luogo il rilevare come nel paese esista questa larga insodisfazione.

Mediante il decreto-legge è stato sancito un altro blocco: quello della spesa farmaceutica. Al riguardo, mi consenta, signor Presidente, di ricordare mio padre, alla cui memoria dedico questo mio primo intervento in Aula. (*Applausi del rappresentante del Governo*). Mio padre era un medico condotto, un medico di un povero comune di montagna, non era un bramino; egli diceva a qualche contadino che gli chiedeva se una tal medicina gli avrebbe fatto bene, che senz'altro avrebbe fatto bene al farmacista, e poi forse anche al malato. Con il mutamento della situazione sociale, il consumo dei farmaci nel nostro paese ha senz'altro fatto bene all'industria farmaceutica, con particolare riguardo a quella minore, che vive in genere parassitariamente sulla riproduzione ripetitiva di specialità medicinali studiate da altri, e che viene colpita dal blocco della spesa farmaceutica. Indubbiamente, non è popolare dire di no a chi era abituato ad avere gratis certe specialità. Si tratta di blocchi significativi, che dimostrano la volontà di affrontare un sacrificio immediato in vista di un vantaggio futuro.

Per tornare all'esame del decreto-legge in discussione, e alle modifiche positive ad esso apportate dalla Commissione, desidero esporre il punto di vista del mio gruppo in proposito. Il primo aspetto del provvedimento consiste nel risanamento del *deficit* ospedaliero. E a tutti noto che si era giunti ad una situazione insostenibile: il *deficit* era tale che il sistema ospedaliero stava entrando in collasso, un collasso così grave che si rischiava che

nessuna medicina potesse essere sufficiente a risanarlo. Come poteva essere risolto questo problema? Politicamente, era impossibile passare attraverso un ulteriore finanziamento delle mutue, le quali avrebbero poi dovuto riversare i fondi agli ospedali. È un sistema seguito in passato due o tre volte, e vi era l'impegno di non ripeterlo più. D'altro canto, si era rivelato tecnicamente insufficiente e oggi era politicamente impraticabile. D'altro canto, non era possibile ricorrere alle regioni. Se dal punto di vista costituzionale il ricorso alle regioni sarebbe stato senz'altro legittimo, anzi necessario, dal punto di vista della soluzione immediata del problema, l'utilizzo della struttura regionale non era possibile, sia perché l'indebitamento nei confronti degli ospedali era da parte delle mutue, per cui si sarebbe dovuti assistere ad un consistente passaggio di carte tra mutue e regioni — con la relativa difficoltà, per le regioni, di mettere a disposizione degli ospedali in breve tempo i mezzi finanziari di cui abbiamo visto la necessità — sia perché dal paese si levava la richiesta che il sacrificio finanziario gravante sui cittadini vedesse contemporaneamente l'avvio di un meccanismo che impedisse il ripetersi del fenomeno dell'indebitamento degli ospedali.

Pertanto, il decreto-legge prevede un meccanismo che considero perfetto, anche se è stato perfezionato in Commissione, con un emendamento all'articolo 2. Consideriamo l'onere che esso comporta un male necessario, a carattere provvisorio, nel senso che, intanto, deve procedere la riforma sanitaria, che prevede la fiscalizzazione degli oneri, e che quindi dovrebbe consentire un più equo riparto degli oneri della spesa sanitaria, che ora grava sulla produzione e che invece dovrà gravare sulla globalità dei cittadini.

Un secondo aspetto del decreto-legge è quello concernente il passaggio della responsabilità dell'assistenza ospedaliera alle regioni. Si tratta di una riforma sostanziale, che avvia lo stralcio della riforma sanitaria. Speriamo che non sia uno stralcio come altri che sono stati effettuati in passato: noi lo consideriamo un avvio, perché il termine « stralcio » ha una cattiva stampa nella politica italiana, proprio perché le riforme-stralcio si sono sempre fermate. Consideriamo dunque più positivo il termine « avvio » perché sottintende una volontà politica di portare avanti la riforma sanitaria.

Il passaggio dell'assistenza ospedaliera alle regioni è una concreta riforma; si richiama indubbiamente anche all'esigenza del non ripetersi del fenomeno dell'indebitamento e

all'esigenza di inserire il sistema ospedaliero, con le sue attuali autonomie istituzionali e funzionali, in un assieme più ampio di spesa e di organizzazione sanitaria. In attesa che la riforma sancisca la perdita dell'autonomia istituzionale degli enti ospedalieri, si è abolita la retta o, meglio, si è abolito il sistema del finanziamento della spesa ospedaliera attraverso la retta. Ebbene, il sistema della retta, che aveva già dei limiti in passato, ultimamente si è deteriorato ed ha mostrato i suoi limiti complessivi: infatti, permetteva abusi, gestioni clientelari, ma soprattutto faceva sì che gli ospedali più attrezzati, più ricchi, più forti e più patrimonialmente dotati diventassero ancora più forti, ancora più organizzati mentre, al contrario, gli ospedali meno attrezzati, più poveri e meno patrimonialmente dotati diventavano sempre meno organizzati e meno forti. Al riguardo, il divario di livello qualitativo e quantitativo di organizzazione ospedaliera tra nord — o centro-nord — e sud del paese si spiega solamente con i limiti della retta ospedaliera e del sistema del finanziamento attraverso la retta ospedaliera. Invece, ora, con questa seconda finalità del decreto-legge, arriviamo ad un unico centro di spesa, che è la regione, e anche ad un unico controllo di spesa attraverso la regione. Indubbiamente, l'*optimum* sarà dato da quanto prevederà la riforma sanitaria, e cioè un unico centro di spesa sanitaria, e non soltanto un unico centro di spesa ospedaliera; ma è già un passo avanti che nell'ambito della regione si arrivi ad un unico centro di spesa ospedaliera. In questo modo, si faciliteranno le fusioni di quegli enti ospedalieri che oggi reagiscono alla fusione attraverso l'esaltazione della loro funzione, che si avvale, ovviamente, dell'autonomia di entrata garantita dalla retta ospedaliera. Si faciliterà senz'altro la nascita di ospedali a tempo parziale, che oggi è vietata, nella sostanza, dalla mancanza di previsione di una retta per questo tipo di assistenza a tempo parziale. Si faciliterà, attraverso questo unico centro di spesa regionale, la nascita di attività ospedaliere a tempo parziale o a tempo totale per subacuti, per lungodegenti, per riabilitandi. Finora, infatti, si assisteva all'assurdo che la mutualità, che non poteva, per legge istituzionale, pagare alcunché per i malati subacuti, per i convalescenti, per i lungodegenti, finiva per pagare, con la retta degli acuti, anche per i degenti non acuti, che non trovavano altra forma di assistenza al di fuori e all'interno dell'attuale sistema ospedaliero.

Con questo provvedimento, esprimiamo un atto di fiducia nei confronti delle regioni:

speriamo che esse non ripetano in diciottesimo il centralismo dello Stato unitario, ma che attuino un chiaro decentramento, a livello comprensoriale e a livello periferico. Con questo atto, indubbiamente diamo oneri alle regioni, ma diamo loro anche l'onore e il potere di garantire una più corretta vita del sistema ospedaliero.

Poi, c'è la terza fase del decreto-legge, che è opportunamente venuta alla luce dal dibattito in Commissione: si tratta dell'articolo 12-bis, che prevede il « commissariamento » delle mutue a livello centrale. Abbiamo già dichiarato, in Commissione, che da parte del gruppo della democrazia cristiana non c'era alcun limite politico a compenetrare il decreto-legge con la riforma. Gli unici limiti a compenetrare decreto-legge e riforma erano di carattere tecnico (ovviamente, non si poteva fare la riforma sanitaria per decreto-legge), ma non esistevano limiti politici. E nell'ambito di questa dichiarazione che non esistevano limiti politici a compenetrare il decreto-legge con la riforma, si spiega la necessità, l'opportunità e la positività dell'articolo 12-bis.

Abbiamo fiducia nel meccanismo che abbiamo posto in essere che, avviando la riforma ad un punto di non ritorno, ci costringerà ad essere coerenti con tutto quanto abbiamo dichiarato.

Ora, signor Presidente, desidero illustrare brevemente alcuni degli emendamenti più significativi apportati da noi in Commissione. Abbiamo inserito anche i comuni nella possibilità di attingere all'operazione finanziaria, perché, se è vero che esiste questo grave indebitamento delle mutue nei confronti degli enti ospedalieri, esiste anche un altrettanto grave indebitamento degli enti locali, e dei comuni in genere, nei confronti degli enti ospedalieri. È un indebitamento prevalentemente di cassa; ma nel quadro delle ben note difficoltà della finanza locale, esso si risolve nel fatto che, se le mutue non pagano per competenza ed i comuni non pagano per cassa, in sostanza finiscono entrambi per non pagare e quindi per mettere in difficoltà la vita degli ospedali. È stato un atto politicamente significativo; può darsi che il meccanismo non sia sufficiente alla bisogna, comunque il fatto stesso che esso sia stato avviato permetterà di perfezionarlo con provvedimenti successivi.

Al terzo comma dell'articolo 1 è stata apportata una aggiunta da cui emerge chiaramente l'importanza del meccanismo di finanziamento del *deficit* che con il 31 dicembre 1974 chiude una fase, per avviarne una nuova dal

1° gennaio 1975. Quindi, tutto quanto attiene all'indebitamento passato sarà regolato con l'operazione finanziaria che il Tesoro attuerà con il pagamento non soltanto delle rette, ma anche degli eventuali oneri per interessi passivi che continueranno, purtroppo, a gravare anche nel 1975 sugli enti ospedalieri, dal momento che sarà difficile porre a disposizione degli ospedali 2.700 miliardi entro il 31 marzo 1975.

Un altro aspetto importante attiene ad un modesto alleggerimento del prelievo nel settore della produzione, perché si è avuta una mano meno pesante nei confronti delle imprese autonome che, in genere, sono di piccole dimensioni.

Esiste, inoltre, una nuova stesura dell'articolo 6, grazie ad un emendamento sostitutivo presentato dal gruppo comunista — corretto dal punto di vista costituzionale — che permette un blocco delle assunzioni ospedaliere e dell'aumento dei servizi ospedalieri. Si tratta, però, di un blocco ragionato che non diventa così rigido, così draconiano al punto tale da rendere, in ipotesi, necessario derogarlo in futuro con artifici da legulei, per i quali siamo particolarmente bravi in Italia.

Si impone quindi il problema di un ripensamento sul quarto e quinto comma, che riguardavano i medici ospedalieri; con essi, tenendo presente una opportuna ed equa contrattazione che si è svolta l'anno scorso tra le più rappresentative organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri e la FIARO, si fa salva tutta l'articolazione delicata del meccanismo dei servizi convenzionati e dell'attività libero-professionale dei medici ospedalieri, ma si impone anche a loro un sacrificio, perché anche loro debbono concorrere nel finanziamento dell'operazione attraverso un sacrificio delle loro entrate. È un sacrificio sostanzialmente giusto e perequato a quelli che vengono imposti alle altre categorie, toccando i tetti massimi delle entrate derivanti dalla libera professione esercitata dai medici ospedalieri privilegiati, che hanno goduto in passato di trattamenti sperequati nei confronti di altri medici sempre ospedalieri.

Esiste, inoltre, una deroga al blocco di alcune alienazioni patrimoniali che, fra l'altro, pone in difficoltà anche le operazioni che si sono svolte molto opportunamente in alcune zone del centro-nord, dove gli ospedali si sono finalmente liberati di tanta terra che avevano per darla in proprietà a chi aveva il diritto di averla, e cioè ai coltivatori e agli affittuari che da anni vivevano su di essa e

l'avevano, in genere, fecondata con il loro lavoro.

Un'altra deroga al blocco riguarda le mutue ad ordinamento provinciale, che correvano il rischio, con un blocco rigoroso, di non poter più svolgere alcuna funzione, e della cui correttezza amministrativa occorre però parlare perché, al di là di tanta pubblicistica negativa nei confronti dell'amministrazione della mutualità autonoma, va detto che — tranne qualche errore del tutto ammissibile e giustificabile — queste mutue hanno avuto una amministrazione sostanzialmente corretta.

Ora vorrei accennare rapidamente agli altri emendamenti, in quanto essi saranno illustrati in sede di esame; quindi, ritengo sufficientemente spiegati i principali motivi ispiratori dei miglioramenti apportati in Commissione.

Ritengo significativo l'emendamento aggiuntivo all'articolo 16, nel quale si prevede una verifica annuale dell'andamento della gestione ospedaliera e l'esame dei suoi livelli qualitativi e quantitativi. L'attuale sistema era, sì, svantaggiato dalla mancanza di un limite di spesa e quindi dalla possibilità di un indebitamento senza limiti e senza controlli; ma indubbiamente permetteva di assecondare ogni richiesta che poteva venire dal paese. Il sistema che ci accingiamo ad instaurare — sistema che sarà generalizzato per tutta la spesa sanitaria con la riforma sanitaria — è un sistema finanziario a regime, cioè a cifra fissa, e pertanto va continuamente verificato, per evitare che poi, mentre le spese fisse — quelle per il personale — saranno onorate, quelle relative all'esercizio vero e proprio possano averne un nocimento. Di qui, dunque, la necessità della verifica annuale dei livelli qualitativi e quantitativi della gestione. È evidente che, ove da questa verifica dovesse riscontrarsi l'insufficienza del Fondo, con apposito provvedimento di legge — in via eccezionale, con provvedimento amministrativo — si provvederà alla revisione di tutte le fonti di entrata e non soltanto della fonte di entrata che darà lo Stato come contributo integrativo.

Signor Presidente, signor ministro, questo lavoro che il nostro partito ha compiuto (insieme agli altri partiti della maggioranza ed in corretta e puntuale contrapposizione e collaborazione con le forze di opposizione) ci consente di affermare che il nostro partito — che è stato dipinto come quello che non vuole la riforma sanitaria o che la teme; che teme la scomparsa del regime mutualistico come suo centro di potere « imperia-

le » (abbiamo sentito pronunciare questa mattina anche questo termine, che a me sembra francamente eccessivo) — il nostro partito, dicevo, ha risposto con i fatti, presentando la riforma sanitaria.

VENTUROLI. A chi ?

MORINI. Al Parlamento.

VENTUROLI. Quando ?

MORINI. È problema di pochi giorni. (*Commenti all'estrema sinistra*).

Tra l'altro, proprio con questo decreto-legge è stata avviata la riforma sanitaria. E questo attiene alla nostra concezione di partito solidaristico, che rispetta la personalità dell'individuo, che non ricerca soluzioni collettivizzanti; risponde alla volontà riformatrice di questo nostro grande partito, che è stato protagonista della rinata libertà del nostro paese, della rinascita del nostro paese, della costruzione dello Stato democratico, protagonista infine del consolidamento della democrazia in questa Italia che cambia rapidamente e nella quale vogliamo arrivare ad una nuova società più giusta, che vogliamo creare, e che ci vedrà ancora una volta protagonisti. (*Applausi al centro e a sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole D'Aquino. Ne ha facoltà.

D'AQUINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il gruppo del Movimento sociale italiano-destra nazionale si è battuto in Commissione sanità e in Commissione affari costituzionali per far riconoscere l'incostituzionalità del decreto-legge. L'incostituzionalità si evince dalla volontà, senza giustificati motivi di urgenza, di inserire nel decreto-legge alcune proposizioni innovative, cosiddette riformatrici, del sistema sanitario italiano. Spiegherò poi perché parlo di proposizioni cosiddette riformatrici.

Anche l'onorevole Delfino, questa mattina, nell'illustrare la nostra pregiudiziale, ha ribadito che noi eravamo d'accordo, come siamo d'accordo, su quella parte del decreto relativa al ripiano dei debiti delle mutue, ma non riconosciamo validi i motivi, né possiamo giustificare la fretta invero eccessiva di inserire delle formulazioni riformatrici in un decreto-legge. Non può esservi argomentazione giuridica e tecnica che possa negare la validità della nostra eccezione. Ma tant'è.

A colpi di maggioranza si va avanti ed a colpi di maggioranza avremo un altro aborto che non risolverà nulla e distruggerà il poco di buono che esiste.

La mia parte politica ha pure — anche di fretta — cercato di modificare il testo di questo decreto-legge, che ha subito varie vicissitudini. Tre o quattro giorni fa, infatti, in seno alla stessa maggioranza, si era giunti alla determinazione di risolvere il problema del ripianamento del *deficit* delle mutue e di rimandare a dopo il resto.

La riforma sanitaria (che è ancora un oggetto misterioso) è stata discussa ed approvata dal Consiglio dei ministri, ma non è stata ancora presentata al Parlamento (per ragioni di tempo, si dice). Da molto tempo, onorevoli colleghi della maggioranza, parlate di questa riforma sanitaria (io sono in questa Camera da due legislature, e da tanti lunghi anni ne sento parlare), ma finora avete approntato soltanto un decreto raffazzonato: in realtà, se anche sono state apportate alcune modifiche, queste non toccano cose fondamentali. Quello che si deve ammettere comunque è che prevale in tutta la sua pesantezza un preconconcetto principio che vuole offendere la suscettibilità della categoria medica e che coordina gli sforzi di tutti i settori di maggioranza per raggiungere il solo scopo che ci si è prefissi, quello di combattere spietatamente i medici italiani.

Stamattina un oratore, che parlava come se fosse stato mandato dal cielo, si attribuiva tutti i meriti, ed anche quello di aver stimolato perfino lei, signor ministro della sanità, appartenente alla democrazia cristiana, a portare innanzi un discorso riformatore, che, a suo dire, vedrebbe impegnato esclusivamente il partito socialista.

Onorevole ministro, con lei ho colloquiato amabilmente in Commissione, e nelle contrapposte opinioni delle nostre rispettive parti politiche abbiamo raggiunto più volte determinate concordanze su taluni emendamenti. Non voglio attribuire tutti i meriti al Movimento sociale italiano-destra nazionale, ma bisogna dire che noi, per primi, avevamo presentato all'attenzione della Commissione diverse proposte di modifica che furono poi concordemente discusse ed accettate apportandosi così all'articolato modifiche sostanziali. Con lei, signor ministro, si può discutere, ma non mi sento, non voglio anzi discutere con il suo collega ministro del lavoro il quale, tra l'altro, ha creduto di onorarci della sua presenza un solo giorno e per qualche minuto in Commissione, e poi non si è

fatto più vedere. Forse era conscio della presenza di vari rappresentanti di quella che egli, nel suo odio verso la classe medica, ha definito « casta bramini ». E questo quando egli è il vessillifero di tutti gli scioperi: pur sedendo al Governo, il ministro socialista Bertoldi non si adopera per scongiurare gli scioperi delle varie categorie, ma va anzi ad insufflare odio, per stimolare alla lotta le categorie mettendo guerra in tutte le situazioni aziendali, pubbliche o private che siano, per schierarsi sempre demagogicamente contro i datori di lavoro.

Vede, signor ministro, nell'ambiente parlamentare — lo abbiamo constatato con vera angustia e forse anche angosciata amarezza — si è diffusa una certa abitudine, quasi per moda o per odio, a parlare contro i medici. Di conseguenza, si è detto che i medici hanno scioperato perché sono stati colpiti nei loro interessi economici. Signor ministro, è necessario ricordare che tutte le categorie, in base ai principi sanciti dalla Costituzione, che statuisce essere l'Italia una Repubblica fondata sul lavoro, hanno il diritto di tutelare il proprio lavoro? Non mi si venga a dire che c'è il tale scienziato o il tale chirurgo bravissimo, che accumula centinaia di milioni l'anno, perché accanto a queste persone vi sono molti altri medici — e dovrete guardarvi attorno, perché la categoria è colpita nella sua globalità — che non riescono a prendere nemmeno un giorno di riposo, il sabato o nelle giornate in cui gli altri lavoratori fanno il « ponte ». Questi medici lavorano dalla mattina alla sera per racimolare quanto è indispensabile a vivere con la loro famiglia. Si dice che un medico della mutua guadagna un milione, un milione e mezzo al mese, ma nel considerare tale guadagno bisogna tenere conto che il lavoro di quel medico comincia alle sette della mattina e finisce a mezzanotte. Si può rapportare questo lavoro a quello dell'impiegato, o di un altro lavoratore di qualsiasi categoria il cui impegno di lavoro è limitato nel tempo, e che riesce a prendersi molti giorni di riposo — come è forse anche giusto — nei giorni di vacanza e nei giorni in cui è possibile effettuare un « ponte » festivo? In Italia ci sono tutti i ponti, tranne il ponte di Messina! Queste cose, non le volete valutare? Sommate tutte le ore di lavoro di un medico, e fate quest'o calcolo rapportandolo alla difficoltà di chi esercita la medicina. Si dice poi che i medici come me esprimono una solidarietà interessata di categoria; no, noi, poiché siamo medici, sappiamo qual è il patimento quo-

tidiano di questi professionisti. L'anno scorso quando c'è stata in Italia, purtroppo, la calata del colera, avete chiesto mai all'onorevole professor De Lorenzo, direttore dell'ospedale « Cotugno », nel quale furono ricoverati centinaia di colerosi, se gli assistenti sono riusciti a prendere qualche ora di libertà, o se non erano piuttosto sempre lì, insieme con il personale paramedico, a contatto con l'infezione? Vi siete mai chiesti se quel lavoro potesse essere remunerato sul piano economico? Quel lavoro è stato compiuto grazie all'abnegazione e al sacrificio di quei medici, che come tutti gli altri sanitari hanno abbracciato con piena dedizione la nostra professione. Non perché ci sono metalmeccanici teppisti, tutti i metalmeccanici devono essere considerati teppisti; ma il ministro Bertoldi non si sognerebbe mai di avanzare una critica degli scioperi dei metalmeccanici, solo che ve ne fosse taluno di scarso gradimento al suo raffinato e maleducato palato! Questo atteggiamento egli lo ha assunto contro la categoria dei medici, e credo che, messo di fronte a se stesso e alle sue dichiarazioni, ove tali dichiarazioni ripettesse, ne proverebbe vergogna. Perché, certamente, avrà avuto necessità di avvicinarsi ai medici, ed avrà potuto constatare che, a prescindere dalle coloriture politiche o da qualunque altra considerazione, essi restano, nei confronti del malato, nei limiti rigorosi della deontologia professionale e della missione che hanno scelto e che professano sempre con passione e sacrificio.

Era questo che volevo dire, soprattutto per fare un confronto con la cortesia e con il garbo del ministro della sanità, il quale ha pure presentato questo decreto-legge nel quale c'erano e ci sono punti assolutamente negativi, che in sede di Commissione io ho definito punti anche rancorosi, quasi preconfezionati contro la categoria dei medici, ma lo ha fatto con una certa amabilità e sempre con cortesia. Mi si può dire che ha messo in cattiveria i medici con il sorriso sulle labbra, ma in queste cose anche la forma è necessaria.

Tornando al merito del decreto-legge al nostro esame, desidero soffermarmi su alcune considerazioni essenziali. In primo luogo è quella che riguarda il ripianamento dei debiti contratti dalle mutue con gli ospedali. Tale ripianamento era necessario — non c'è dubbio — signor ministro, per la situazione in cui si trovano gli ospedali; ma è anche necessario rivedere globalmente il problema degli ospedali, perché non soltanto con l'ammortamento di questi debiti gli ospedali possono vivere; gli

ospedali non possono vivere nella presente situazione. Questo decreto impedisce, fra le altre cose, di creare nuove sezioni ospedaliere, perché, stando almeno al testo originario, era praticamente preclusa qualunque possibilità di concedere autorizzazioni per integrare ed aumentare gli insediamenti già esistenti.

Come ebbi già modo di affermare in Commissione, questo fatto avrebbe ancora di più aggravato la situazione ospedaliera del meridione e, per quanto più direttamente mi riguarda come parlamentare siciliano, quella della Sicilia orientale e di Messina in particolare.

Non intendo tediarevi, ma potrei citarvi con facilità le statistiche predisposte dalle gestioni di maggioranza democristiana o di centro-sinistra delle varie amministrazioni ospedaliere. Basterà dire che le varie situazioni sono semplicemente penose e disastrose. Se si vuole qualcosa di più, si aggiunga che l'articolo 18 di questo stesso decreto avrebbe praticamente bloccato la realizzazione di nuovi insediamenti ospedalieri privati: ci si può quindi rendere conto di quello che sarebbe stato — e sarà — il futuro della ricettività ospedaliera italiana.

Basterà un solo dato: l'attuale disponibilità di posti letto in Italia è di 527 mila, di cui 122 mila in case di cura private. Questo, signor ministro, serve anche a dare un'idea di quanto è stato fatto negli ultimi 10 o 15 anni dalla gestione della democrazia cristiana e dei vari protettori socialisti, repubblicani e socialdemocratici.

Tra il 1970 e il 1974 abbiamo registrato un incremento di 22 mila unità nei posti letto (da 102 mila a 124 mila) messi a disposizione della popolazione dai privati, contro gli 8 mila realizzati dagli enti ospedalieri e quindi con l'apporto dei contributi pubblici. A fronte di questi dati, vi è l'intenzione di questo decreto di impedire nuovi insediamenti ospedalieri fino alla data della riforma sanitaria e di impedire la stipula di nuove convenzioni con le cliniche private. Il che ovviamente provocherebbe un ulteriore impoverimento della tipizzazione della ospedalizzazione e un peggioramento delle prestazioni assistenziali.

Tutti sanno che noi siamo stati tra i primi a richiedere una riforma sanitaria con la massima urgenza, ma è anche vero che noi chiediamo da sempre una riforma che migliori veramente l'assistenza.

Perché diciamo queste cose? Perché non siamo antiriformisti, perché su questi problemi — almeno su quelli positivi — ci siamo sempre trovati tutti d'accordo. E oggi ci troviamo di fronte a questo strumento legislativo che

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

dovrebbe rappresentare il punto d'inizio della riforma sanitaria. Il primo atto dovrebbe essere però quello di mettere al bando ogni possibilità di nuove ospedalizzazioni sulla base di un concetto che forse andrà bene per i politici — e che abbiamo sentito poco fa ribadire dal collega Morini — ma che non può andar bene per un medico: ricoverare soltanto i casi acuti.

Che significa questo? Intendiamo risolvere i problemi della sanità cominciando con il dire che dobbiamo ricoverare solo i malati acuti, cioè i moribondi? La nostra idea è piuttosto che questa riforma dell'assistenza sanitaria deve offrire a tutti i cittadini la possibilità di ricercare appropriati sussidi sanitari. Anche voi dite queste cose, però poi aggiungete che prima di ricoverare una persona bisogna vedere se si tratti di un fatto acuto o subacuto. Sicché, se al pronto soccorso si presenta un individuo con una colica, questi viene ricoverato in ospedale fino al momento in cui i sedativi fanno sfumare il dolore acuto e poi lo mandiamo a casa perché non sappiamo se la colica era prodotta da una causa anatomica o funzionale. Se era prodotta da un fatto funzionale, lo dimettiamo perché è un subacuto e non ha bisogno di cure in nosocomio. Se anche fosse funzionale? Ha ragione l'onorevole De Maria: come facciamo a sapere se la *noxa* che ha prodotto quello stimolo funzionale è temporanea o ha un fondamento anatomico? È questo il modo, onorevole ministro della sanità e onorevoli colleghi della maggioranza, con cui volete iniziare a risolvere i problemi della salute pubblica? Noi non siamo contrari al decreto perché in esso vi sono innovazioni riformistiche. Siamo contrari perché, secondo il nostro punto di vista, la riforma non poteva essere proposta con questo strumento, ma attraverso un disegno di legge organico. Non si può iniziare però a riformare dequalificando l'assistenza.

In questo decreto-legge, per quanto riguarda i guadagni dei medici, voi avete voluto forzatamente porre dei limiti. Ora, se un lavoratore metalmeccanico o un lavoratore agricolo posto alle dipendenze di una azienda dovesse essere chiamato a prestare la sua opera oltre l'orario di lavoro normale, gli si corrisponderebbe lo straordinario. E lo straordinario lo si dà in rapporto alle ore di lavoro e in rapporto alla produttività che nelle ore *extra* lavoro il prestatore d'opera viene ad esplicare. Perché la stessa cosa non deve avvenire per il primario o per i medici degli ospedali? Attraverso il decreto-legge, vi rimangiate una famosa legge cosiddetta riformatrice, la legge n. 132 (che ha fatto un po' sfoltire le uni-

versità a vantaggio degli ospedali), prescindete da quanto in quella legge era stabilito e affermate il principio secondo cui oltre un certo limite un medico non può guadagnare, pur svolgendo la libera professione. Avevate stabilito che il tempo pieno comportava per i medici l'obbligo di dover eventualmente mettere a frutto la propria conoscenza scientifica nello stesso ente ospedaliero stabilendo delle aliquote da distribuirsi a livello dei primari per coloro i quali, come liberi professionisti, lavoravano negli ospedali ricevendo anche lo stipendio. Li avete fatti partecipare ad un concorso dando loro una certa prospettiva. Oggi, con un decreto-legge, dite: abbiamo sbagliato, guadagnate troppo, vi dobbiamo dare molto di meno, vi puniamo.

Queste sono cose che si pagano e che non ci preoccupano certo dal punto di vista elettorale. Aveva ragione l'onorevole De Lorenzo quando più volte in Commissione, forse un po' sadicamente, perché pensava anche lui che sarebbe venuto a buon frutto per le nostre posizioni elettorali, vi diceva: state attenti, non scherzate, perché se vi sono le categorie dei milioni di lavoratori, è altrettanto vero che i 150 mila medici rappresentano, lo vogliate o no, un settore molto importante della società italiana! E voi tutte le clientele elettorali le avete coltivate sempre e particolarmente avvalendovi della vasta area dei rapporti professionali dei medici. E venite quasi a rimproverarci di essere i difensori degli interessi corporativi dei medici. No, noi difendiamo gli autentici valori umani e sociali della professione medica! Voi li avete difesi declassando gli ospedali italiani, mandandovi, con il « bigliettino », coloro che non sapevano neppure tastare il polso e ascoltare un torace; e li avete fatti primari! Siete voi i responsabili di questo declassamento generale. È una accusa precisa che viene fatta a tutto un metodo di gestione. Non vedo qui il collega Morini, il quale parlava di gestione sanitaria a proposito dei sanitari. Ha ragione: il difetto non è dei sanitari, è della gestione sanitaria. E chi la fa, signor ministro, la gestione sanitaria? La fanno proprio coloro che organizzano la struttura, il tessuto connettivo della sanità e dell'assistenza. E chi è stato a far questo, a partire dal 1945? Credo che in tutti questi anni, tranne la parentesi del ministro Mariotti, la responsabilità sia stata tutta della democrazia cristiana, dall'inizio ad oggi. Quindi state attenti, perché il medico entra nel cuore e nell'animo della gente, e non glielo potete impedire con nessun decreto-cate-naccio.

Signor ministro, nessun sinistrismo e nessuna applicazione di pianificazione marxista o massimalista può mai impedire al malato di scegliersi il proprio medico di fiducia. Voi questo avevate tentato con il decreto in esame e il nostro emendamento, accettato — nessuno lo può negare — ha consentito ancora una volta di mantenere in vita la possibilità dell'assistenza indiretta che voi avevate delegato. In questo strumento, infatti, avete parlato soltanto dell'assistenza diretta, come per dire che se d'Aquino è ammalato va all'unità sanitaria locale, gli si assegna secondo il turno, ad esempio, il numero 4, e nella « bottega » segnata con il numero 4 — perché così avete ridotto l'ambulatorio di un medico — c'è quel certo medico, e d'Aquino se lo tenga pure, lo voglia o no. Non si qualifica così l'assistenza sanitaria! È, ancora una volta, il modo di livellare distruggendo. Ve la siete presa con i medici e volete negare alla massa degli italiani la possibilità della libera scelta, in funzione di un appiattimento che dovrebbe eliminare le distanze sociali? Arriverete al punto — lo dico senza alcun augurio e certamente senza alcuna soddisfazione — di fare pagare tutti, anche il povero lavoratore che ha già pagato abbastanza, e che con questa legge voi intendete far pagare ancora di più con il mortificante aumento fiscale delle contribuzioni. Arriverete a farlo pagare di più, perché chiunque abbia un figlio o un parente ammalato, o sia ammalato lui stesso, non è soddisfatto del medico numero 4 o numero 7 che gli assegnerà l'unità sanitaria locale. E vorrei vedere coloro che parlano di livellamento come si comporterebbero in caso di malattia! Vorrei vedere se il ministro Bertoldi, che parlava così bene della classe medica definendola così impunemente — dico « impunemente » perché, tranne un deputato democratico cristiano, credo che, oltre la mia, non si sia levata alcuna protesta contro quella effimera e certamente iniqua dichiarazione —, fosse ammalato...

GRAMEGNA. La sua voce si è levata come medico!

D'AQUINO. ... e le auguro, onorevole ministro Bertoldi, con tutto l'animo di oppositore leale, che non abbia mai ad aver bisogno di un medico per malattie gravi, perché non credo che ella sarebbe soddisfatto di essere assistito dal medico designato da un numero nell'unità sanitaria locale; e poi, guarda caso, il medico, per esempio, numero 5 potrebbe

anche essere espressione della clientela socialista: egli magari vi portava 200 voti di preferenza... ma proprio per questi meriti si potranno trovare nelle unità sanitarie locali anche dei professionisti di scarsa competenza.

Sono problemi di fronte ai quali non ci sono maggioranze precostituite o assemblearmente ricucinate; sono questi i problemi contro i quali urterete, e non perché reagiranno i medici, ma perché insieme con essi reagiranno tutti gli italiani. (*Commenti all'estrema sinistra*). Voi tutti sapete che le cose che sto dicendo sono vere e che non sto facendo demagogia di parte. Io ho parlato da medico e da professionista. Nessuno può affermare infatti che un medico, allorché in una sala operatoria si trova a dover stabilire se un paziente è affetto da un tumore benigno o maligno, non senta la responsabilità di avere in attesa i parenti ai quali deve comunicare le notizie ora sgradevoli ora buone. Ritenete forse che con un numero qualsiasi si possano contentare i parenti del malato? Tutte le prove, ormai, si stanno facendo in Italia: faremo anche questa, perché la democrazia cristiana, un po' avvilita e un po' invigliacchita, vaga senza meta alla mercé di quanto il partito comunista propone di fare. Ma state attenti, perché vi sono anche medici comunisti i quali, come tutti gli altri, lavorano da mane a sera e percepiscono le stesse somme che guadagnano medici democristiani, socialisti, missini o liberali.

D'ANIELLO. Tutti guadagnano troppo!

D'AQUINO. Queste cose, cari colleghi, i medici le sanno anche se non gliele diciamo noi. I medici sanno se guadagnano troppo e, forse, non vogliono guadagnare troppo, vorrebbero, forse, decidere autonomamente se lavorare al limite del guadagno, perché non è vietato ad alcuno di rifiutarsi di lavorare senza guadagno. Dal momento che il lavoro deve essere remunerato, il primario di un ospedale potrà, ad esempio, rifiutarsi di operare un determinato malato, poiché non ne ricaverà alcun vantaggio economico.

BIANCHI ALFREDO. Ma il primario prende uno stipendio!

LA BELLA. E la deontologia professionale?

D'AQUINO. Voi lo volete trattare alla stregua di tutti gli altri impiegati, anzi lo colloca ad un livello più basso.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

BIANCHI ALFREDO. Vediamo quanto spendono, prima di fare certe affermazioni.

D'AQUINO. Non facciamo casi personali, cerchiamo anzi di scrollarci da questi problemi, anche se ciascuno di noi può nutrire dei rancori; lasciamo stare le considerazioni di carattere personale o, se volete, di parte.

L'accoglimento, in Commissione, dei nostri emendamenti agli articoli 6, 7, 12 e 18 ha garbatamente riportato la situazione a un livello quasi accettabile da parte dei medici ospedalieri. Ha lasciato tuttavia insoluto il problema dell'incentivazione al lavoro che comunque si ripresenterà allorquando esamineremo tali emendamenti. Se non sbaglio anche il collega D'Aniello, del gruppo repubblicano, ed un altro collega del gruppo della democrazia cristiana hanno presentato emendamenti in tal senso. Che cosa significa, allora, incidere con una incentivazione? Significa che colui che lavora sa di farlo per qualcosa. Ecco allora la deontologia di cui parlava l'onorevole La Bella! L'importante per un medico non è tanto il guadagnare una certa cifra, bensì avere un incentivo al suo lavoro. Perché allora negare ai medici, i quali affrontano quotidianamente un duro sacrificio fisico personale, la possibilità di avere un incentivo? Altra cosa è il sostenere di voler eliminare la responsabilità assistenziale degli enti mutualistici. Sarei d'accordo, ma ciò deve avvenire in funzione della riqualificazione dell'assistenza sanitaria. Siamo d'accordo con coloro che affermano che negli ambulatori dell'INAM o dell'ENPAS vi sono scene insopportabili ed inique. Ma come dovrà avvenire la riqualificazione? Cominciando a dire che non si possono fare più insediamenti ospedalieri, che occorre il permesso delle regioni? In tal caso, signor ministro, abbiamo eliminato un carrozzone e ne abbiamo creato un altro, fino al luglio 1975. Voi sapete che, ad esempio, se l'assessore regionale siciliano è di Enna, gli ospedali si faranno nella provincia di Enna nel numero prestabilito, se è di Palermo, si faranno nella provincia di Palermo. La stessa cosa accadrebbe in altre parti d'Italia.

A proposito del comitato, ella, signor ministro, ha prestato attenzione alla famosa commissione, che si sarebbe dovuta creare in Sicilia e che da cinque anni non funziona? Mi riferisco alla commissione regionale per i bisogni sanitari. I componenti dovevano essere designati, poi non lo sono stati più: il partito socialdemocratico ha sostituito deter-

minati nomi, così come ha fatto il partito repubblicano. A furia di cambiare nomi e pedine, questa commissione non si è mai potuta riunire e la programmazione ospedaliera siciliana torna ad essere di assoluto dominio dell'assessore regionale; e dal 1968 ad oggi, per ogni assessore regionale diverso, vi è una programmazione regionale mutata, non secondo il principio dei veri bisogni, ma secondo le necessità elettorali dell'assessore regionale preposto al ramo.

Da ciò derivano le grandi preoccupazioni relative alla ristrutturazione del settore mutualistico, che avverrebbe trasferendo il tutto, così com'è, onorevole ministro, dalle mani delle mutue a quelle delle regioni. Questo è avvenuto non solo dopo gli esempi siciliani e sardi, ma dopo gli esempi che hanno cominciato ad offrire, tranne qualche solitaria eccezione, gli organismi regionali nella loro attività.

D'ANIELLO. Si riferisce anche alla Campania?

D'AQUINO. No, alla Campania no, perché fa testo a sé.

Il decreto-legge riguarda inoltre la sostituzione e l'assorbimento delle gestioni aziendali e delle gestioni delle mutue assicurative. A tal proposito, ebbi modo in Commissione — credo per primo — di sottolineare alcune assurdità. Una delle più gravi si riferiva alla cassa mutua dei giornalisti; si è cercato di assorbire un ente che in media ha quattro o cinque miliardi di attivo all'anno. Stavamo studiando la maniera per distruggere, per « accarrozzone » anche questo ente. Fortunatamente gli emendamenti — presentati anche da altre parti politiche, dopo che il mio gruppo ne aveva già presentati alcuni in tal senso — sono stati assorbiti nel testo della Commissione ed è stata, per un certo verso, modificata questa parte negativa.

Desidero riferirmi ad alcune questioni attinenti alla fiscalizzazione. Onorevole ministro, il Governo finalmente — anche per suo merito — pare stia presentando o abbia presentato un disegno di legge di riforma sanitaria, che dovrebbe incidere, non vi è dubbio, su spese primarie che devono avere assoluta priorità sulle altre. Nel provvedimento del Governo, perché non si pongono in prima linea le spese per la sanità? Perché attraverso gli articoli di questo decreto si devono fiscalizzare ancora una volta e più fortemente sia i datori di lavoro che i lavoratori?

Sono sempre convinto, e non ho timore di essere smentito da qualsiasi profilo siano viste queste mie affermazioni, che tutte queste più forti contribuzioni incideranno sui lavoratori ma specie sui datori di lavoro e finiranno pertanto con l'incidere necessariamente sulla vita sociale del paese e, quindi, sul tessuto connettivo della nazione che sta andando a brandelli. Ecco come va degradando verso l'abisso tutta la situazione politica! Vorrei chiedermi il perché di codeste fiscalizzazioni, dal momento che ne erano in programma molte altre.

Si è voluto unificare l'assistenza sanitaria, riducendo tutte le forme assistenziali all'assistenza dell'INAM che, tra l'altro, è la peggiore delle istituzioni assistenziali mutualistiche italiane. Bene, fatto ciò si sono volute aumentare le contribuzioni e nello stesso tempo peggiorare le forme assistenziali, mentre non si è detto nulla circa il miglioramento delle strutture ambulatoriali e specialistiche, e si fa presente soltanto l'esigenza di reperire, dai lavoratori, 2.700 miliardi per rimmetterli nelle casse delle regioni, le quali — si ritiene — elimineranno gli inconvenienti che creano le rette ospedaliere e riporteranno il tutto ad una situazione migliore. Ci credete? Noi no!

Onorevole ministro, o non capisco più nulla — e credo che 25 anni di professione dovrebbero consentirmi di saper individuare tra le righe del vostro decreto-legge qualche miglioramento in senso riformistico — o veramente è il caso di dire che qui si va a caccia delle streghe proprio per cercare di portare il popolo all'exasperazione. Anche questo può essere un principio, perché l'exasperazione in tema di politica sociale e sanitaria è cosa molto importante.

Nell'ultimo mio intervento sul bilancio del Ministero della sanità, l'onorevole Morlino mi ha interrotto, assicurandomi che era d'accordo con me sul fatto che la medicina preventiva e la medicina sociale, in base a tutte le prospettive riformatrici, erano quelle che dovevano essere valutate prima di tutte. Che cosa abbiamo fatto, onorevole ministro, per la medicina preventiva e la medicina sociale in questa sede, dove vi fu il primo fermento innovatore in clima di politica sociale e sanitaria? Nulla! Che cosa abbiamo fatto per la politica previdenziale? Anche in questo caso, purtroppo, la risposta è negativa!

Se volessi attardarmi nel mio intervento, potrei spiegare come la politica previdenziale risentirà negativamente di questo decreto-legge.

Ritengo pertanto non sia questo l'obiettivo che si proponevano i riformisti ad oltranza — almeno spero — a meno che per riformismo ad oltranza non si intenda riformare per distruggere, perché, su questa strada, certamente non ci potrete trovare d'accordo in quanto saremo decisi oppositori, così come ci troverete sempre pronti a collaborare in qualsiasi maniera per cercare di articolare speditamente una riforma sanitaria che si fondi realmente su una possibilità non di declinamento, ma di evoluzione civile e sociale.

Riteniamo che non vi sia problema che riguardi la salute pubblica che non investa la socialità; non vi è problema che riguarda la socialità che non investa l'igiene e la salute pubblica, perché sono fatti che si collegano l'un l'altro e non credo, onorevole ministro, che dal vostro decreto si possano trarre buoni auspici per la riforma sanitaria che è stata già approvata dal Consiglio dei ministri. Il gruppo del MSI-destra nazionale, ovviamente, pur essendo lieto di aver contribuito a migliorare con proposte di modifica — nelle parti in cui sono state accettate — i vari articoli, non può votare a favore della conversione in legge del decreto in esame, per motivi evidenti. Concordiamo sull'esigenza di proporre una ragionata riforma dell'assistenza sanitaria, improntata però al superamento dell'attuale concezione mutualistica dell'assistenza, avendo riguardo soprattutto a quello che la nostra confederazione dei lavoratori, la CISNAL, ha presentato più volte all'attenzione persino dei ministri del lavoro e della sanità. Riteniamo che non possano sussistere discriminazioni, mentre, ancora una volta, esse sono prorompenti in materia fiscale, fra le diverse categorie di lavoratori, pur unificandole in peggio su un unico modulo di assistenza, che è quello dell'INAM.

Signor ministro, a questo proposito ribadiamo che, a nostro giudizio, non si delinea la competenza del Ministero del lavoro. Non faccio in questo momento una questione sulla disattenzione particolare del ministro Bertoldi: riteniamo che l'intera materia debba rientrare nell'univoca competenza del Ministero della sanità. Non è possibile fare quello che voi intendete, con l'articolo 20: lo volete ripristinare, al fine di impartire disposizioni alle regioni sul modo di formare il comitato! Nessuno di voi può mettere in dubbio la nostra franca, decisa e realistica opposizione al decentramento regionale, ma una cosa è la legge che, una volta entrata in vigore, va rispettata, ed altra cosa è varare le leggi quasi allo scopo di dar possibilità ad un migliaio

circa di personaggi politici regionali di essere eletti. Tra le competenze amministrative passate dallo Stato alle regioni, figura quella sanitaria: non si vede perché dobbiamo riproporre in questo decreto, là dove avevamo di comune accordo deciso di sopprimere quell'articolo 20 (che era un dispositivo ordinativo nei confronti delle regioni), il medesimo articolo, allo scopo di dare alle regioni non solo uno schema, diciamo così, ma anche la possibilità, signor ministro, di svuotarlo!

Non so se, nella prospettiva riformatrice che ella si è posta, signor ministro, continuando l'opera dei suoi colleghi, abbia considerato la necessità — a mio giudizio obiettiva — di condurre un discorso con la classe medica, per apprendere dai competenti qualche informazione e considerazioni sulla nuova struttura del macchinario della salute pubblica italiana. Mi risulta che siano state tenute conferenze con il presidente dell'ordine dei medici, ma non mi risulta che si siano delineate concordanze di opinioni. Questo può avere senz'altro il suo valore plateale, ma non vi può essere un tessuto connettivo sanitario avulso non solo dal consiglio ma anche dall'interpretazione del medico! Non si possono, infatti, predisporre strutture igieniche, assicurative o previdenziali, al di fuori di quella che è l'attiva e preponderante compartecipazione della classe medica. Ecco il nostro punto di vista.

Per una riforma sufficientemente apprezzabile, sono necessari tre requisiti. Primo: gestione, da parte dello Stato, dell'assistenza sanitaria preventiva, inerente alle malattie infettive, mentali ed infantili, estesa a tutti i cittadini. Secondo: graduale estensione per tempi lunghi dell'assistenza totale da parte dello Stato a tutti i cittadini finora non assistiti. Terzo: mantenimento delle forme, delle modalità e delle prestazioni dell'assistenza sanitaria in favore dei lavoratori e dei loro familiari, migliorandola di qualità e riunendola in un unico ente assistenziale e in un sistema previdenziale unico a carattere sanitario. Si dovrebbe poi assicurare una rete decentrata di ambulatori mutuo-assistenziali intesi come centri di coordinamento delle strutture sanitarie periferiche e comprendenti ben organizzate attrezzature di mezzi e di locali, e adeguato personale per avviare il nostro paese, per quanto concerne la salute pubblica, agli stessi livelli del minimo dello *standard* europeo, il tutto ovviamente sotto il controllo organizzativo e disciplinare del Ministero della sanità, pur nel contesto di una relativa libertà delle regioni di impostare e risolvere il problema sanitario.

Contro questo decreto-legge abbiamo già a lungo parlato in Commissione. I colleghi del mio gruppo che mi hanno preceduto nella discussione — gli onorevoli Messeni Nemagna e Giuseppe Tortorella, che ringrazio per aver partecipato a questa battaglia, da noi intesa come una missione, per il miglioramento dei servizi sanitari, cui si ricònnette il problema della salute dei cittadini — hanno espresso oggi in aula l'opinione del MSI-destra nazionale al riguardo. Per quanto ci compete, ci batteremo per cercare di fare approvare gli emendamenti dai noi presentati, con l'intento di migliorare, se è possibile, questo decreto-legge, che costituisce un'autentica bruttura, dato che si è voluto per forza ed in fretta legiferare su una così importante materia, mentre molto meglio si sarebbe potuto operare con una maggiore riflessione e ponderazione, con maggiore tempo a disposizione, con una maggiore applicazione e conoscenza, tenendo soprattutto conto non soltanto delle esperienze, sia pur negative, degli enti mutualistici, ma anche di quelle positive della classe medica, contro la quale in maniera preconcepita si inviperiscono la maggioranza di centro-sinistra e l'opposizione comunista.

Onorevole ministro, le cose che ho detto e che ho sottoposto alla valutazione dell'Assemblea hanno origine in un profondo convincimento, frutto di esperienza e di maturazione, e nella volontà di vedere risolto senza indugi e senza ulteriori remore il problema della riforma sanitaria, la cui soluzione — lo sottolineiamo ancora una volta — non può essere affidata a questi pannicelli affrettati, che non sono neanche caldi, ma solo aria fritta. La riforma deve avvenire alla luce di una responsabile azione di coordinamento, improntata a serietà politica ed amministrativa. (*Applausi a destra — Congratulazioni*).

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
BOLDRINI

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Giovanni Berlinguer. Ne ha facoltà.

BERLINGUER GIOVANNI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, è la terza volta in pochi anni che il Parlamento — sempre con decreti-legge, e sempre con la giustificazione che si tratta di interventi necessari, urgenti, straordinari, eccezionali e quindi imprevedibili, perché questa è la logica costituzionale, l'unica legittimazione possibile dei decreti-legge — è chiamato a tampo-

nare il disavanzo delle mutue, degli ospedali, dell'intero sistema sanitario italiano.

Nel 1967 furono stanziati 467 miliardi; nel 1970, con il « decretone », furono aggiunti altri 500 miliardi. Oggi si parla di 2.700 miliardi, ma in realtà l'onere che si chiede ai lavoratori ed il debito complessivo delle mutue si aggirano intorno ai 5 mila miliardi. In sette anni, la cifra si è decuplicata.

Tuttavia, non sono stati ancora chiariti a fondo i motivi di questo *deficit*. Le cause stanno in primo luogo nel carico di malattie e di infortuni evitabili, scientificamente prevedibili e prevenibili, che possono quindi essere allontanati, tutelando in questo modo la salute degli italiani. Stanno in secondo luogo nel peso di parassitismi e di privilegi ormai troppo noti, ma che si è ancora restii a colpire. Stanno in terzo luogo nella mancanza di filtri preventivi e nei difetti dell'assistenza sanitaria domiciliare e ambulatoriale, che possono cogliere la malattia all'inizio, anziché aspettare che si sviluppi fino alla massima gravità per la salute degli uomini e alla massima incidenza sull'economia del sistema sanitario. Stanno infine nell'onere finanziario e politico — i due termini sono inscindibili — di un potere che è stato edificato in forme clientelari nel campo assistenziale, e che è tanto più odioso in quanto è costruito sfruttando i momenti più deboli e più indifesi della vita degli individui.

Per questo *deficit*, per queste disfunzioni pagano soprattutto i lavoratori, e pagano due volte: pagano innanzitutto in termini di salute, pagano in secondo luogo in termini di aggravio sulle loro retribuzioni. Paga inoltre il paese, come abuso e sperpero del denaro pubblico, come continuo dissesto dell'amministrazione economica dello Stato, come impedimento ad affrontare investimenti produttivi. Anche recentemente, quando il Consiglio dei ministri ha approvato il disegno di legge di riforma sanitaria, il partito repubblicano ha dichiarato che non sono chiari i costi di questa riforma. Può darsi che un chiarimento sia necessario, ma il PRI non ha ancora evidentemente compreso che l'unica cosa evidente e dimostrata, nel campo sanitario, sono i costi crescenti dei rinvii e degli ostacoli alla riforma sanitaria.

Su questi temi il Governo non ha voluto un confronto aperto, esplicito, democratico con i lavoratori e con il paese. Questo è il vero motivo del ricorso continuo ai decreti-legge, che dovrebbero servire per sfuggire a questo confronto.

Rispetto al 1967 ed al 1970, tuttavia, l'opposizione è stata più vasta, la maturazione dell'esigenza di collegare il *deficit* delle mutue alle prospettive di una nuova politica sanitaria è stata più profonda, e si è espressa anche in settori consistenti della maggioranza e del Governo.

Vi sono stati perciò successivi arretramenti e aggiustamenti rispetto alle posizioni iniziali nella formulazione del decreto-legge. Si è cominciato, all'inizio, a ritentare il colpo del 1967: fingere di dare soldi agli ospedali e darli invece alle mutue, le quali di quelle somme (467 miliardi) versarono agli ospedali soltanto il 7 per cento.

Poi si è cercato di fare un'altra operazione più subdola, più complessa: dare i soldi agli ospedali, sia pure con troppa lentezza; trasferire alle regioni l'assistenza ospedaliera con le passività del passato parzialmente risanate, e con le immense passività del futuro. Questo spiega il tetto dei 100 miliardi, invalidabile secondo il ministro del tesoro, nello stanziamento a carico dello Stato per integrare nei bilanci delle regioni le crescenti spese ospedaliere, che sicuramente invece supereranno largamente questa somma. Non so se fosse e se sia abbastanza chiaro a tutti il disegno che vi era dietro questa proposta, le intenzioni recondite che non ha voluto riconoscere l'onorevole Morini. Insisto su qualche spiegazione perché tale disegno non è stato interamente sconfitto, ed i pericoli sussistono ancora.

Il disegno era questo: risanare finanziariamente le mutue, togliendo loro la parte più passiva dell'assistenza, cioè quella ospedaliera; consolidarle, quindi, economicamente; fare, per intenderci, una sorta di « operazione Montedison » a favore delle mutue, scaricando sullo Stato e sulla collettività, come si è fatto con la GEPI e con altre operazioni simili, i rami secchi, e consentendo quindi alla Montedison di prosperare in altri campi. Non so se le mutue sarebbero state poste anche in grado di comprare dei giornali, ma probabilmente altre losche operazioni sarebbero proseguite. Il disegno era di creare in questo modo un sistema dualistico dell'assistenza sanitaria, affidando alle regioni gli ospedali e alle mutue l'assistenza ambulatoriale e domiciliare. In questo sistema dualistico una parte, le mutue, poteva, e può ancora, in base al decreto, scaricare sull'altra le passività; scaricare, per intenderci, i malati, trasferire ogni malato, anche non grave, anche bisognoso soltanto di cure domiciliari o specialistiche o ambulatoriali, nell'ospedale. Le re-

gioni e gli ospedali non possono ovviamente fare il contrario, cioè trasferire alle mutue i propri assistiti. In questo modo, oltre a creare un sistema dualistico dell'assistenza che può ancora durare a lungo, dissestando economicamente le regioni, si potrebbe dimostrare da un lato che non si può fare affidamento sull'istituto regionale per la gestione di attività serie ed impegnative come la sanità; e dall'altro che la riforma sanitaria è troppo costosa per poter essere veramente attuata, e deve essere quindi ulteriormente rinviata.

Questo era il senso fondamentale dell'operazione che si è tentata con il decreto-legge. Le regioni hanno compreso questa operazione, hanno protestato ed hanno sollecitato modifiche sostanziali del decreto-legge. In seguito alle numerose pressioni che vi sono state, ed in seguito alla nostra iniziativa nel paese e nel Parlamento, il decreto-legge è stato notevolmente emendato ed esce diverso dai lavori della Commissione. Questo è dovuto anche al fruttuoso lavoro che si è svolto nella Commissione, presieduta dall'onorevole Frasca, al quale hanno collaborato sia il gruppo comunista che forze importanti della maggioranza. A questo lavoro è rimasta totalmente estranea l'attività della destra, ed è stata sostanzialmente ostile e frenante l'attività di un'opposizione interna della democrazia cristiana che si è manifestata in certi momenti dei lavori della Commissione e che continua a persistere in quest'aula.

Ora, mi domando: visti questi risultati, visto il lavoro per molti aspetti positivo compiuto in un confronto reale, quanto sarebbe stato più opportuno per questo come per altri provvedimenti esaminati in questo periodo dal Parlamento, un confronto preliminare con il partito comunista, che è la principale forza di opposizione? Quanto sarebbe stata più utile un'intesa con le organizzazioni dei lavoratori, anziché intrecciare con le confederazioni inconcludenti colloqui ai quali poi seguivano colpi di mano e misure negative, anziché impostare discussioni generiche sui principi della riforma, mentre si varava in altra sede un decreto-legge ostile o comunque elusivo nei confronti della riforma? Quanto sarebbe stato più sereno e fruttuoso anche un colloquio con le categorie sanitarie sul decreto-legge, anziché il proclamare severe misure di riduzione dei guadagni, suscitare reazioni corporative e scioperi impopolari, scambiare poco edificanti insulti e, alla fine, compiere ingloriose ritirate e cedere con emendamenti peggiorativi come quelli introdotti in diversi articoli?

Il decreto-legge, comunque, esce dalla Commissione sanità sostanzialmente migliorato rispetto al testo originario. Desidero citare dal numero odierno del quotidiano della democrazia cristiana, che ha pubblicato in proposito un comunicato del gruppo del partito comunista, sia pure senza citare la fonte, gli elementi migliorativi che sono stati apportati al testo governativo. Anzitutto la decisione sullo scioglimento di tutte le mutue e il passaggio delle relative funzioni allo Stato e alle regioni. A questo fine è stata stabilita la nomina dei commissari entro un anno e fissata la scadenza impegnativa al 1° luglio 1977 per il completamento dell'operazione. C'è poi l'impegno per il ripianamento dei debiti dei comuni, oltre a quelli delle mutue, verso gli ospedali; la rivalutazione annuale delle somme che lo Stato attribuisce per l'assistenza ospedaliera alle regioni, in modo da impedire che ulteriori *deficit* degli ospedali dissestino i bilanci regionali; la riduzione da 4.400 a 3.300 del contributo per gli artigiani e i commercianti per l'assistenza sanitaria e, per i loro familiari, da 4.400 a 1.650 lire; l'ampliamento delle funzioni delle regioni nella disciplina dell'attività degli ospedali e delle cliniche universitarie; la differenziazione nei compensi ospedalieri per favorire i medici a tempo pieno; la creazione di una commissione di esperti, con la partecipazione del direttore dell'Istituto superiore di sanità e con la consulenza del Consiglio superiore di sanità, per la revisione dei prontuari farmaceutici.

Mi soffermo soltanto sul primo punto, che è per noi il più significativo. Vorrei difendere la necessità dello scioglimento delle mutue da un'accusa che ci è stata rivolta, secondo la quale tale proposta deriverebbe da un nostro atteggiamento punitivo, non si comprende bene nei confronti di chi. Le mutue hanno una loro storia, hanno risposto ad esigenze di tipo associativo e solidaristico: accusarci di avere un atteggiamento punitivo nei loro confronti equivale ad accusarci di matricidio, poiché noi, come movimento operaio, come movimento dei lavoratori, siamo anche figli di questa storia, delle prime società di mutuo soccorso, della loro matrice democratica e solidaristica.

Chi ha punito questa forma associativa dei lavoratori è stato il fascismo, che ne ha soppresso il carattere democratico, ed è stata la democrazia cristiana, che vi ha introdotto caratteri clientelari. Noi vogliamo oggi che le vecchie forme di associazione democratica, di presenza dei lavoratori nella tutela sani-

taria, si esprima non più a livello di categoria, di corpo particolare, ma si esprima a livello statale, a livello pubblico generale, non solo come autodifesa di singoli gruppi di lavoratori, ma anche come identificazione delle necessità di tutela della salute e di potere delle classi lavoratrici con le necessità generali del paese. Questo significa saldare il movimento delle classi lavoratrici con gli interessi di tutto il paese, come ha sottolineato anche l'onorevole Signorile nel suo intervento.

Atteggiamento punitivo verso chi? Non certo verso le mutue, per la loro storia, per i loro aspetti positivi del passato. Non certo verso categorie di lavoratori autonomi che hanno mutue diverse da quelle dei lavoratori dipendenti, come i coltivatori diretti. Direi che è la democrazia cristiana, ed è la politica del Governo, che punisce queste categorie con una assistenza inferiore a quella dei lavoratori dipendenti; le punisce della fiducia che hanno accordato alla democrazia cristiana, e che attualmente vacilla, mentre noi vogliamo che questi lavoratori abbiano un'assistenza uguale e diritti uguali a quelli di tutti gli altri lavoratori.

Atteggiamento punitivo verso chi? Verso i funzionari, gli impiegati, i medici, gli amministratori degli enti mutualistici? Nulla, in realtà, è più punitivo, se si vuol dare un senso al lavoro umano, al lavoro di ogni uomo, che costringere — come si fa attualmente — funzionari, medici, amministratori, impiegati, a ruotare in ingranaggi logori e vuoti, anche se spesso le loro frustrazioni lavorative sono compensate da ingenti guadagni.

Questo è il senso della nostra posizione nei confronti dei medici. Esistono certamente differenziazioni di guadagno, di posizione, di collocazione sindacale e politica fra i medici. Tuttavia, vi è qualche cosa di comune, ed è il fatto che oggi il lavoro del medico — tranne che per alcuni — è complessivamente un lavoro burocratizzato ed alienante. Questo è vero, ma il lavoro medico è burocratizzato ed alienante innanzitutto perché questa società, basata sullo sfruttamento dell'uomo e basata sulla degradazione dell'ambiente, provoca un'alta incidenza di fattori patogeni, genera dei fenomeni morbosi, nei confronti dei quali la medicina, e quindi l'opera del singolo medico, si rivela impotente. Ed è questa impotenza dell'attività specifica, preventiva e terapeutica, del medico, che genera la burocratizzazione e l'alienazione, aggravata dal sistema di potere clientelare, che è

stato costruito in tutto il tessuto dell'assistenza sanitaria.

Bisogna dire chiaramente che gli ordini professionali ed una parte dei sindacati medici (non tutti) si sono preoccupati molto di più di elevare i guadagni che non di porre fine a questa frustrazione e di riqualificare culturalmente, professionalmente e socialmente l'attività dei medici. Vorrei anche dire che, in diversi interventi ascoltati in quest'aula, di quello *slogan* in cui si è compendiato per lungo tempo l'insieme delle rivendicazioni dei medici, che veniva definito con la sigla del DDT (dignità, decoro, tariffe), l'elemento preminente, ed anche esclusivo, è stato il T. Naturalmente, questo ha schiacciato tutto il resto; e, in cambio di tariffe spesso più elevate, i medici hanno perduto notevolmente in dignità, in decoro ed in capacità professionale. Noi vogliamo, invece, riqualificare l'attività dei medici, come una funzione pubblica, come valorizzazione delle competenze, come vicinanza agli interessi non solo del singolo individuo, ma anche della collettività nazionale.

Nella lotta per modificare questo decreto, nel complesso, abbiamo ottenuto risultati di rilievo. Vorrei dire che anche la prossima, futura, eventuale, imminente, preannunciata ma non ancora avvenuta oggi, 10 agosto, presentazione del disegno di legge governativo sulla riforma sanitaria rappresenta un risultato non solo di un impegno pluriennale del partito comunista e del movimento operaio, ma anche della lotta che è stata condotta in queste settimane su questo decreto-legge. Sembra invece che il ministro Vittorino Colombo, il quale ha dato prova di molta tenacia nel vincere resistenze interne della maggioranza e del Governo, non ancora sopite, alla presentazione del disegno di legge, nell'articolo che ha scritto su *Il Popolo* del 1° agosto, riconduca l'intero merito alla maggioranza. Ed anzi dice che la democrazia cristiana ha fermamente voluto questa riforma. Io non rifarò la storia di questa cosiddetta ferma volontà, ma credo che si debba almeno riconoscere che una volontà un po' più ferma, tenace e cocciuta è stata espressa, da 10 o 15 anni, dal partito comunista, da altre forze della sinistra e dal movimento dei lavoratori che hanno costretto la democrazia cristiana ad uscire finalmente allo scoperto ed a presentare un progetto di riforma.

Di questo progetto, quando verrà conosciuto, valuteremo attentamente il testo; valuteremo le finalità, che per molti aspetti generali mi sembra possiamo largamente con-

dividere, valuteremo i dissensi sulle forme concrete della nuova organizzazione sanitaria che viene proposta, sveleremo le trappole che sembrano affiorare in molti articoli del progetto e che più ancora verranno disseminate nel corso di tutto l'iter, criticheremo le troppe deleghe — 24 su 50 articoli, se non sbaglio — che trasformano, ancora una volta, un atto così impegnativo della volontà del Parlamento e del paese in un imprecisato incarico dato al Governo di decidere fuori del controllo democratico secondo la volontà della maggioranza.

Ho sottolineato gli aspetti positivi. L'onorevole Signorile si è perciò meravigliato perché noi manteniamo la nostra opposizione.

Il punto principale di dissenso è il seguente: voi avete imposto, e volete mantenere indefinitamente, con questo decreto-legge, un nuovo onere sulle retribuzioni dei lavoratori. Oltre agli oneri previdenziali che i lavoratori italiani già pagano, e che sono i più alti d'Europa; oltre al carico che in queste settimane avete posto con i decreti sulle retribuzioni e sulle spese dei lavoratori italiani; oltre alla rapida inflazione che sta erodendo notevolmente il potere d'acquisto dei salari e delle pensioni, voi ponete un onere crescente per la sanità a carico delle retribuzioni. Questo onere è stato calcolato per il primo anno in 475 miliardi per i lavoratori dipendenti e in alcune decine di miliardi per i lavoratori autonomi. Esso crescerà certamente in cifre assolute, perché è un onere proporzionale alla retribuzione. Per giudicare il ritmo di questa crescita basta considerare che l'INAM ha avuto contributi previdenziali dai lavoratori dipendenti per 1.000 miliardi nel 1967 e per 1.900 miliardi nel 1970. In quattro anni questi contributi sono quasi raddoppiati. Il nuovo onere che voi ponete attualmente non ha una scadenza nel tempo.

Questo nuovo aggravio che danneggia i lavoratori è stato imposto in opposizione alla volontà manifestata chiaramente dai sindacati; in contrasto con il parere espresso unanimemente dalla Commissione lavoro della Camera dei deputati, di cui il Governo e la maggioranza non hanno tenuto conto; in antitesi con la dichiarata volontà di passare, con la riforma, alla fiscalizzazione degli oneri dell'assistenza sanitaria che viene resa più difficile da questo onere aggiuntivo: quando infatti nell'ambito di un sistema di assistenza sanitaria basato già oggi in gran parte sui contributi previdenziali si accresce il peso di questi contributi rispetto al finanziamento statale, diventa più difficile trovare nel futuro entrate sostitutive nel bilancio dello Stato o in altre forme di tasse e di imposte.

Questo onere è anche in contrasto con la riforma pensionistica che il Governo è impegnato a realizzare, perché la fonte delle entrate è la stessa, e sui contributi previdenziali non si può continuare a gravare con oneri aggiuntivi; è infine in conflitto esplicito — costituisce una specie di dichiarazione di guerra preventiva — con le giuste esigenze di adeguamento salariale che vengono preannunciate per la ripresa autunnale da parte di grandi masse di lavoratori e che troveranno un padronato che già oggi ha affacciato come obiezione agli aumenti l'alibi della tesi del costo crescente complessivo del lavoro. Il padronato quindi si opporrà con un argomento ulteriore alle richieste di miglioramenti retributivi dei lavoratori. A queste osservazioni bisognerebbe aggiungere la valutazione negativa dei riflessi generali che questa operazione può avere sull'economia complessiva del paese.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
ZACCAGNINI

BERLINGUER GIOVANNI. Questo è in sostanza il senso classista del provvedimento. Ciò che meraviglia non è perciò la nostra opposizione; ciò che meraviglia è l'atteggiamento del partito socialista italiano, il quale su altri punti del decreto si è mostrato estremamente aperto e sensibile alle possibilità di accordo con le proposte del gruppo comunista e con le innovazioni riformatrici, ma su questo punto è stato invece fermamente alleato della democrazia cristiana e insensibile ad ogni miglioramento.

Si chiedono ai lavoratori dei sacrifici, ma per quali certezze?

Sul piano economico, innanzitutto. È stato innescato con questo decreto un meccanismo che, se non viene presto sostituito da un servizio sanitario unitario e da un'opera di prevenzione impegnata e fruttuosa, rischia di perpetuare e anzi di ingigantire il deficit degli ospedali e di tutta la sanità pubblica. Sono stati creati ostacoli e limiti alle attività di diverse organizzazioni sanitarie e di molti operatori sanitari, che possono costituire uno degli aspetti positivi del provvedimento se intesi come freno alle spese eccessive, ma che rischiano di essere paralizzanti se non segue a breve scadenza la riforma sanitaria. È stato spostato verso gli ospedali, cioè verso le cure più costose, quello che viene definito il ricorso

facile alle prestazioni, cioè la spinta verso consumi sanitari superflui, che noi condanniamo, che vogliamo correggere impedendo per esempio la nefasta pubblicità sui farmaci e la proliferazione dei prodotti farmaceutici, frenando le visite non necessarie o solo formali dei medici.

Sul problema ospedaliero ho sentito dall'onorevole Nicolazzi riaffacciare la proposta di legge del gruppo socialdemocratico che propone, anziché un piano sanitario, un piano di costruzioni ospedaliere. Queste sono certamente necessarie in molte zone del Mezzogiorno sprovviste di ospedali, ma non certo nel complesso del paese. Noi stiamo diventando il paese più spedalizzato d'Europa, e il partito socialdemocratico ripete, un po' macchinalmente, uno *slogan* elettorale che, se ben ricordo, fu coniato nel 1963, nel quale si diceva che ogni italiano ha bisogno di una casa, di una scuola e di un letto d'ospedale. Era uno *slogan* un po' iettatorio, a dire il vero, perché va bene casa e scuola, ma di un letto d'ospedale si fa volentieri a meno.

In realtà, di fronte ad una media di posti letto ospedalieri del 9,8 per mille abitanti nella Comunità economica europea, noi siamo ad un livello medio complessivamente superiore, il 10,07 per mille; siamo a un livello di letti ospedalieri superiore all'Inghilterra, che registra il 9,6 per mille; quasi doppio rispetto all'Olanda (5,2 per mille), superiore al Belgio (7,9 per mille) e superiore alla Danimarca (8,7 per mille). Avessimo almeno un'assistenza ospedaliera di livello sufficiente! Invece abbiamo la maggior durata di degenza (16-18 giorni di degenza media, di cui un terzo almeno dedicato a lunghe attese per accertamenti diagnostici, con grande perdita di tempo e perdita economica). Nel 1973 abbiamo avuto in Italia oltre 9 milioni e mezzo di giornate di degenza, mentre la Francia ne ha registrate 6 milioni. Il costo giornaliero della degenza è passato da 5.861 lire nel 1967 a 15.997 nel 1972 e alle oltre 22 mila lire odierne, cioè al costo di un albergo di lusso, ma con tutto il disagio che devono soffrire particolarmente i lavoratori mal ricoverati e male assistiti.

Ora ci domandiamo: come si intende frenare questa spesa? Quando si è stabilito il concetto che l'ospedale è un'azienda si è arrivati a delle situazioni paradossali, incredibili.

C'è stato perfino il sindaco di un comune il quale, basandosi sul fatto che l'ospedale è un'azienda, e che quindi i guadagni di esso sono tanto maggiori quanto più numerosi sono i mutuati che vengono assistiti, ha stampato

un manifesto alla popolazione in cui annunciava trionfalmente che il suo ospedale, partito dal livello di 36 mila giornate di degenza annue, aveva raggiunto quest'anno il livello di 50 mila presenze di malati. (*Commenti*). C'è stato un consorzio industriale che ha proposto agli ospedali salernitani crediti, consulenza manageriale, *leasing*, a condizione che si impegnassero ad accrescere le presenze di malati fino ad un minimo obbligatorio di 636 mila annue.

Ora, io ho letto con interesse le cifre citate dall'onorevole Vittorino Colombo, il quale ha previsto l'entità della futura spesa sanitaria italiana anno per anno, in miliardi e milioni e perfino in lire. Non so se egli abbia fatto un patto di non aggressione con i microbi, perché questa sarebbe l'unica possibilità reale di prevedere la spesa sanitaria con tanta precisione. Ma è certo, invece, che ci sono degli amministratori ospedalieri che fanno patti di alleanza con le malattie.

Si stanno quindi creando nuovi sprechi, nuove spese che non vengono controllate, senza che si colpiscano i vecchi sprechi; senza, per esempio, che si costringa l'industria farmaceutica a ridurre i propri profitti, e neppure a pagare i propri debiti.

La compagna Carmen Quagliotti Casapieri ha presentato infatti un'interrogazione al ministro per chiedere come mai l'industria non abbia ancora pagato oltre 400 miliardi di debiti che deve alla collettività per gli sconti di legge alle mutue. A questa interrogazione è stata data una risposta da parte industriale, secondo cui l'industria avrebbe pagato soltanto 255 miliardi su 401; ma il ministro della sanità non ha ancora risposto.

Questi sono i rischi che il decreto crea sul piano sanitario ed economico. Sul piano istituzionale e politico, infine, la maggioranza ed il Governo hanno respinto la sola misura certa che potesse essere assunta dal Parlamento per garantire in modo inequivocabile lo scioglimento delle mutue, cioè la decisione contestuale al decreto di procedere alla liquidazione di questi enti, elencandoli in modo preciso, e di vedere poi, naturalmente, i tempi e le misure tecniche necessarie per il passaggio delle competenze. Una fase necessaria è quella di trasferire la rete ambulatoriale e le altre strutture sanitarie alle regioni, ponendo le regioni, ovviamente, in condizione di prepararsi a questa operazione, evitando di addossare loro una massa di attività sanitarie per le quali sono attualmente per molti aspetti impreparate. Noi vogliamo evitare,

ovviamente, il rischio di un vuoto nell'attività assistenziale, che colpirebbe gravemente i cittadini ed i lavoratori italiani.

Questa proposta di scioglimento delle mutue contestuale al decreto è stata respinta, ed è stata sostituita con un sistema di impegni e di scadenze che noi valutiamo complessivamente positivo, rispetto al rifiuto precedente di prendere in esame la possibilità di scioglimento delle mutue. Ma nell'articolo proposto dalla maggioranza la liquidazione, la estinzione delle mutue diventa l'ultimo atto di un lungo processo, con il rischio — di cui vi renderete conto voi stessi, colleghi della maggioranza, che volete la riforma sanitaria — che in quest'aula e nelle clientele mutualistiche si manifestino resistenze crescenti, che vi siano dei colpi di coda e dei rinvii, che prevalga quell'arte del non fare nella quale la democrazia cristiana ed il Governo di centro-sinistra sono ormai maestri, perché l'hanno sperimentata in numerosissimi campi.

Questa è la ragione essenziale che non ci fa sentire abbastanza garantiti dal decreto-legge. Non è certamente emersa peraltro, in tutta la vicenda dei decreti, una volontà politica riformatrice del Governo, e neppure una linea unitaria che possa dare garanzie o attenuare la nostra opposizione; è emersa, anzi, la volontà opposta.

Vi sono stati comunque punti di incontro e spostamenti anche sensibili, successi che consideriamo non solo nostri, ma di tutte le forze riformatrici che in questa circostanza si sono mosse per iniziativa dell'opposizione, anche in seno alla maggioranza ed al Governo.

Nella politica sanitaria si sono aperte in questo periodo prospettive migliori, e sono stati assunti impegni che sono formalmente categorici. Noi vigileremo, senza attendere gli ultimi giorni delle scadenze fissate, ed anzi sollecitiamo all'iniziativa fin d'ora le forze sociali, le classi lavoratrici, le stesse aziende che sono interessate ad una migliore funzionalità del servizio sanitario; sollecitiamo le categorie sanitarie che attraverso la riforma possono vedere la possibilità di una loro riqualificazione culturale e professionale; sollecitiamo le regioni e gli enti territoriali per i quali non basta rivendicare od attribuire poteri: devono anche attrezzarsi tecnicamente, scientificamente ed operativamente, e devono poi esercitare in piena democrazia ed in piena correttezza questi compiti e queste funzioni che vogliamo siano loro attribuiti.

Sappiamo che ci sono e ci saranno molte resistenze, perché la riforma sanitaria non è

soltanto la sostituzione di una nuova sigla, « servizio sanitario nazionale », alle vecchie sigle, sia pure così numerose. La riforma sanitaria significa, sul piano del benessere, porre i cittadini e i lavoratori in condizione di influire sul livello di salute, e quindi sul complesso delle loro condizioni di vita, e perciò rimuovere le cause lavorative e sociali che sono all'origine delle malattie; e significa sul piano politico sostituire ad un sistema clientelare, corrotto e corruttore, un sistema democratico, nel quale le classi lavoratrici e la collettività devono contare ed esercitare la loro influenza, nell'interesse generale del paese. (*Applausi all'estrema sinistra — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Quillèri. Ne ha facoltà.

QUILLERI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, poiché altri oratori della mia parte politica hanno già espresso la posizione liberale nei confronti di questo provvedimento per quanto riguarda la sua illegittimità sia sotto il profilo del ricorso alla decretazione d'urgenza (in quanto nessuno dei problemi in esso trattati è divenuto urgente oggi, essendo questi problemi, anzi, il frutto di errori precedenti, accumulatisi negli anni, problemi, quindi, che, se opportunamente affrontati all'inizio, non avrebbero certo comportato l'urgenza di oggi), sia per la pretesa di anticipare la riforma sanitaria (che preclude e pregiudica un serio dibattito sulla riforma stessa), mi limiterò ad esaminare alcuni aspetti finanziari del decreto in discussione. Lo scopo dichiarato dal Governo è di rimediare ad una situazione di stallo estremamente grave, caratterizzata da un accumulo di debiti da parte degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali, a loro volta in debito nei confronti delle imprese fornitrici. Esempi clamorosi sono quelli della mancanza di garze e di filtri per gli apparecchi per le dialisi. Già al 31 dicembre dello scorso anno, 1.200 ospedali italiani erano creditori nei confronti delle mutue di 2.100 miliardi, ed oggi questo deficit è di 3.000 miliardi; non solo, ma c'è da aggiungere che gli oneri passivi sostenuti dagli ospedali per debiti bancari, prima degli aumenti degli interessi sugli scoperti, erano stimati in circa 200 miliardi l'anno. E quest'anno diventeranno, se gli scoperti non aumenteranno, come invece avverrà quasi certamente a causa del nuovo contratto di lavoro degli ospedalieri, almeno 400 miliardi. Non ci sono solo i debiti degli ospe-

dali, ma ci sono anche i debiti delle mutue, che hanno con quelli degli ospedali un comune denominatore, quello cioè della gestione clientelare che ha portato all'assunzione di personale ben al di là dei bisogni, con la conseguente lievitazione dei costi. In conseguenza, gli ospedali, destinando buona parte dei fondi al finanziamento delle spese correnti, hanno ridotto gli investimenti per ammodernamento e miglioramento. In definitiva, la collettività non ridà al cittadino, sotto forma di servizio, quello che il cittadino paga, e che non è certamente poco (lo ha ricordato l'oratore che mi ha preceduto). Anche perché le stesse mutue si comportano — come dicevo prima — allo stesso modo. Risultato: costi elevati del servizio prestato.

In queste condizioni, il Governo ha adottato — con il decreto in esame — un provvedimento per il ripianamento del *deficit* degli enti mutualistici, stimato in 2.700 miliardi, che autorizza il ministro del tesoro a far ricorso per il reperimento di tale somma al mercato finanziario.

Ebbene, non possiamo fare a meno di considerare questo provvedimento in rapporto all'intero « pacchetto » predisposto dal Governo per scongiurare un aggravamento della crisi economica in atto, valutandone la validità in relazione alla sua coerenza o meno con le motivazioni date all'insieme dei decreti emanati.

A detta del Governo, i provvedimenti sono diretti a consentire (e vedremo alla fine in che modo ciò avverrà), attraverso una maggiore imposizione fiscale, un alleggerimento delle misure creditizie, con il fine ultimo di dare respiro al sistema produttivo.

Tale risultato dovrebbe avere come conseguenza indiretta un minor costo del denaro richiesto dalle industrie, specialmente quelle piccole e medie.

Ora, se consideriamo che il limite totale del credito dovrebbe essere contenuto in 22.400 miliardi, il ricorso al mercato finanziario per reperire i 2.700 miliardi necessari al ripiano del *deficit* delle mutue appare, a nostro giudizio, in contrasto con i fini generali.

Infatti, da un lato il reperimento di 2.700 miliardi attraverso operazioni finanziarie riduce la quantità di credito disponibile per gli investimenti, mentre dall'altro lato il trasferimento di tali somme agli ospedali rischia di tradursi, in buona misura, in un aumento della disponibilità per i consumi. Non dimentichiamo, infatti, che molti ospedali attendono il ripianamento del loro *deficit* solo per pagare stipendi ed emolumenti già maturati.

In definitiva, solo tra interessi e ammortamenti, per i 2.700 miliardi lo Stato dovrà pagare oltre 400 miliardi l'anno, con un *deficit* annuale crescente e molto vicino ai 600 miliardi: il sofisma di Achille e la tartaruga appaiono dunque una tragica realtà, se riferito al nostro sistema sanitario.

Ma c'è un altro motivo di incoerenza del presente decreto con gli indirizzi generali di politica economica. Aumentando infatti gli oneri contributivi in ragione dell'1,65 per cento della retribuzione imponibile (1,50 per cento a carico del datore di lavoro e 0,15 per cento a carico del lavoratore), noi provochiamo un aggravio di costi del sistema produttivo, che si tradurrà ovviamente e fatalmente in un aumento di prezzo dei prodotti finiti. E questo proprio in un momento in cui l'unico modo per alleviare lo squilibrio della bilancia dei pagamenti dovrebbe consistere nell'aumento delle esportazioni. Già siamo fuori mercato per talune piazze europee; con questo provvedimento, rischiamo di uscirne definitivamente.

In sostanza, la domanda iniziale che fu posta al Governo di fronte al « pacchetto » è sempre valida: perché il Governo vuole rastrellare 3.000 miliardi? Per ridurre la domanda interna, per stimolare la produzione destinata prevalentemente all'esportazione o per pagare (detto banalmente) gli stipendi dei fattorini delle mutue o il personale in esuberanza degli ospedali?

Onorevoli colleghi, il dubbio che si tratti di un circuito chiuso nel quale l'acqua viene pompata a vuoto è legittimo, di fronte a questo decreto-legge.

Se non mettiamo ordine nelle mutue, negli ospedali e nell'intero sistema assistenziale, facendo pagare ai mutuati le visite, le medicine, le cure termali, proprio per evitare quelle deformazioni cui prima mi riferivo; se non mettiamo ordine anche nel settore dei medicinali, rischiamo di girare a vuoto. Dobbiamo tagliare alla radice le cause del dissesto, consolidando, sì, i debiti delle mutue e degli ospedali, ma facendo carico ad essi, che hanno fatto questi debiti, delle quote di interesse e di ammortamento, per non premiare ancora una volta gli amministratori incapaci e per richiamarli ad una corretta gestione della cosa pubblica. Solo dopo aver fatto queste cose, potremo chiedere nuovi sacrifici ai cittadini.

Il ricorso al decreto-legge ci confisca del diritto-dovere di conoscere le cause del dissesto e di denunciare gli incapaci e i disonesti.

Tutti parlano di riforma sanitaria e tutti certamente l'auspicano in un contesto orga-

nico. Ma anche in questo caso, come in tutti i casi precedenti, la prima riforma — quella che non costa niente — consiste nel richiamo a quelle doti di parsimonia e di probità che hanno dotato nei tempi i nostri ospedali di grossi patrimoni che oggi si vogliono confiscare, e che hanno costituito l'orgoglio di amministratori della cosa pubblica che mai hanno pensato di costituirsi serbatoi di voti. Questa è la riforma, perché — giova ripeterlo ancora una volta — la crisi è certamente economica, ma ancor prima è crisi etica. (*Applausi dei deputati del gruppo liberale*).

Approvazione in Commissione.

PRESIDENTE. La X Commissione (Trasporti) nella seduta di oggi, in sede legislativa, ha approvato il seguente disegno di legge:

« Programma di interventi straordinari per l'ammodernamento e il potenziamento della rete delle ferrovie dello Stato e mutamento della denominazione del Ministero dei trasporti e dell'aviazione civile » (*approvato dal Senato*) (3121).

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole D'Aniello. Ne ha facoltà.

D'ANIELLO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, alcune settimane fa, poco dopo che il decreto-legge in esame era stato pubblicato, la direzione del mio partito, nel prenderlo in esame, concluse che il decreto, avendo molti aspetti positivi, andava appoggiato, pur con le riserve di miglioramento che si pensava di apportare in sede di Commissione, anche col contributo ovvio del rappresentante del gruppo repubblicano. Al termine di decine di ore di discussione in Commissione, e di questo lungo dibattito, vorrei seguire una strada molto più semplice di quella che è stata seguita dai colleghi che mi hanno preceduto.

Sono state avanzate obiezioni di incostituzionalità al decreto, sulle quali sorvolo perché sarebbe tempo perso continuare a riprendere questo argomento. Innanzitutto: il decreto era necessario, data la situazione degli ospedali? Su questo nessuno può rispondere negativamente. Secondo punto: questa necessità presentava caratteri di urgenza? Senza dubbio,

anche qui la risposta non può che essere nettamente positiva. Terzo: era possibile emanare ancora un altro decreto sulla stessa materia che avesse come unico fine (come hanno sostenuto alcuni colleghi in aula) il ripianamento dei debiti degli enti mutualistici nei riguardi degli ospedali? Evidentemente no, perché ciò significava non già persistere in un errore, quanto incentivare gli enti a continuare su una strada che, dato il meccanismo di formazione della retta, portava ad una sola conclusione sistematicamente ripetuta per tutti gli ospedali: l'aumento costante dei costi di degenza.

Pertanto, il decreto si giustifica appieno sotto l'aspetto della necessità e dell'urgenza. Ma questo decreto ha caratteri differenziali rispetto ad altri decreti? Non c'è dubbio. Nel titolo, infatti, si parla di « avvio della riforma sanitaria ». Ebbene, nonostante le critiche avanzate da alcuni colleghi, i quali hanno ritenuto di dover dire che non è congeniale ad un decreto l'immissione di elementi innovativi tali da prefigurare una riforma, ritengo che, se vi è una cosa che qualifica veramente il decreto in esame, è proprio il fatto — l'ho detto in Commissione e lo ripeto qui — che esso contiene indubbiamente elementi tali da costituire una base di avvio per la riforma sanitaria.

Poc'anzi il collega Berlinguer ha detto che nel decreto-legge avrebbe dovuto essere inclusa anche la risoluzione del problema della specialistica e quindi degli ambulatori degli enti mutualistici. Come aspirazione, anche a breve termine, posso trovarla giusta, ma essa avrebbe implicato, oggi, tali problemi tecnico-organizzativi che non sarebbe stato agevole impinguare il decreto-legge con altri elementi che ne potevano determinare un totale stravolgimento: si sarebbe, in pratica, attuata per decreto mezza riforma sanitaria.

È stato molto criticato il fatto che ancora i prelievi dei contributi vadano ad incidere sui fattori della produzione e, naturalmente, come oneri indiretti, come salario differito, sui lavoratori. Ma certamente coloro che hanno mosso questa critica conoscono meglio di chi parla quale sia la nostra situazione economica. Non avevamo altro modo per reperire ben 2700 miliardi. L'importante era bloccare il meccanismo della retta, cioè bloccare la spesa ospedaliera, porci nella condizione di poter finalmente fare un bilancio di previsione delle spese ospedaliere in Italia, cosa che con il meccanismo attuale, messo in atto dalla legge n. 132 del 1968, non sarebbe stata mai possibile. Questa è una grandissima conquista,

perché pone, oltre tutto, le basi per poter fare una previsione circa la spesa sanitaria globale avendo come punto fermo la spesa ospedaliera.

Questo decreto, poi, si ripercuote indirettamente anche in altri settori. Nella misura in cui noi facciamo confluire nel Fondo nazionale ospedaliero i residui sulla somma preventivata, nel caso ve ne fossero, e nella misura in cui abbiamo stabilito la necessità di parametri circa la qualità dell'assistenza, attraverso questa strada possiamo cominciare a far diminuire il distacco, anche in questo campo, nel livello qualitativo assistenziale tra nord e sud.

Quando infatti arriveremo a trattare dell'articolo 7, relativo alle compartecipazioni dei medici, potremo verificare che questo è un fenomeno che particolarmente incide sugli ospedali del nord, i quali, proprio per la loro migliore organizzazione, possono mettere i loro medici nella condizione di fornire prestazioni libero-professionali in ospedale in quantità enormemente maggiore rispetto a quanto possa avvenire negli ospedali del sud.

Vi è poi il rilievo circa i debiti dei comuni nei riguardi degli ospedali. Questo fattore, naturalmente, costituisce indirettamente un sollievo un po' per tutti i comuni d'Italia, ma in particolare, anche in questo campo, per i comuni del nostro Mezzogiorno.

Desidero ancora richiamare l'attenzione su un articolo veramente qualificante, il 12-bis, che prevede il « commissariamento » delle mutue a data precisa. A questo riguardo non ho difficoltà a dire che il mio partito, quando seppe della decisione di attuare il commissariamento a più o meno breve scadenza, si preoccupò di suggerire un limite, che poi è stato accettato, tale da consentire che nel momento in cui iniziava il « commissariamento » alle mutue potessero essere per lo meno predisposti i programmi per quelle tali unità sanitarie locali alle quali dovrebbe, oltre tutto, essere trasferito il personale che attualmente è in servizio presso gli enti mutualistici.

Il decreto-legge, anche se non risolve — e non può pretendere di farlo — il problema dell'uso o dell'abuso dei farmaci, cui hanno fatto cenno anche altri colleghi, inizia indubbiamente, con quanto disposto all'articolo 9, ad indicare le strade da imboccare per la soluzione. A mio avviso tuttavia, del problema dei farmaci non si può parlare soltanto sotto un certo angolo visuale (così come è stato fatto, a rafforzamento di quanto già detto in altra sede, e ripetutamente), perché esso,

investendo un insieme di aspetti che in Italia hanno vieppiù acquistato importanza, richiede un esame molto approfondito ai fini di una giusta soluzione. Tutti infatti sappiamo come quelle che risultano essere oggi le industrie più rilevanti del settore sono in gran parte, se non tutte, a partecipazione di capitale straniero. Non vorrei perciò che si stessero per varare provvedimenti che, invece di favorire un settore industriale italiano, si risolvano in un vantaggio per il capitale straniero.

Una parte molto importante del decreto-legge in esame è anche quella che riguarda il blocco delle assunzioni fuori organico. Sappiamo tutti che le amministrazioni ospedaliere, purtroppo, hanno brillato spesso, anche se vi sono state eccezioni lodevolissime, per una politica clientelare che ha impinguato gli organici degli ospedali ai soli fini di raggiungere gli scopi di cui abbiamo già parlato. La discrepanza fra le rette di alcuni ospedali e quelle di altri risiede proprio in questo. Quando, infatti, un ospedale del sud assume 20 o 22 giardinieri è evidente che la sua retta arriverà a cifre tali che, come ha detto poco fa l'onorevole Giovanni Berlinguer, sarà più opportuno ricoverare un malato all'*Hilton*, se non altro perché il suo miglioramento sul piano psicologico, dovuto a ragioni ambientali, lo condurrà a liberarsi da sé della sua malattia.

Comunque, sul piano dei contributi, abbiamo cercato di fare quanto era possibile, sgravando, almeno parzialmente, i lavoratori autonomi che, allo stato attuale, si trovano a dover pagare la loro assistenza ad un prezzo molto più alto degli altri lavoratori. Ciò avviene perché, mentre nella legge istitutiva degli enti mutualistici dei lavoratori autonomi si stabiliva che lo Stato avrebbe dovuto contribuire almeno per il 40 per cento, oggi, se si vanno ad esaminare i bilanci di tali enti, si scoprirà che per alcuni di essi il contributo dello Stato è ridotto a poco più del 10 per cento rispetto all'onere a carico dei lavoratori autonomi che, talvolta, hanno un tenore di vita molto basso.

È sperabile che il passaggio alle regioni dell'assistenza ospedaliera, che avrebbe dovuto essere attuato già da molto tempo, conduca anche ad un miglioramento della funzionalità degli ospedali. Vorrei in proposito osservare che alcune delle cifre citate dall'onorevole Giovanni Berlinguer — non so se ho udito male io, o se il collega si è distratto — non mi sembrano esatte. Non è affatto vero, cioè, che in Italia si abbiano mediamente 9,7

posti letto per ogni mille abitanti; ne abbiamo molto meno: in Calabria, ad esempio, ci sono 3,3 posti letto per ogni mille abitanti. Probabilmente il riferimento è rivolto alla durata della degenza, che in Italia è normalmente superiore a quella di tutti gli altri paesi. Si innesta qui il problema del miglioramento della funzionalità degli ospedali, che non potrà aversi se a monte non aumenta l'assistenza di base, la quale costituisce un grande problema. È vero che l'Italia ha una morbilità molto alta, ma è altrettanto vero che tale morbilità in parte è fittizia. Quando si sostiene che le condizioni di salute del popolo italiano sono scadenti, evidentemente non si hanno presenti le statistiche. Se prendiamo in esame la statistica relativa alla media della durata della vita dei cittadini in Europa e per l'Italia assumiamo lo *standard* a partire dai cinque anni, ci accorgiamo per fortuna che la media della durata della vita dei cittadini italiani è la più alta d'Europa. Tuttavia, poiché la media si fa partendo da zero, avendo il nostro paese una incidenza di mortalità infantile vergognosamente alta, raggiungiamo una media nella durata della vita più bassa di quella di altri paesi.

Ritengo che, se vogliamo affrontare e risolvere tutti insieme i problemi dell'assistenza sanitaria del paese, dobbiamo sgombrare il terreno da idee preconcepite e da schematismi. Non vi è settore in cui il rapporto umano, la predisposizione umana incida di più come nell'assistenza sanitaria. Uno scrittore francese, dicendo una grande verità, affermava che quando si parla di salute siamo tutti protagonisti.

Accade invece che quando si parla dell'assistenza sanitaria o di una componente essenziale della stessa, e la si critica, persino con disprezzo della verità, non si fa l'interesse dell'assistenza sanitaria. Credo di non poter essere accusato di corporativismo, ma come medico non sono in condizioni di tollerare il sistematico attacco all'intera categoria, per eccezioni che posso riconoscere, ma che non dovrebbero ricadere sui medici. Colgo l'occasione per chiedere scusa se qualche volta ho reagito in modo troppo energico verso alcuni colleghi, ma la sistematica denigrazione di una categoria, della quale per altro non si può fare a meno se si vuole realizzare una qualsiasi assistenza sanitaria, non è giustificabile. Si fa sempre riferimento al grande guadagno dei medici e non si effettua un confronto con altri tipi di lavoro di altre categorie privilegiate che, lavorando quanto

o forse meno dei medici, realizzano guadagni notevoli.

Ho presentato un emendamento all'articolo 7 del decreto-legge di cui vorrei dar ragione. È un fatto realistico che il tempo dei missionari, persino quello dei santi, è tramontato. È inutile farsi delle illusioni: voi eliminate ogni incentivo, ma mi sapete dire se una qualsiasi categoria è disposta a lavorare sempre e solo gratuitamente?

VENTUROLI. Non vorrà dirci ora che i medici piangono miseria?

D'ANIELLO. No, non dico che i medici piangano miseria; tuttavia nel momento in cui ritenete di dover avere, per gli ospedali, un determinato tipo e un determinato numero di prestazioni e nello stesso tempo dite che al di là di certe prestazioni i medici non devono percepire alcuna remunerazione poiché hanno raggiunto il « tetto », ritengo siate in contraddizione.

A questo punto, vorrei pregare gli onorevoli colleghi di voler considerare la cosa realisticamente. Avendo stabilito che l'aiuto o il primario medico di un ospedale, allorché hanno raggiunto il 40 per cento della loro retribuzione mensile, tramite le prestazioni ambulatoriali libero-professionali, non hanno più diritto a nulla, mi sapete dire per quale motivo essi dovrebbero continuare ad offrire le loro prestazioni?

BIAMONTE. Diciamo la verità: non svolgono essi la libera professione? Nella città da cui provengo, si sa bene cosa significhi fare il primario ospedaliero, e poi svolgere anche la libera professione di medico.

D'ANIELLO. Onorevole Biamonte, attraverso questo sistema voi spingerete sempre più i medici a lasciare gli ospedali, ma spingerete — e questo è peggio — i medici più qualificati a compiere questo passo, cioè quelli che hanno più di altri la possibilità di ottenere altri tipi di remunerazione.

Vorrei affidare questo problema alla vostra riflessione in una maniera molto distaccata, anche perché oggi sono rasserrenato, in un certo senso, e non ho più interessi di questo genere.

La stessa cosa è avvenuta per quanto riguarda il problema delle case di cura private. Infatti, non credo fosse necessario stabilire che le convenzioni con le case di cura private si sarebbero stipulate solo nel caso in cui l'assistenza ospedaliera non avesse con-

sentito di far fronte alle esigenze manifestatesi. Come ho già detto in Commissione, un atteggiamento del genere sarebbe stato giustificato nel caso in cui l'assistenza ospedaliera avesse potuto far fronte alle necessità. Ma dal momento che non si è in queste condizioni, un'affermazione del genere rischia di diventare soltanto una dichiarazione di intenzioni negativa in riferimento ai fini che si intendono perseguire.

Come l'onorevole Venturoli ha ricordato in Commissione, su un totale di 1.096 case di cura, soltanto 110 hanno stipulato delle convenzioni; pertanto, in questo modo, si vengono a colpire proprio queste ultime che, oltre tutto, hanno reso un certo servizio — anche se lo hanno fatto a fine di lucro — colmando, in parte, le lacune dell'assistenza sanitaria ospedaliera.

Vorrei ricordare a questo proposito che, per esempio, la provincia di Avellino poteva contare su un posto-letto per ogni 1.000 abitanti (l'onorevole Vetrano qui presente può confermarlo). La Calabria, regione del collega Biamonte, prima dell'attuale rapporto, cioè 3 posti-letto per ogni 1.000 abitanti, poteva contare su una percentuale dello 0,09 o 1,2 posti-letto per 1.000 abitanti. Allora, per quale ragione si sono volute fare affermazioni delle quali si sarebbe potuto fare benissimo a meno?

Inoltre, si istituiscono comitati regionali composti di 5-10-15 persone senza fare riferimento ai medici, come se della assistenza ospedaliera i più incompetenti dovessero essere, per legge, i medici.

BIANCHI ALFREDO. Non c'è mica scritto che i medici sono esclusi!

D'ANIELLO. È evidente che, facendo parte del Consiglio sanitario nazionale, composto di 98 persone, un solo medico, è anche naturale pensare che, in base a questa logica, non c'è bisogno di inserirne in un comitato di poche persone.

Vorrei ricordare che fino ad ora la qualità è stata soffocata dalla quantità; e la quantità era la demagogia di un'assistenza che si diceva di voler dare a tutti senza aver compreso bene come si dovesse effettivamente dare.

Tutto ciò ha portato a stabilire un numero di prestazioni enormi ed eccessive, senza pensare che un medico non può svolgere un tale numero di prestazioni che siano nello stesso tempo qualificate.

L'onorevole De Lorenzo, qui presente, può testimoniare che una volta ho proposto che la federazione degli ordini fissasse il numero massimo di visite domiciliari e ambulatoriali che può prestare un medico, proprio al fine di migliorare la qualificazione professionale. Ma questo fine non lo raggiungerete di certo, se continuerete a procedere lungo la strada che avete imboccato.

Concludo affermando che, quando il progetto di riforma sanitaria verrà al nostro esame, avremo ovviamente modo di recare il nostro modesto quanto appassionato contributo, in maniera più impegnata ed approfondita di quanto non fosse necessario fare in questo momento, per un provvedimento che, al proprio titolo di decreto-legge, corrisponde fedelmente nella misura in cui cerca di soddisfare esigenze necessarie, urgenti e non procrastinabili. (*Applausi dei deputati del gruppo repubblicano*).

PRESIDENTE. Non essendovi altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

Ha facoltà di replicare il relatore, onorevole Mario Ferri.

FERRI MARIO, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, non abuserò della vostra pazienza e cercherò di riassumere rapidamente le impressioni che possono essere tratte dalla discussione sulle linee generali.

Il tema della discussione non è solo di grande attualità: esso, per il fatto di essere connesso alla realtà del paese che impone a ciascuno di noi momenti di riflessione, ha anche suscitato l'attenzione delle diverse parti politiche e ha, direi, allargato gli orizzonti dell'argomento oltre il contenuto del decreto in esame, anticipando — come era nelle linee del decreto stesso — le direttive fondamentali della riforma sanitaria.

Non aveva certo la pretesa di risolvere tutti i problemi dell'organizzazione sanitaria del nostro paese questo decreto che, come abbiamo avuto modo di dire stamane, è stato ispirato dalla necessità imprescindibile di restituire un minimo di condizioni vitali agli ospedali italiani. Non vi è gruppo politico, in questa sede e fuori di essa, che non abbia rilevato la necessità di un provvedimento immediato, inteso a porre gli ospedali nazionali nelle condizioni di poter proseguire l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Nonostante che, in questa sede e fuori di essa (anche nel corso dello stesso dibattito), si sia convenuto sulla necessità e l'urgenza di adottare un provve-

dimento di questo tipo e natura, si è cominciato con il mettere in dubbio questi stessi caratteri nel caso in esame, perché, richiamandosi all'articolo 77 della Costituzione, si è ritenuto di mettere in discussione la costituzionalità stessa del decreto. Eppure, secondo noi, si tratta di un provvedimento che segue la logica più vicina alle indicazioni ed ai contenuti cui debbono ispirarsi i provvedimenti che hanno, sì, un raggio d'azione circoscritto e limitato, ma che, proprio per il fatto di nascere dalla constatazione di uno stato di disagio e di necessità, debbono andare a ricercare anche le ragioni che hanno determinato questo stato di necessità, se si vuole che questi provvedimenti conseguano il risultato di rimuovere le cause del lamentato stato di disagio.

La logica del provvedimento è ispirata, ripeto, da questa situazione di estremo disagio degli ospedali a causa dei debiti che, nei loro confronti, hanno contratto gli istituti mutualistici; si dà pertanto mandato al ministro del tesoro di compiere le necessarie operazioni finanziarie per il reperimento dei fondi intesi a risanare la situazione debitoria nei confronti degli ospedali italiani. Ma se il decreto si fosse fermato a questo punto, non avrebbe affondato il giudizio nella realtà della situazione del paese, perché avremmo lasciato intatti i motivi e le ragioni che hanno determinato questa situazione, senza aver dimostrato la capacità o la volontà di fare un passo innanzi in direzione della rimozione degli inconvenienti che si verificano nel sistema ospedaliero e sanitario del paese.

Ecco, allora, la necessità di ripianare i bilanci degli ospedali e di reperire i mezzi per dar corso non ad operazioni finanziarie circoscritte e limitate, bensì ad un'operazione finanziaria che serva esclusivamente al raggiungimento degli obiettivi che il decreto-legge si prefigge. Ma, a questo punto, il discorso si è andato allargando, investendo tutta una serie di garanzie strettamente legate alla validità del provvedimento in direzione del blocco degli organici degli ospedali e del blocco delle mutue, cioè in direzione di una serie di cautele necessarie ed indispensabili, se vogliamo arrivare alla riforma sanitaria con un sistema che non sia ancor più compromesso, ma riceva piuttosto il maggiore sollievo da un provvedimento valido come questo.

Che cosa è venuto fuori dinanzi ad un'intenzione manifestata in questo senso e in questa direzione? Sono venute fuori delle critiche che, a nostro giudizio, hanno tono specioso, soprattutto quando si riallacciano a

vecchi temi, che per noi sono usuali, riaffermati ogni qualvolta si è cercato di impedire che i problemi dello stato sanitario del paese venissero affrontati con decisione e con estrema serietà. Vi è stato un po' troppo calore nella difesa del medico, non certo offeso da questo provvedimento. Non voglio dire qui che alcuni colleghi forse si sono lasciati prendere la mano da una difesa eccessiva della categoria, da un eccessivo spirito di corpo; voglio solo dire che essi l'hanno fatto per amore della loro professione. Rimane il fatto, però, che siamo andati al di là non solo delle intenzioni, ma del contenuto stesso del decreto-legge sottoposto al nostro esame.

Dove si offende il medico? Dove si trovano quei motivi punitivi verso il medico, così da abbrutirlo dinanzi al paese e da renderlo vittima chissà mai di quali soprusi e prepotenze? Vi è un solo articolo, mi pare, nel quale il medico trova la sua collocazione ed è quello che affronta il problema dei proventi, delle compartecipazioni ospedaliere. È un articolo che la Commissione ha modificato, credo, nel senso più giusto possibile.

Ho avuto modo di dire l'altro giorno in Commissione ad un illustre collega, che si lamentava del modo con il quale avevamo concluso il dibattito attorno a questo tema, che, se mai, avrebbe dovuto ringraziare la Commissione e prendere atto positivamente delle conclusioni del dibattito, perché, in definitiva, il decreto recepiva il contenuto degli accordi nazionali liberamente sottoscritti dalle organizzazioni dei medici. Se poi, fra le tante organizzazioni dei medici, ve ne sono alcune che riconoscono tali accordi ed altre che invece li respingono, questo è un problema che non riguarda noi, che, in questa sede, dobbiamo limitarci a prendere atto che è stato sottoscritto un accordo nazionale e che esistono altri accordi nazionali precedenti a quello ultimamente sottoscritto. E noi, infatti, non abbiamo fatto altro che richiamare nel decreto la validità degli accordi nazionali.

In che cosa abbiamo vessato la categoria dei medici? L'abbiamo vessata per il fatto che ci siamo richiamati all'ultimo accordo nazionale, nel quale si prevede che il tetto al di là del quale le compartecipazioni non possono andare è stabilito nel 75,60 per cento del trattamento economico? La Commissione, nel quadro di una serie di sacrifici che è andata richiedendo ad altri cittadini italiani — non ci dimentichiamo che occorrono sacrifici per risolvere questo problema, per risolvere cioè il problema della situazione degli ospedali del

paese, situazione alla quale hanno contribuito tanti fattori; forse fra i tanti fattori, per una parte piccolissima, un briciolo di responsabilità può andare anche agli operatori sanitari - ha detto: nel momento in cui si adotta un provvedimento per risanare la situazione, ai sacrifici che chiediamo a tanti, ne va aggiunto uno da chiedere agli operatori sanitari. Ed allora, recependo l'accordo nazionale nel decreto, ci siamo permessi di proporre un abbassamento del tetto, nel senso che le compartecipazioni non possono raggiungere il 75 e il 60 per cento, ma il 60 per cento per i medici a tempo pieno e il 40 per cento per i medici a tempo definito.

Questo mi pare sia il solo motivo che, all'interno del decreto, finisca per investire la classe medica nel suo complesso. Ritengo quindi veramente ingiustificate le lagnanze che in quest'aula abbiamo sentito da questa mattina con una certa insistenza, forse anche con un certo livore, nei confronti di un ministro che avrà anche potuto esagerare in alcuni giudizi che, responsabilmente per quel che lo riguarda, ha inteso esprimere, ma che non ha detto nulla che possa costituire elemento di così decisa reazione; a meno che non si sia voluto prendere il pretesto per raggiungere altri obiettivi, diversi da quello di far notare al ministro di aver commesso, forse, una indelicatezza, nel momento in cui si è espresso così come si è espresso. Per il resto, il decreto cammina per la sua strada. Se il decreto cammina sulla via della riforma sanitaria - e ho concluso, onorevoli colleghi, perché voglio essere fedele all'impegno che ho assunto - se, finalmente, a differenza di tante altre volte, una volontà politica si va manifestando, non in senso aleatorio o per giustificare scelte politiche che poi sono rimaste allo stato di mera intenzione, se la volontà politica di una maggioranza cammina veramente in direzione dell'attuazione della riforma sanitaria, certo, se questa volontà cammina in questa direzione, ci rendiamo ben conto della reazione che una intenzione di tal tipo è capace di scatenare, e scatena, all'interno del paese. Ma, direi, ciò sta nel conto: nessuno di noi può credere che sia possibile rimuovere strutture vecchie; questa mattina l'onorevole Signorile diceva « strutture nelle quali, vicino ad arbusti, ad alberi vecchi, crescono o si manifestano arbusti verdi ». Se siamo in queste condizioni, è chiaro che dobbiamo mettere nel conto uno scontro all'interno del paese e della società fra chi crede nella affermazione di cose nuove e nella modifica di strutture vecchie e chi, invece, si oppone a che

questo avvenga. Sta nella logica delle idee e delle posizioni di ciascuno di noi. E non ci meraviglia, quindi, aver ritrovato, qui, vecchi motivi come quello, per esempio, che, insieme ai medici, avremmo offeso le case di cura solo perché abbiamo inteso valorizzare, così come deve essere valorizzato, l'ente pubblico nei confronti di una istituzione di carattere privato. Probabilmente anche perché la nostra valutazione parte dal presupposto che l'ente pubblico sia un ente che serve la collettività, mentre la casa di cura privata - sia pur con la miglior buona volontà nei confronti di coloro che ne sono proprietari e gestori - un po' di utile e un po' di reddito deve pur darlo a chi la gestisce. Nel nostro modo di concepire, quindi, le strutture sanitarie del paese, è chiaro che la casa di cura non può essere collocata sullo stesso piano dell'ospedale ente pubblico, che assolve a ben altre funzioni e che risponde a diverse sollecitazioni.

Desidero infine fare un'osservazione circa la questione del « tetto » a cento miliardi. Anche in Commissione abbiamo provato una certa perplessità nei confronti della formula contenuta nel decreto-legge: infatti, dire che il fondo per l'assistenza ospedaliera è costituito da una serie di entrate e da un contributo integrativo dello Stato che non può superare i cento miliardi, può anche significare che, il giorno in cui le regioni saranno impegnate nell'assolvimento di tale preciso compito, potranno anche trovarsi a gestire una serie di situazioni debitorie, tali da rendere difficile la loro attività. Tuttavia ci siamo sentiti confortati dal fatto che è stato possibile concordare un emendamento all'articolo 16 del decreto-legge, nel quale si stabilisce che il CIPE ogni anno valuti le necessità dell'assistenza ospedaliera e, ove dovesse riscontrare un'insufficienza del fondo, si provveda con legge all'alimentazione ulteriore di tale fondo. Con tale emendamento si dà dunque qualche garanzia a chi dovrà, a partire dal primo gennaio 1975, gestire l'assistenza ospedaliera.

Forse si sarebbe potuto fare di meglio e di più. Certo esiste, ad esempio, il grosso problema delle gestioni per conto INAM, delle casse di soccorso, delle mutue assistenziali. Il campo di intervento avrebbe dovuto essere più ampio, perché vi sono situazioni, oltre quelle prese in esame dal provvedimento, che hanno necessità di essere sanate. Siamo convinti, però, che quei problemi saranno affrontati entro un breve arco di tempo. Si tratterà di vedere se, con apposito disegno di legge, oppure nel quadro della

liquidazione del sistema mutualistico, ciò potrà essere fatto. Non credo, infatti, che si potrà arrivare alla liquidazione del sistema mutualistico lasciando sussistere situazioni creditorie di cassa aziendale o delle casse di mutuo soccorso. È chiaro che, nel momento in cui porremo fine al sistema mutualistico, dovremo liquidare la situazione debitoria strettamente legata al sistema stesso.

Ritengo che il provvedimento, così come era nelle intenzioni del Governo, che lo ha proposto, e come è risultato — me lo consenta, signor ministro — dopo l'apporto che tutti i gruppi hanno saputo dare in Commissione, assolva veramente al compito che si prefiggeva: dare fiato e respiro agli ospedali, in modo che tutta una serie di sperperi e sprechi siano eliminati dal sistema sanitario, e soprattutto cominciare a gettare le basi per la soluzione integrale del problema, che risiede soltanto nell'attuazione della riforma sanitaria. (*Applausi al centro e a sinistra*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare l'onorevole ministro della sanità.

COLOMBO VITTORINO, Ministro della sanità. Signor Presidente, onorevoli colleghi, debbo rivolgere anzitutto un ringraziamento a tutti i componenti la Commissione igiene e sanità e agli altri oratori intervenuti in Assemblea per la fattiva collaborazione fornita ai fini di migliorare il decreto-legge. In un paese democratico l'esecutivo si sente sempre onorato per questa azione di collaborazione e di miglioramento.

È necessario sottolineare ancora in questa sede, anche se brevemente, la delicatezza della situazione ospedaliera; situazione che ha indotto il Governo a emanare il decreto ora in esame. Il credito vantato dagli enti ospedalieri nei confronti degli enti mutualistici è di circa 2.700 miliardi; il blocco del credito da parte degli istituti bancari e degli stessi fornitori nei confronti degli ospedali ha portato drammaticamente ad una paralisi delle strutture ospedaliere, alcune delle quali hanno addirittura registrato una forzata contrazione dei ricoveri e delle prestazioni.

Di fronte ad una situazione senza concrete ed immediate vie d'uscita, il Governo si è visto costretto a provvedere mediante il ricorso ad un prestito del volume di 2.700 miliardi di lire, che consentisse il ripianamento dei debiti e, quindi, l'integrale ripresa dell'attività assistenziale. Il ricorso allo strumento del decreto-legge, limitato alla semplice operazione finanziaria, ha preoccupato notevolmente le

forze politiche e sociali, alle quali è sorto immediatamente il sospetto che si volessero ripetere analoghe esperienze passate, che non solo non conseguirono il fine specifico per il quale esse vennero promosse, cioè il ripianamento dei debiti, ma, in sostanza, apparvero un diversivo per non concretizzare l'impegno politico di un organico disegno di riforma sanitaria. Nel contempo, a causa della situazione economica e finanziaria del paese, il provvedimento in esame ha richiesto particolari sacrifici alla collettività, attraverso l'aumento dei contributi assistenziali. Anche questo elemento ha spinto le forze politiche e sociali e lo stesso Governo a ritenere necessaria una finalizzazione delle misure urgenti, imposte dalla grave situazione ospedaliera, verso più concreti e definiti impegni relativi all'attuazione della riforma.

La volontà politica del Governo si era manifestata nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente Rumor, all'atto della presentazione del suo Ministero alle Camere, indicando la data del 31 luglio come termine entro il quale il Consiglio dei ministri avrebbe varato il disegno di legge di riforma. Tuttavia, è sembrato opportuno e doveroso corrispondere alla richiesta delle forze politiche e sociali in ordine a un preciso collegamento tra provvedimento finanziario urgente e disegno di riforma.

A questo riguardo, mi corre l'obbligo di sottolineare che quanti, dentro e fuori il Parlamento, hanno confermato scetticismo e dubbi circa la volontà del Governo e delle forze di maggioranza di tener fede alla scadenza indicata per il varo del disegno di legge di riforma sanitaria, sono stati smentiti. Nei prossimi giorni, il Parlamento potrà disporre, per il necessario approfondimento, del disegno di legge varato il 31 luglio dal Consiglio dei ministri.

Il decreto-legge, proprio per le considerazioni già espresse, è stato formulato in due parti fondamentali; una prima, strettamente finanziaria, con la quale si provvede al ripianamento delle somme necessarie per il ripianamento della situazione debitoria degli ospedali e alle modalità di ammortamento del prestito; una seconda parte, che intende operare nel settore delle spese, per correggere — in parte, almeno — le cause che ricorrentemente determinano le passività degli enti ospedalieri. Ciò si consegue mediante opportune norme di contenimento della spesa ospedaliera, richiedendo sacrifici anche ad altre categorie sociali che operano all'interno degli enti. Con queste norme di salvaguardia, qual-

cuno ha temuto per la vita stessa degli ospedali e per la loro concreta possibilità di funzionamento; anzi, si è definito il provvedimento come atto-capestro contro gli ospedali. Anche alcuni settori del personale medico (non tutto il settore, fortunatamente) hanno espresso preoccupazioni, nonché proteste, contro il provvedimento nel suo complesso, ed in particolare contro quella parte che incide sui compensi dei sanitari. È facile dimostrare il contrario: senza questo decreto, gli ospedali, già in stato comatoso, soccomberebbero in modo inequivocabile.

Per quanto concerne la seconda motivazione, debbo dire che mi rifiuto di pensare la classe medica, tutta la classe medica, mossa da motivi puramente economicistici. In un momento difficile per l'intero paese e, in particolare, per il settore sanitario, per cui si sono dovuti chiedere notevoli sacrifici ai lavoratori dipendenti, a quelli autonomi e ad altre parti sociali, era doveroso chiedere solidarietà anche alle componenti sanitarie più direttamente interessate, cioè anche ai medici ospedalieri.

Abbiamo corretto alcune punte previste dal decreto, cercando di facilitare coloro che hanno già fatto scelte più in sintonia con la politica ospedaliera, e cioè quelli che hanno scelto il tempo pieno. Ritengo che la piattaforma risultante sia congrua per la tutela delle esigenze professionali ed anche economiche del personale medico. Dobbiamo essere scrupolosamente rispettosi dei diritti delle varie categorie, delle varie azioni di protesta: anche del ricorso allo strumento dello sciopero per la difesa dei propri diritti. Ci permettiamo, però, di ricordare che in alcuni settori — e quello sanitario è nella prima posizione — non si tratta, con lo sciopero, di bloccare un qualsiasi tipo di produzione, bensì di incidere, anche con tutte le cautele relative all'assistenza dei casi urgenti, su un valore fondamentale dei cittadini, e cioè la salute.

Qualcuno ha parlato non di professione del medico, ma di missione del medico. Sono anch'io di questo parere, non in modo demagogico e velleitario, ma concreto, e pensando in questo modo credo di interpretare il vero spirito della parte migliore di questo gruppo sociale.

Altro punto qualificante è quello che dà inizio ad una politica del farmaco. Anche qui vorrei sfatare una accusa e cioè quella di una volontà di persecuzione nei riguardi dell'industria farmaceutica. Nessuno vuole penalizzare attività valide, anche industriali: si vo-

le invece controllare un tipo di consumismo proprio delle società sviluppate e cioè quello del farmaco. La spesa delle mutue nel 1973 per questo settore è stata di 788 miliardi; nel 1974, estrapolando i consumi del primo quadrimestre, raggiungerà i 950 miliardi con un incremento, quindi, del 17 per cento. Si tratta, cioè, di riconoscere a tutti la possibilità di accedere alle prestazioni farmaceutiche degne di questo nome, limitando invece gli altri tipi di prestazione che, nel migliore dei casi, vengono definiti di conforto. Questo non tanto e non solo per ragioni economiche di costi, ma per la difesa e per la tutela della salute dei cittadini, anche mediante un sano ed oggettivo uso del farmaco.

La parte certamente più significativa sul piano politico è la terza, con cui si realizza un sostanziale passo verso la riforma sanitaria per quanto concerne il settore ospedaliero, in adesione al dettato costituzionale, secondo il quale spetta proprio alle regioni provvedere all'assistenza sanitaria ospedaliera. Questo passaggio dell'assistenza ospedaliera alle regioni è significativo sia sul piano costituzionale — applicazione dell'articolo 117 — sia su quello della maggiore partecipazione dei cittadini alla gestione di un settore tanto delicato, sia per la possibilità di meglio qualificare questo tipo di assistenza e, infine, per la possibilità di meglio controllare l'ammontare della spesa ospedaliera.

La spesa degli enti mutualistici passerà dai 1.900 miliardi del 1973 ai 2.200 miliardi del 1974. Abbiamo rette ospedaliere per ospedali tra loro paragonabili in termini di dimensioni, di attrezzatura ed anche di localizzazione, che variano dalle 42 mila lire di retta giornaliera alle 25, 22 e 20 mila lire; abbiamo lunghezze medie di degenza, in ospedali sempre paragonabili tra loro, che variano dai 20 ai 12 giorni contro gli otto-nove giorni di ricovero medio negli ospedali inglesi.

Il sistema centralizzato non è più in grado di seguire in modo adeguato questa assistenza. Il trasferimento dell'assistenza ospedaliera alla regione risulta però un fatto positivo solo nella misura in cui si consegna alla regione il sistema a regime, cioè senza debiti pregressi e con un congruo equilibrio tra entrate ed uscite. È quello che abbiamo fatto con questo provvedimento, salvando i debiti per l'ammontare di 2.700 miliardi e prevedendo una gestione economicamente garantita. Abbiamo cioè applicato tra Stato e regione l'articolo 81, cioè pareggio tra entrate ed uscite, anche nel passaggio di funzioni

fra i vari livelli di governo, prevedendo oltre che il passaggio di funzioni anche i relativi e congrui stanziamenti.

Su questa linea è previsto anche il completo trasferimento alle regioni delle mutue, dei compiti relativi al settore ospedaliero facendo, nel contempo, saltare il meccanismo della retta, che ha rappresentato il fattore di accrescimento della spesa ospedaliera non facilmente controllabile, nonché il classico fattore di rapporto tra ospedali e sistema mutualistico.

Il nuovo sistema finanziario previsto dal decreto è invece basato sull'attuazione di un fondo nazionale per la spesa ospedaliera che viene determinata non più in sede consuntiva ma in sede preventiva, con un bilancio liquido ma certo, che assicura agli enti ospedalieri una disponibilità permanente. A carico di tale fondo, che sarà ripartito secondo parametri opportuni tra le regioni, andrà l'assistenza sanitaria ai non abbienti, finora a carico dei comuni, venendo così a determinare uguaglianza di trattamento da parte di uno stesso ente erogatore.

Altro elemento qualificante del provvedimento è il superamento di ogni limite temporale di assistenza ospedaliera a tutti i cittadini, indipendentemente dalla categoria sociale di appartenenza.

Si completa, così, onorevoli colleghi, un ciclo importante, ma ormai superato dell'assistenza ospedaliera, quello basato sulle mutue. Davanti all'assistenza ospedaliera non esiste più la differenza fra gruppi o ceti sociali, operai, coltivatori diretti, artigiani, commercianti o professionisti: esiste il cittadino nel suo identico e massimo valore come persona umana.

Qualche oratore ha usato affermazioni negative e pesanti nei riguardi del sistema mutualistico. Non ritengo sia utile la polemica in un senso o nell'altro; si tratta solamente, ma concretamente, di constatare che, nel momento in cui tutta la popolazione italiana risulta pressoché coperta dall'assistenza, questo sistema a struttura verticale, basato sul gruppo sociale, deve lasciare il posto ad un sistema più generalizzato, su base orizzontale, avente come soggetto-oggetto il cittadino.

Il raccordo principale tra provvedimento urgente e riforma sanitaria è rappresentato certamente dal termine previsto per il « commissariamento » delle mutue, dal termine entro il quale le medesime dovranno trasferire tutte le loro competenze e i rispettivi patrimoni personali ai vari livelli del servizio sanitario nazionale. Pertanto, l'approvazione

del disegno di legge di riforma da parte del Consiglio dei ministri e i contenuti riformatori del presente provvedimento rendono ormai irreversibile il processo di realizzazione della riforma sanitaria, dando significato di concretezza politica alla volontà del Governo e delle forze di maggioranza, delle forze sociali e sindacali dell'intero paese per conseguire un assetto nuovo e definitivo di sistema sanitario moderno, funzionale e partecipato. È la convinzione personalista e solidarista della persona e della società, punto fondamentale della nostra Costituzione, che ci fa muovere in questo tipo di impegno politico e che ci fa chiedere l'approvazione dell'intero provvedimento. (*Applausi al centro e a sinistra*).

PRESIDENTE. Si dia lettura dell'articolo unico del disegno di legge, nel testo della Commissione, con la avvertenza che gli emendamenti debbono intendersi riferiti agli articoli del decreto-legge.

PISTILLO, Segretario, legge:

« È convertito in legge il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per la estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria, con le seguenti modificazioni:

All'articolo 1, alla fine del primo comma sono aggiunte le parole: e, nell'ambito delle residue disponibilità, dei comuni;

dopo il terzo comma sono aggiunti i seguenti:

Nella liquidazione dei crediti vantati dagli enti ospedalieri per rette di degenza si terrà conto degli oneri finanziari che potranno eventualmente ricadere sugli enti medesimi ove la realizzazione dei crediti abbia luogo successivamente al 31 marzo 1975.

Gli amministratori ed i tesoriери degli enti ospedalieri sono responsabili della destinazione degli importi assegnati a tacitazione dei crediti vantati nei confronti degli enti mutualistici per l'estinzione dei debiti verso istituti bancari e verso fornitori di materiali connessi con l'esercizio dell'attività ospedaliera.

I collegi sindacali vigileranno per la puntuale osservanza degli adempimenti di cui ai commi precedenti.

All'articolo 2, primo comma, dopo le parole: dell'INAM, sono aggiunte le altre: e delle sue gestioni per conto;

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

al primo comma, la parola: emerge, è sostituita dalla parola: risulta; la parola: 32, è sostituita dalla parola: 16, e le parole: comitati regionali, sono sostituite con le parole: competenti organi;

nel secondo comma, le parole: da istituti e cliniche universitarie, da istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico, da istituti ed enti di cui al penultimo comma dell'articolo 1 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, da case di cura private, sono sostituite dalle parole: e dagli altri istituti ed enti pubblici e privati di ricovero e cura e dalle case di cura private;

dopo il terzo comma sono aggiunti i seguenti:

Le somme destinate ai comuni saranno versate in apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'interno.

Con decreto del ministro dell'interno, di concerto con i ministri del tesoro e per la sanità, saranno stabiliti i criteri di riparto e le modalità per la erogazione delle somme stanziare.

Dopo l'articolo 2 è aggiunto il seguente:

" ART. 2-bis. — A partire dall'anno 1975 dal gettito di cui all'articolo 4 è prelevata annualmente la somma di lire 50 miliardi per essere destinata alla copertura degli oneri conseguenti alle operazioni finanziarie che il ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare, ad integrazione di quelle di cui all'articolo 1, fino a concorrenza dell'importo necessario per assicurare l'estinzione dell'esposizione debitoria dei comuni nei confronti degli ospedali per assistenza ospedaliera che non possa essere assicurata nell'ambito delle operazioni di cui all'articolo 1.

Si applicano gli ultimi due commi del precedente articolo 2 ".

All'articolo 3, al primo comma, la parola: febbraio, è sostituita con la parola: maggio.

All'articolo 4, al secondo comma, la parola: 1969, è sostituita con la parola: 1963;

il terzo comma è sostituito dal seguente:

A decorrere dal 1° luglio 1974, è istituita una quota aggiuntiva annua ai contributi dovuti dai lavoratori autonomi per l'assicurazione contro le malattie, ai sensi delle vigenti disposizioni, nella misura di lire 3.300 a carico di ciascun artigiano ed esercente attività

commerciale e nella misura di lire 1.650 a carico di ciascun coltivatore diretto. Per ciascun familiare assistibile la quota aggiuntiva è determinata nella misura di lire 1.650.

L'articolo 6 è sostituito dal seguente:

Con riferimento all'articolo 117 della Costituzione a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino alla entrata in vigore della riforma sanitaria è vietato:

a) istituire da parte degli enti ospedalieri nuove divisioni, sezioni o servizi quando questi non rispondano a specifiche inderogabili esigenze di assistenza sanitaria delle comunità locali che non possano essere soddisfatte mediante utilizzazione di analoghe strutture esistenti in ospedali limitrofi e quando questi, nel caso delle cliniche e degli istituti universitari convenzionati, non rispondano ad imprescindibili esigenze didattiche e di ricerca;

b) aumentare gli organici degli enti ospedalieri e assumere, anche temporaneamente, nuovo personale salvo la sostituzione del personale cessato dal servizio o collocato in aspettativa senza assegni o in congedo per gravidanza e puerperio e salvo il caso della istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per le riconosciute inderogabili esigenze di cui alla lettera a).

Il divieto di cui alla precedente lettera b) non si applica per le assunzioni nell'ambito dei posti previsti dalle vigenti piante organiche.

Le regioni nell'esercizio delle loro funzioni in materia ospedaliera dettano norme per il rispetto della disciplina di cui ai commi precedenti attenendosi al principio legislativo in essi contenuto.

All'articolo 7, alla prima riga del primo comma, sostituire le parole: degli, con le parole: di;

nel primo comma, alla terza riga, dopo la parola: ospedalieri, sono aggiunte le parole: e di altre commissioni consultive nominate dalla stessa amministrazione;

nel secondo comma, alla lettera a), dopo la parola: indennità, è aggiunta la parola: addizionali;

il quarto e quinto comma sono sostituiti dal seguente:

Per i medici ospedalieri l'attività libero-professionale e per servizi convenzionati è di-

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

sciplinata dagli accordi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, fatto salvo che la somma complessiva dei proventi dovuti per la stessa non potrà superare come tetto retributivo il 60 per cento del trattamento economico per i medici a tempo pieno ed il 40 per cento per i medici a tempo definito;

nell'ottavo comma, dopo la parola: medesimi, sono aggiunte le parole: salvo autorizzazione regionale. La predetta autorizzazione è di competenza della giunta regionale fatte salve le attribuzioni del consiglio regionale o di altri organi della regione eventualmente previsti dallo statuto o da leggi della regione;

dopo l'ottavo comma è aggiunto il seguente:

Il divieto di cui al precedente comma non si applica agli atti già deliberati ed approvati dai competenti organi regionali di controllo alla data di entrata in vigore del presente decreto.

All'articolo 8, nel primo comma, la parola: banditi, è sostituita dalla parola: indetti;

dopo il terzo comma sono aggiunti i seguenti:

Limitatamente al personale sanitario l'autorizzazione di cui al comma precedente può essere concessa anche nel caso di copertura di posti già vacanti in pianta organica alla data di entrata in vigore del presente decreto.

Le casse ad ordinamento provinciale autonomo possono provvedere ad assunzioni di carattere temporaneo, ai sensi della legge 18 aprile 1968, n. 230, in relazione ad assenze di personale di ruolo per aspettativa nei casi previsti dalla legge, per congedi straordinari e per gravidanza e puerperio;

il quarto comma è sostituito dai seguenti:

Le convenzioni e relative tariffe già stipulate dagli enti mutualistici con le categorie dei medici e dei farmacisti, nonché con le categorie sanitarie ausiliarie, anche se ratificate successivamente alla data del presente decreto con delibere dei competenti consigli di amministrazione da sottoporre all'approvazione dei ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro opereranno, nei termini e nelle misure dalle stesse previsti,

fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria.

Le tariffe di cui al precedente comma non sono suscettibili di aumento.

All'articolo 9, nel primo comma, dopo la parola: malattia sono aggiunte le parole: ferme restando le rispettive modalità di prescrizione;

dopo il primo comma è aggiunto il seguente:

A partire dal 1° gennaio 1975 la norma di cui al precedente comma si applica altresì ai soggetti che si avvalgono dell'assistenza farmaceutica in forma indiretta;

il secondo comma è sostituito dal seguente:

Entro il 30 giugno 1975 ed entro il 30 giugno degli anni successivi, il prontuario terapeutico sarà riveduto con decreto del ministro per la sanità, sentito il Consiglio superiore della sanità e un comitato di esperti presieduto dallo stesso ministro. Il direttore dell'Istituto superiore di sanità è membro di diritto del predetto comitato;

al quarto comma, dopo le parole: vendita al pubblico sono aggiunte le altre: delle specialità medicinali, ad eccezione degli emoderivati.

L'articolo 10 è sostituito dal seguente:

È abrogato il primo comma dell'articolo 6 della legge 25 marzo 1971, n. 213.

La liquidazione della Cassa nazionale di conguaglio di cui alla citata legge 25 marzo 1971, n. 213, ha luogo mediante il conferimento delle disponibilità nel conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale, denominato "Ministero del tesoro - Conto speciale per il finanziamento dell'assistenza ospedaliera" di cui all'articolo 5 del presente decreto.

I crediti degli enti ospedalieri nei confronti della Cassa nazionale di conguaglio sono estinti. Gli enti ospedalieri apportano ai rispettivi bilanci le necessarie modificazioni.

Le somme che alla data di pubblicazione della presente legge di conversione fossero ancora dovute dagli enti mutualistici ed assistenziali alla Cassa saranno versate direttamente dagli enti stessi al conto corrente di cui al secondo comma.

L'articolo 11 è soppresso.

All'articolo 12, al primo comma le parole: delle cliniche ed istituti universitari, degli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e delle case di cura private, *sono sostituite con le parole:* stipulate a norma del successivo articolo 18;

dopo il primo comma sono aggiunti i seguenti:

Sino alla data di entrata in vigore della legge di riforma sanitaria le regioni erogano, altresì, l'assistenza ospedaliera in forma indiretta nei confronti dei soggetti assistibili che ne abbiano diritto in base ai vigenti ordinamenti dei rispettivi enti o casse mutue di malattia.

Qualora gli iscritti e i rispettivi familiari che ne abbiano titolo non si avvalgano dell'assistenza ospedaliera gestita dalle regioni, ma si ricoverino in istituti di cura non convenzionati o in classi diverse da quelle convenzionate, le regioni rimborseranno una quota non inferiore alla spesa media sostenuta dalla regione per analoghe prestazioni nelle case di cura private convenzionate ubicate nella regione;

dopo il secondo comma è aggiunto il seguente:

Le regioni assicurano, secondo i vigenti ordinamenti degli enti mutualistici, l'assistenza ospedaliera all'estero nei confronti degli aventi diritto che si trovino fuori dal territorio nazionale per ragioni di lavoro;

dopo l'ultimo comma è aggiunto il seguente:

È fatto obbligo agli enti ospedalieri e agli istituti di ricovero e cura di cui al presente articolo di comunicare al competente ente gestore di assistenza malattia la data del ricovero, con la relativa diagnosi e - al termine della degenza - la data del dimissionamento del ricoverato avente diritto all'indennità economica di malattia.

Dopo l'articolo 12 è aggiunto il seguente:

" ART. 12-bis. — Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi il 1° luglio 1975, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del tesoro - e con il concerto dei ministri di competenza - sono sciolti i consigli di amministrazione dell'INAM, dell'ENPAS, dell'INADEL, del-

l'ENPDEDP, dell'ENPALS, e delle Federazioni nazionali delle casse mutue degli artigiani, commercianti e coltivatori diretti. Con il medesimo decreto sono nominati i commissari straordinari per la temporanea gestione degli enti stessi fino alla data di emanazione del decreto di cui al quarto comma.

Con decreto del presidente della giunta provinciale di Trento e del presidente della giunta provinciale di Bolzano sono sciolti rispettivamente i consigli di amministrazione delle casse mutue provinciali di malattia di Trento e di Bolzano. Con il medesimo decreto sono nominati i rispettivi commissari straordinari per la temporanea gestione delle casse stesse fino alla data di emanazione del decreto di cui al quarto comma.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i ministri del tesoro e della sanità e con gli altri ministri vigilanti, da emanarsi almeno 60 giorni prima del termine di cui al successivo comma, sono individuati gli altri enti non compresi tra quelli di cui al primo comma e le gestioni di assistenza malattia da sopprimere. Con il medesimo decreto sono resi autonomi i servizi di assistenza sanitaria degli enti di previdenza sociale e si provvede alla nomina di commissari straordinari per la temporanea gestione di detti servizi.

Al compimento del biennio dalla data del decreto di cui al primo comma, sono estinti tutti gli enti e le gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, le cui funzioni e relative strutture sono ripartite, secondo le rispettive competenze, tra lo Stato, le regioni e gli altri enti territoriali per l'attuazione del servizio sanitario nazionale".

All'articolo 14, al secondo comma, dopo le parole: 51 per cento, *sono aggiunte le seguenti:*

Per gli istituti ed enti mutuo-previdenziali a bilancio unitario, che non abbiano gestioni autonome per l'assistenza sanitaria, la quota delle contribuzioni da versare per l'anno 1975 al fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera è pari alla spesa ospedaliera accertata a consuntivo per il 1973, maggiorata della percentuale d'incidenza delle spese generali accertate per il medesimo anno;

nel terzo comma dopo la parola: contribuzioni, *sono aggiunte le parole:* escluse quelle facoltative ed integrative a qualsiasi titolo;

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

nel quarto comma, al numero 4), dopo la parola: propri, sono aggiunte le parole: o da altre entrate.

All'articolo 15, al primo comma, dopo le parole: punto 1), è soppressa la parola: e;

nel quarto comma la parola: ospedaliero, è sostituita dalle seguenti: per l'assistenza ospedaliera.

All'articolo 16, nel primo comma, la parola: febbraio, è sostituita dalla parola: maggio;

dopo l'ultimo comma è aggiunto il seguente:

Il CIPE, su proposta del ministro della sanità, di concerto con il ministro del tesoro, sentita la commissione interregionale di cui al primo comma, verifica annualmente l'andamento della gestione del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera ed i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza ospedaliera assicurati sull'intero territorio nazionale. Ove da detta verifica dovesse riscontrarsi l'insufficienza del fondo stesso con apposito provvedimento si provvede alla revisione delle fonti di alimentazione di cui all'articolo 14.

All'articolo 18, al primo comma, dopo la parola: regioni, sono aggiunte le parole: con idonei atti deliberativi, e dopo la parola: nonché, sono aggiunte le altre: quelli di cui alla legge 28 dicembre 1973, n. 817 e,;

al secondo comma le parole: dai Ministeri della sanità, sono sostituite dalle parole: dal ministro della sanità, di concerto con i ministri;

il terzo comma è soppresso;

dopo il terzo comma è aggiunto il seguente:

Fino a quando non saranno stati emanati dal Ministero della sanità gli schemi previsti dal secondo comma del presente articolo, o non saranno state approvate le deliberazioni di stipula delle convenzioni di cui al primo comma dello stesso articolo, le convenzioni in atto all'entrata in vigore del presente decreto resteranno in vigore, intendendosi sostituite le regioni all'ente mutualistico stipulante;

dopo l'ultimo comma aggiungere il seguente:

Gli schemi di convenzione di cui al secondo comma del presente articolo dovranno

essere emanati dal Ministero della sanità entro e non oltre il primo semestre 1975.

All'articolo 19, al secondo comma sono sopprese le parole: che sarà regolato con la legge per la riforma sanitaria.

L'articolo 20 è soppresso.

L'articolo 21 è soppresso.

All'articolo 23, aggiungere il seguente comma:

Il ministro del tesoro è autorizzato ad apportare con propri decreti le variazioni di bilancio occorrenti per l'attuazione del presente decreto.

L'articolo 24 è soppresso ».

PRESIDENTE. Si dia lettura degli articoli del decreto-legge ai quali sono stati presentati emendamenti.

PISTILLO, Segretario, legge:

ART. 1.

« Il Ministero del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario fino alla concorrenza di un ricavo netto di lire 2.700 miliardi, da utilizzare con le modalità di cui al successivo articolo 2, per l'estinzione dei crediti vantati dagli enti ospedalieri ed altri istituti di ricovero pubblici e privati nei confronti degli enti mutualistici.

Agli oneri derivanti dalle operazioni finanziarie suddette si provvede con le disponibilità di cui al successivo articolo 5.

Si applicano a dette operazioni le norme di cui al quarto comma dell'articolo 17 della legge 6 ottobre 1971, n. 853 ».

ART. 2.

« Le somme ricavate dalle operazioni finanziarie di cui all'articolo 1 sono versate all'entrata del bilancio dello Stato e correlativamente iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per essere destinate con decreto del ministro del tesoro di concerto con il ministro del lavoro e della previdenza sociale e con il ministro della sanità al ripianamento dell'esposizione debitoria per assistenza ospedaliera dell'INAM, dell'ENPAS (Gestione assistenza sanitaria), dell'INADDEL (Gestione assistenza sanitaria), dell'ENPALS (Gestione assistenza sanitaria), della Cassa mutua provinciale di malattia di Tren-

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

to, della Cassa mutua provinciale di malattia di Bolzano, delle Casse marittime, Adriatica, Tirrena e Meridionale, della Federazione nazionale delle casse mutue di malattia dei coltivatori diretti, della Federazione nazionale delle casse mutue di malattia degli esercenti attività commerciali, della Federazione nazionale delle casse mutue di malattia degli artigiani per le rispettive casse mutue associate, quale emerge dalla situazione patrimoniale dei singoli enti, e nei limiti di essa, integrata, ove necessario, dalla differenza tra le rette approvate ai sensi dell'articolo 32 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, dai comitati regionali di controllo e quelle considerate ai fini della determinazione delle passività,

Le somme destinate a ciascun ente saranno versate dal Ministero del tesoro in appositi conti speciali aperti presso istituti di credito - da determinarsi con decreto del ministro del tesoro - sui quali sono tratti gli ordini di pagamento per l'estinzione dei crediti vantati dagli enti ospedalieri, da istituti e cliniche universitarie, da istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico, da istituti ed enti di cui al penultimo comma dell'articolo 1 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, da case di cura private per i ricoveri regolati da convenzioni stipulate con gli enti e casse mutue sopra indicate.

I crediti per spese di spedalità vantati dagli enti di cui al comma precedente debbono essere estinti dagli enti debitori in ordine cronologico di esigibilità ».

ART. 3.

« È istituito un comitato di vigilanza composto dai ministri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale o da un loro delegato e da tre rappresentanti delle regioni designati dalla commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 febbraio 1970, n. 281.

Il comitato è presieduto dal ministro della sanità.

Il comitato ha il compito di assicurare l'osservanza della destinazione agli enti creditori delle somme ad essi dovute.

Gli istituti di credito indicati al secondo comma dell'articolo 2 trasmettono mensilmente al comitato di vigilanza e alle regioni interessate l'elenco dei pagamenti effettuati ai singoli beneficiari ».

ART. 4.

« A decorrere dal periodo di paga in corso alla data del 1° luglio 1974 è istituita una ali-

quota aggiuntiva ai contributi dovuti per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, in misura pari all'1,65 per cento della retribuzione imponibile ai fini contributivi, di cui l'1,50 a carico dei datori di lavoro e lo 0,15 a carico dei lavoratori.

A decorrere dal 1° luglio 1974 è stabilito un contributo giornaliero aggiuntivo a quello previsto per l'assicurazione contro le malattie dall'articolo 4, lettera A) della legge 26 febbraio 1969, n. 329, modificato dall'articolo 7 della legge 8 agosto 1972, n. 457, nella misura appresso indicata:

lire 20, di cui lire 2 a carico del lavoratore, per ogni giornata di lavoro di uomo o di donna;

lire 18,50, di cui lire 1,50 a carico del lavoratore, per ogni giornata di lavoro di ragazzo.

A decorrere dal 1° luglio 1974, è istituita una quota aggiuntiva annua ai contributi dovuti dai lavoratori autonomi per l'assicurazione contro le malattie, ai sensi delle vigenti disposizioni, nella misura di lire 4.400 a carico di ciascun artigiano ed esercente attività commerciale e di ciascun familiare assistibile e nella misura di lire 1.650 a carico di ciascun coltivatore diretto e ciascun familiare assistibile ».

ART. 6.

« Fino alla data di entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi ospedalieri è consentita solo previa autorizzazione della regione nei casi in cui essa risponda a specifiche indilazionabili esigenze sanitarie delle comunità locali che non possano essere soddisfatte mediante la utilizzazione di analoghe strutture esistenti in ospedali limitrofi.

Fino alla medesima data è fatto divieto agli enti ospedalieri di aumentare gli organici e di assumere, anche temporaneamente, nuovo personale salvo l'espletamento dei corsi già banditi alla data di entrata in vigore del presente decreto e la sostituzione del personale cessato dal servizio e salvo il caso dell'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi con l'autorizzazione regionale di cui al primo comma.

L'autorizzazione di cui al primo comma è di competenza della giunta regionale, salvo le attribuzioni del consiglio regionale, eventualmente previste dallo statuto o da leggi della regione ».

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

ART. 7.

« Ai membri degli organi di amministrazione ed ai dipendenti degli enti ospedalieri chiamati a far parte delle commissioni giudicatrici dei concorsi per l'assunzione del personale presso gli enti ospedalieri non spetta alcun compenso salvo l'indennità di missione in quanto dovuta, nella misura stabilita dalle leggi regionali.

È fatto divieto agli enti ospedalieri:

a) di corrispondere al personale dipendente compensi, proventi, indennità, a qualsiasi titolo, in eccedenza a quelli previsti da disposizioni di legge o dagli accordi nazionali di cui all'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132;

b) di fare effettuare al personale dipendente prestazioni di lavoro straordinario oltre i limiti massimi previsti dagli accordi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Gli assegni eccedenti la misura di cui al punto a) e salvo quanto disposto ai successivi quarto e quinto comma, sono conservati a titolo di assegno personale che dovrà essere riassorbito con i futuri miglioramenti di carattere generale.

La compartecipazione dei sanitari ai proventi derivanti dall'attività professionale, comunque prestata negli ospedali ai sensi dell'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, non può superare, per ciascun sanitario, il 25 per cento dei proventi stessi. In ogni caso ciascun sanitario non può percepire a tale titolo una somma che ecceda il 30 per cento dello stipendio base mensile.

Le eventuali somme non attribuibili per effetto della limitazione di cui al precedente comma sono ripartite per non più del 15 per cento a favore del sanitario e, per il residuo a favore dell'ente ospedaliero, secondo quanto sarà stabilito dalla legge regionale.

Sono nulli gli accordi normativi ed economici a livello locale, provinciale e regionale in contrasto con le disposizioni del presente articolo, o che riconoscano parametri retributivi superiori a quelli previsti dai contratti collettivi nazionali.

Sono altresì nulli tutti gli accordi che riconoscano anzianità di servizio convenzionale e compartecipazione del personale ai proventi delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali.

Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria è fatto divieto agli enti ospedalieri di procedere ad alienazioni di beni immo-

bili e di titoli facenti parte del loro patrimonio, nonché alla costituzione di diritti reali sui medesimi. Gli atti posti in essere in violazione di tale divieto sono nulli.

Gli amministratori e il direttore amministrativo degli enti ospedalieri sono direttamente e solidalmente responsabili per le erogazioni e per gli atti in contrasto con le disposizioni del presente articolo ».

ART. 8.

« A decorrere dall'entrata in vigore del presente decreto e sino all'entrata in vigore della riforma sanitaria è fatto divieto agli enti e casse assistenza malattia nonché agli enti previdenziali per le gestioni di malattia, di assumere nuovo personale, fatto salvo l'espletamento dei concorsi in atto e comunque già banditi.

Agli enti medesimi è fatto divieto di deliberare la istituzione di nuove strutture o servizi sanitari.

Eventuali deroghe al comma precedente per dimostrate improrogabili esigenze debbono essere preventivamente autorizzate dal ministro della sanità, di concerto con i ministri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e con la regione interessata.

Le convenzioni e relative tariffe stipulate dagli enti mutualistici con le categorie dei medici e dei farmacisti, nonché con le categorie sanitarie ausiliarie, sono prorogate, nei termini e nelle misure vigenti della riforma sanitaria. Le tariffe in godimento alla data di entrata in vigore del presente decreto non sono suscettibili di aumento, qualunque ne sia il titolo.

Sono nulle le clausole degli accordi a carattere regionale, provinciale o locale, stipulati dagli enti, casse e gestioni di assistenza malattia con le categorie di cui al precedente comma, che contemplino tariffe o compensi di importo superiore a quelli previsti da accordi a carattere nazionale in vigore tra le stesse parti ».

ART. 9.

« A decorrere dal 1° agosto 1974 il prontuario terapeutico per l'assistenza farmaceutica INAM è esteso agli enti, casse mutue anche aziendali e gestioni di assistenza malattia.

Entro il 31 dicembre 1974 ed entro il 31 dicembre degli anni successivi il prontuario terapeutico sarà riveduto con decreto del ministro della sanità.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Gli enti ospedalieri sono autorizzati all'acquisto diretto dalle imprese produttrici, di qualsiasi preparazione farmaceutica in dose e forma di medicamento e dei galenici preconfezionati.

Le imprese sono tenute a concedere agli enti ospedalieri ed istituti pubblici di ricovero e cura lo sconto non inferiore al 50 per cento sul prezzo di vendita al pubblico ».

ART. 10.

« È abrogato il primo comma dell'articolo 6 della legge 25 marzo 1971, n. 213.

La liquidazione della Cassa nazionale di conguaglio di cui alla citata legge 25 marzo 1971, n. 213, ha luogo mediante la ripartizione delle disponibilità della Cassa in proporzione dei crediti degli ospedali.

Le disponibilità della Cassa di cui al precedente comma sono determinate nella misura del totale delle somme affluite alla data che sarà stabilita con decreto del ministro della sanità nell'apposito conto esistente presso la Banca nazionale del lavoro, comprensive degli interessi, al netto dei rimborsi per somme erroneamente pervenute, nonché delle spese di liquidazione e dei rimborsi, per percentuali sui compensi fissi relativi agli anni 1970 e successivi, spettanti integralmente agli ospedali ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 della legge 25 marzo 1971, n. 213.

Al fine di ottenere i rimborsi di cui al terzo comma, gli ospedali interessati devono presentare alla commissione di liquidazione, nel termine perentorio di quattro mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, apposita istanza con allegata dimostrazione delle somme richieste confermate dagli enti mutualistici ed assicurativi.

L'omessa presentazione dell'istanza con allegata dichiarazioni di conferma nel termine anzidetto determina la decadenza dal diritto al rimborso. Sono valide le domande di rimborso pervenute alla Cassa anteriormente all'entrata in vigore del presente decreto, salvi gli accertamenti che la commissione di liquidazione riterrà di effettuare al riguardo.

I crediti degli ospedali sono determinati nelle misure risultanti dalle contabilità attinenti agli anni 1966, 1967, 1968, 1969. Il relativo pagamento sarà effettuato al netto delle somme che ciascun ospedale ha riscosso dalla Cassa a qualsiasi titolo ed al netto di quanto, pur essendo di spettanza della Cassa ai sensi del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito nella legge 17 gennaio 1968, n. 4,

sia stato introitato direttamente dagli ospedali stessi.

Agli effetti dell'applicazione del comma precedente sono valide esclusivamente le richieste e le documentazioni presentate dalle singole amministrazioni ospedaliere fino alla data di entrata in vigore del presente decreto. Le richieste e le documentazioni non formano oggetto di indagini istruttorie o accertamenti e le rettifiche eventualmente ad esse apportate dalla Cassa si ritengono per non effettuate, salvo che derivino da mero errore di calcolo.

Le somme che alla data di entrata in vigore del presente decreto fossero ancora dovute dagli enti mutualistici ed assicurativi alla Cassa per percentuali sui compensi fissi relativi agli anni dal 1966 al 1969 saranno versate direttamente dagli enti stessi alle amministrazioni ospedaliere interessate.

La commissione di liquidazione della Cassa nazionale di conguaglio, prevista dall'articolo 6 della legge 25 marzo 1971, n. 213, integrata con un rappresentante della Federazione italiana delle amministrazioni regionali ospedaliere designato dal presidente della stessa Federazione ».

ART. 12.

« I compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti anche previdenziali che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, nonché delle casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati, sono trasferiti alle regioni a statuto ordinario e speciale nonché alle province autonome di Trento e Bolzano, le quali erogano le relative prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata agli iscritti e rispettivi familiari che ne abbiano titolo avvalendosi degli enti ospedalieri nonché, a seguito di convenzioni, delle cliniche ed istituti universitari, degli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e delle case di cura private.

Con decreto del ministro della sanità, di concerto con i ministri del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, sarà stabilita la data, non successiva al 31 dicembre 1974, dalla quale diventa operativo il trasferimento degli anzidetti compiti.

Sino all'entrata in vigore della legge sulla riforma sanitaria restano ferme le norme di cui al regio decreto-legge 23 settembre 1937, n. 1918, convertito nella legge 24 aprile 1938, n. 831, relativa all'assistenza dei marittimi all'estero.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Gli oneri sostenuti dalle casse marittime per l'assistenza ospedaliera all'estero sono rimborsati dalle regioni ».

ART. 13.

« I soggetti non assistibili dagli enti o casse ai sensi del primo comma dell'articolo 12 possono ottenere l'assistenza ospedaliera mediante l'iscrizione in appositi ruoli per un importo pari alla spesa media capitaria annua rilevata dall'INAM per l'anno 1974 e dalle regioni di residenza o dalle province autonome di Trento e Bolzano per gli anni successivi.

Tale iscrizione è operante per almeno un triennio e la relativa riscossione avviene con la procedura prevista per la riscossione delle imposte dirette ed è affidata alle esattorie con apposite convenzioni.

Le modalità per l'iscrizione sono fissate con legge regionale e le relative entrate sono versate al bilancio dello Stato per essere assegnate al fondo per l'assistenza ospedaliera di cui all'articolo 14.

La mancata iscrizione nel ruolo non può comunque consentire il rifiuto di prestazioni ospedaliere d'urgenza che saranno retribuite secondo disposizioni dettate con legge regionale.

A decorrere dal 1° gennaio 1975 l'assistenza ospedaliera è estesa ai non abbienti attualmente assistiti a carico dei comuni ».

ART. 14.

« A decorrere dal 1° gennaio 1975 nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è istituito un capitolo denominato " Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera " destinato al finanziamento della spesa per l'assistenza ospedaliera stessa, per l'impianto, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali, escluse le opere edilizie, per il rinnovo e l'adeguamento delle loro attrezzature sanitarie.

Il fondo di cui al precedente comma è alimentato:

1) da una quota percentuale dei contributi e delle altre entrate di ciascun ente, gestione o cassa aziendale pari al rapporto tra la spesa ospedaliera — maggiorata della percentuale d'incidenza delle spese generali accertate per il 1973 — e quella complessiva accertata per spese effettive degli enti, gestioni o casse accertate per il medesimo anno. La spesa ospedaliera è determinata sulla base delle rette di degenza approvate ai sensi dell'articolo 32 della legge 12 febbraio 1968, n. 132. Tale

percentuale è applicata anche per gli anni successivi al 1975.

Per le gestioni dei lavoratori autonomi la percentuale delle contribuzioni da versare per il 1975 al Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera è pari al 51 per cento.

Per gli anni successivi le somme da versare sono aumentate in misura pari all'incremento medio percentuale dei contributi affluiti al fondo stesso;

2) dalle somme destinate all'assistenza ospedaliera iscritte nello stato di previsione della spesa dei Ministeri e degli enti pubblici, ovvero in mancanza di qualificazione della stessa da una quota parte delle somme destinate all'assistenza sanitaria. Alla determinazione di tale quota ed al relativo storno di fondi si provvede con decreto del ministro del tesoro, sentiti i ministri competenti, sulla base del rapporto di cui al precedente punto 1);

3) dagli avanzi annuali della gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi, gestita dall'INPS, a partire da quello relativo alla gestione del 1974;

4) dalle disponibilità finanziarie degli enti ospedalieri derivanti da redditi propri o da avanzi relativi a esercizi pregressi;

5) dalla somma determinata ai sensi del terzo comma dell'articolo 5;

6) dall'apporto integrativo dello Stato da determinarsi annualmente con la legge di approvazione del bilancio in misura non superiore a 100 miliardi.

Le somme di cui ai punti 1), 2), 3) e 4) sono versate all'entrata del bilancio dello Stato entro quindici giorni dalla riscossione o dall'accertamento e correlativamente iscritte allo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

È abrogata ogni disposizione relativa ad interventi finanziari dello Stato e del comune di Roma a favore del Pio istituto di Santo Spirito ed ospedali riuniti di Roma, nonché degli istituti fisioterapici ospedalieri, per le finalità di assistenza ospedaliera di cui al presente decreto ».

ART. 15.

« Il collegio dei sindaci degli enti e casse di assistenza di malattia, delle Federazioni nazionali delle casse mutue dei lavoratori autonomi, nonché degli enti di previdenza che gestiscono forme d'assistenza di malattia, sono tenuti a segnalare tempestivamente ai Mini-

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

steri vigilanti eventuali inadempienze degli enti e casse predette nell'osservanza delle disposizioni di cui agli articoli 5, 14, punto 1) e ai fini dell'adozione degli interventi anche sostitutivi che si rendessero necessari.

Nel caso di accertata inadempienza a carico degli amministratori degli enti si applicano le pene pecuniarie previste dall'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, elevate di tre volte.

Il Ministero vigilante determina l'entità della pena pecuniaria, che viene riscossa dall'intendenza di finanza territorialmente competente con riferimento alla sede legale dell'ente con le modalità di cui al testo unico 14 aprile 1910, n. 639.

I relativi proventi sono devoluti al fondo nazionale ospedaliero ».

ART. 16.

« Con deliberazione del Consiglio dei ministri su proposta del ministro della sanità di concerto con il ministro del tesoro e del ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentito il CIPE e la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 febbraio 1970, n. 281, sono determinati i parametri relativi al riparto alle regioni del fondo per l'assistenza ospedaliera.

I parametri devono essere determinati numericamente per le singole regioni in base agli elementi demografici, igienico-sanitari, al numero dei posti letto, alla durata media delle degenze, allo stato delle strutture, attrezzature e servizi ospedalieri, agli indici socio-economici, alla mobilità della popolazione, tenendo conto dell'esigenza di pervenire alla erogazione di prestazioni uniformi e di eliminare le differenze tra i servizi ospedalieri delle varie regioni, con particolare riguardo a quelle meridionali ed insulari.

Le regioni non possono integrare, in via amministrativa, gli stanziamenti annualmente assegnati per le spese correnti agli enti ospedalieri nel bilancio regionale.

Con effetto dal 1° gennaio 1975 è abolita in relazione al finanziamento della spesa ospedaliera previsto dal presente decreto la retta di degenza di cui all'articolo 32 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Il ministro della sanità trasferisce con proprio decreto di concerto con il ministro del tesoro, e del ministro del lavoro e della previdenza sociale, le quote da assegnare alle regioni ».

ART. 17.

« Gli stanziamenti assegnati alle regioni per l'espletamento dell'assistenza ospedaliera, sono iscritti in appositi capitoli del bilancio regionale.

Le regioni provvedono alla ripartizione di tali fondi per la parte corrente, in base a criteri obiettivi da determinarsi con legge regionale entro il 31 dicembre 1974.

Qualora entro il termine stabilito non venga emanata la legge di cui al precedente comma ovvero non sia stato presentato il programma ospedaliero regionale, il riparto dovrà avvenire sulla base dei criteri indicati al secondo comma dell'articolo 16 in quanto applicabili ».

ART. 18.

« Le regioni stipulano convenzioni con le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché, qualora sia necessario per esigenze del servizio ospedaliero, con case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Le convenzioni devono essere conformi a schemi, predisposti dai Ministeri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, sentite le regioni, ed approvati dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

Le deliberazioni regionali di stipula delle predette convenzioni sono sottoposte al controllo anche di merito, ai sensi degli articoli 46 e 47 della legge 10 febbraio 1953, n. 62 ».

ART. 19.

« Per l'attuazione dei compiti connessi col trasferimento dell'assistenza ospedaliera, le regioni sono tenute ad avvalersi di personale degli enti mutualistici, nonché degli altri enti pubblici operanti nel settore dell'assistenza sanitaria.

Detto personale, in attesa del definitivo trasferimento, che sarà regolato con la legge per la riforma sanitaria, è comandato presso le regioni sulla base di contingenti determinati dal ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con i ministri della sanità e del tesoro d'intesa con le regioni interessate, sentiti gli enti mutualistici.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico delle regioni ».

ART. 20.

« Ai fini del coordinamento dell'attività degli enti mutualistici con la programmazione regionale e con l'attività degli enti ospedalieri è istituito un comitato regionale.

Il comitato ha facoltà di proposta e deve essere sentito sulle questioni attinenti al miglioramento dei servizi sanitari degli enti mutualistici nell'ambito della regione.

Il comitato, nominato con decreto del presidente della regione e presieduto dall'assessore alla sanità, è composto da cinque rappresentanti della regione e da cinque rappresentanti degli enti mutualistici.

La regione può avvalersi delle attrezzature e degli uffici degli enti mutualistici, per la realizzazione dei programmi regionali di medicina preventiva e profilassi mediante infese con gli enti mutualistici ».

ART. 21.

« Ai fini della determinazione delle somme da assegnare per il risanamento di cui all'articolo 2 del presente decreto il disavanzo patrimoniale della Cassa mutua sanitaria di Trieste fra i ferrovieri dello Stato, soppressa con decreto del 17 dicembre 1964 del commissario di governo prefetto di Trieste, è portato in aumento al disavanzo gestione assistenza sanitaria dell'ENPAS che si sostituisce nei rapporti patrimoniali della Cassa stessa ».

ART. 22.

« Per il territorio della regione autonoma Trentino-Alto Adige le disposizioni del presente decreto sono riferite, in quanto applicabili, alle province autonome di Trento e Bolzano ».

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Al primo comma dell'articolo 1 del decreto-legge, sostituire le parole: 2.700 miliardi, con le seguenti: 3.300 miliardi.

1. 1. **De Marzio, d'Aquino, Aloï, Buttafuoco, Messeni Nemagna, Tortorella Giuseppe, Pazzaglia, Borromeo D'Adda, de Vidovich, Baghino.**

Sopprimere l'articolo 4.

4. 1. **De Marzio, d'Aquino, Tortorella Giuseppe, Buttafuoco, Messeni Nemagna, Aloï, Borromeo D'Adda, Baghino, de Vidovich, Cassano, Tremaglia.**

Al secondo comma, n. 6) dell'articolo 14 del decreto-legge, sostituire la cifra: 100 miliardi, con la seguente: 600 miliardi.

14. 1. **De Marzio, d'Aquino, Tortorella Giuseppe, Aloï, Messeni Nemagna, Buttafuoco, Delfino, Borromeo D'Adda, Bollati, Tremaglia, de Vidovich.**

d'AQUINO. Chiedo di svolgerli io.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

d'AQUINO. L'emendamento De Marzio 1. 1, che avevamo già presentato in Commissione, insiste sulla modifica della cifra occorrente al ripianamento dei crediti degli ospedali nei confronti delle mutue, portandola da 2.700 a 3.300 miliardi. Tutto ciò in considerazione anche dell'accoglimento di un nostro emendamento - che poi in sede di Commissione è stato unificato con altri emendamenti delle varie parti politiche - che include nella cifra i crediti degli ospedali nei confronti dei comuni. La cifra di 2.700 miliardi era già insufficiente, in base alle statistiche, per coprire i debiti delle mutue verso gli ospedali; quindi, a maggior ragione risulterà insufficiente con l'aggiunta dei debiti dei comuni.

Di conseguenza riteniamo assolutamente necessario aumentare tale cifra, anche se, obiettivamente, sono valide le risposte che ci ha dato in materia il ministro in Commissione: cioè che, in pratica, il ricavo netto delle contribuzioni che dovrebbe permettere di ripianare questi debiti, sia pure entro tempi lunghi, non è sufficiente.

Ciò però contrasta con la volontà di avviare la riforma, che aveva come fondamentale punto di partenza la necessità assoluta di ripianare tutti i debiti, permettendo una volta per tutte agli ospedali di uscire da quelle condizioni di difficoltà che fino ad oggi ne hanno reso impossibile un corretto funzionamento.

Con il nostro emendamento 1. 1, proponiamo di portare la cifra di 2.700 miliardi a 3.300 miliardi, che potrebbero essere reperiti per mezzo dei recenti provvedimenti di fiscalizzazione, con l'aumento dell'IVA.

Questo si collega con un emendamento soppressivo dell'articolo 4, il 4. 1. Noi riteniamo che quell'articolo costituisca un ulteriore ag-

gravio fiscale nei confronti dei lavoratori ed imprenditori, anche in vista degli aggravati fiscali imposti dai decreti-legge che il Parlamento sta esaminando. Con l'emendamento De Marzio 14. 1, proponiamo di portare a 600 miliardi la cifra di 100 miliardi del contributo governativo al fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera. Si tratta di una conseguenza logica. Ella, signor ministro, sa benissimo (lo sa meglio di noi, perché ha sott'occhio il quadro completo della situazione) che per fare un'opera di « pulizia » (uso gli stessi termini da lei adoperati in Commissione, che io ho molto apprezzato) nelle situazioni economiche deficitarie degli ospedali occorrono cifre ben superiori a quelle previste nel decreto, anche in previsione dell'estensione a tutti — sia pure in modo graduale — dei benefici della spedalizzazione con abolizione delle rette, il che potrebbe costituire un fatto positivo, ma può anche diventare un fatto negativo. Tale abolizione dovrebbe equiparare tutti i cittadini; è però anche vero che gli ospedali del Mezzogiorno, inferiori a quelli del nord, che godono di maggior credito, dovrebbero essere posti in condizioni migliori.

Per tutto questo, però, occorre un fondo nazionale cospicuo, e non certo di solo 100 miliardi. Il Tesoro sostiene che non è possibile andare oltre questa cifra; ma, allora, si tratta di una politica che vuole qualificare, o di una politica che vuole solo « tamponare »? Noi non siamo per il tamponamento, ma per un tentativo di riqualificazione di tutto il settore.

Ecco perché insistiamo nel proporre gli emendamenti che ho illustrato.

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Al primo comma dell'articolo 2 del decreto-legge, dopo le parole: casse mutue associate, aggiungere le seguenti: nonché degli altri enti previdenziali, che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, e delle casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati.

2. 2. Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

Al secondo comma dell'articolo 2 del decreto-legge, sostituire le parole: istituti di credito — da determinarsi con decreto del ministro del tesoro —, con le seguenti: gli isti-

tuti di credito che svolgono servizio di tesoreria per conto delle singole regioni a statuto ordinario e a statuto speciale.

2. 3. Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

L'onorevole Di Gioia ha facoltà di svolgerli.

DI GIOIA. Questi nostri emendamenti tendono ad eliminare una palese ingiustizia a danno dei lavoratori di una serie di mutue — soprattutto mutue aziendali, casse di soccorso ed enti di previdenza — che gestiscono forme di assistenza sanitaria e che con questo decreto vengono ad essere posti in una condizione del tutto particolare: da un lato vengono ad essere colpiti, e dall'altro, al tempo stesso, discriminati, poiché, mentre per loro e per le loro mutue sono previsti alcuni obblighi, quali quelli dell'articolo 4, dell'articolo 9, del 14 e di altri ancora (che vanno dal versamento di una maggiore aliquota per risanare la situazione debitoria verso gli ospedali, all'accettazione del prontuario INAM, al versamento delle entrate al fondo ospedaliero) d'altra parte tali mutue non sono considerate al fine del ripianamento dei loro debiti verso gli enti ospedalieri. Capisco che non essendosi prevista alcuna aliquota maggiore a carico dei liberi professionisti non siano state considerate nell'articolo 2 le mutue dei liberi professionisti in genere (farmacisti, ostetrici, medici, veterinari, avvocati), ma non capisco perché mai, mentre si includono l'ENPAS o l'INADEL che — come è stato ampiamente dimostrato in sede di discussione in Commissione — pur avendo possibilità finanziarie deliberatamente non hanno versato le loro somme agli ospedali, non venga incluso, ad esempio, l'ENPDEDP, che assiste un milione di lavoratori, ed i loro familiari. Non capisco per quale ragione vengano incluse due o tre mutue della gente del mare, come la Cassa marittima adriatica, la Cassa marittima meridionale, la Cassa marittima tirrena, e non si consideri invece la situazione della Cassa di previdenza dei lavoratori del porto di Savona; della Cassa generale per la mutualità dei lavoratori portuali di Genova, che pure — ci risulta — hanno una massa di debiti notevoli nei confronti degli ospedali. E si tratta, tra l'altro, di casse assoggettate al pagamento dell'aliquota che deve servire a scomputare il debito che lo Stato contrarrà per far fronte

ai debiti nei confronti degli ospedali. La stessa cosa può dirsi per quanto riguarda le mutue delle altre categorie del settore privato: si include l'ente assistenziale dei lavoratori dello spettacolo, che ha 59.300 assistiti, e si esclude una serie di mutue, quali quelle degli impiegati agricoli, della gente dell'aria, dei dirigenti di azienda ed altre mutue di categorie, per non parlare poi di tutte quelle mutue aziendali, sia del settore pubblico, sia del settore privato i cui mutuati sono ugualmente chiamati a versare questa maggiore aliquota.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
LEONILDE IOTTI

DI GIOIA. Tali mutue aziendali, almeno per il prossimo anno, verranno a trovarsi in una situazione di difficoltà, perché non solo dovranno pagare i debiti accumulati (spesso non hanno pagato i debiti fin da 1966), ma dovranno anche versare la quota che viene fissata in base all'articolo 14 a favore del fondo ospedaliero di nuova istituzione. La non inclusione di queste mutue nell'articolo 2 ci sembra pertanto un'assurdità, anche in considerazione della maggiore difficoltà in cui esse verranno a trovarsi.

Con l'emendamento 2. 3, si tende ad assegnare i fondi direttamente agli istituti di credito che svolgono i servizi di tesoreria delle regioni, sia per far arrivare celermente i fondi a destinazione, cioè agli ospedali, sia per evitare ulteriori impalcature di carattere burocratico.

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Al terzo comma dell'articolo 2 del decreto-legge, sostituire le parole: in ordine cronologico di esigibilità con le seguenti: in relazione ai più immediati bisogni dei vari Enti ospedalieri.

2. 1. **De Marzio, d'Aquino, Messeni Nemagna, Buttafuoco, Tortorella Giuseppe, Aloï, Borromeo D'Adda, Bollati, Guarra, Baghino.**

Al primo comma dell'articolo 3 del decreto-legge, sostituire le parole: da tre rappresentanti con le seguenti: da sei rappresentanti.

3. 1. **De Marzio, d'Aquino, Buttafuoco, Messeni Nemagna, Aloï, Tortorella Giuseppe, Trantino, Borromeo D'Adda, Franchi, Caradonna.**

Al primo comma dell'articolo 6 del decreto-legge, sostituire le parole: sino all'entrata in vigore della legge sanitaria, con le seguenti: fino al 31 dicembre 1975.

6. 1. **d'Aquino, De Marzio, Tortorella Giuseppe, Messeni Nemagna, Aloï, Buttafuoco, Borromeo D'Adda, Trantino, Cassano.**

Dopo il quarto comma dell'articolo 7 del decreto-legge, aggiungere il seguente:

Le eventuali somme non attribuibili per effetto della limitazione del precedente comma sono ripartite per non più del 15 per cento a favore dei sanitari e per il residuo a favore dell'ente ospedaliero.

7. 4. **d'Aquino, Tortorella Giuseppe, Messeni Nemagna, Nicosia, Borromeo D'Adda, Tremaglia, Marchio, Buttafuoco, Aloï, Sponziello.**

Al primo comma dell'articolo 8 del decreto-legge, dopo le parole: di assumere nuovo personale, aggiungere la parola: amministrativo.

8. 4. **d'Aquino, De Marzio, Tortorella Giuseppe, Messeni Nemagna, Aloï, Buttafuoco, Marchio, Tassi, Baghino, Borromeo D'Adda.**

Al secondo comma dell'articolo 8 del decreto-legge, dopo le parole: è fatto divieto di deliberare, aggiungere le parole: fino al 31 dicembre 1975.

8. 5. **d'Aquino, De Marzio, Messeni Nemagna, Aloï, Tortorella Giuseppe, Buttafuoco, Tassi, Sponziello, Borromeo D'Adda, Baghino.**

Al secondo comma dell'articolo 8 del decreto-legge, aggiungere, in fine, le parole: che non riguardano i servizi di medicina sociale e di medicina preventiva.

8. 3. **De Marzio, d'Aquino, Tortorella Giuseppe, Buttafuoco, Messeni Nemagna, Aloï, Baghino, Pazzaglia, Tremaglia, Borromeo D'Adda, de Vidovich.**

All'ultimo comma dell'articolo 13 del decreto-legge, aggiungere, in fine, le parole: purché provino l'assoluta mancanza di beni economici e patrimoniali.

13. 1. **De Marzio, d'Aquino, Buttafuoco, Aloï, Messeni Nemagna, Tortorella Giuseppe, Borromeo D'Adda, Tassi, Santagati, Tremaglia, Caradonna.**

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Al secondo comma dell'articolo 16 del decreto-legge, sopprimere le parole: elementi demografici.

16. 1. De Marzio, d'Aquino, Aloi, Buttafuoco, Messeni Nemagna, Tortorella Giuseppe, Baghino, Borromeo D'Adda, Tassi, Casano.

Al terzo comma dell'articolo 16 del decreto-legge, sostituire le parole: non possono integrare, con le seguenti: per motivate necessità documentate possono integrare.

16. 2. De Marzio, d'Aquino, Messeni Nemagna, Aloi, Tortorella Giuseppe, Buttafuoco, Borromeo D'Adda, Baghino, Marchio, de Vidovich, Bollati.

Sostituire il secondo comma dell'articolo 18 del decreto-legge, con il seguente:

Le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dai Ministeri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, sentite le regioni e gli enti interessati di cui al precedente capoverso dell'articolo, ed approvati dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

18. 6. De Marzio, d'Aquino, Aloi, Buttafuoco, Tortorella Giuseppe, Messeni Nemagna, Baghino, Borromeo D'Adda, Tassi, Marchio, Calabrò.

MESSENI NEMAGNA. Chiedo di svolgerli io.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MESSENI NEMAGNA. Con l'emendamento De Marzio 2. 1 chiediamo di sostituire il criterio in base al quale dovranno essere versate le somme agli ospedali, in quanto ve ne sono molti che si trovano in condizioni di autentico disagio e che già da molto tempo non possono far fronte ai pagamenti.

Con l'emendamento De Marzio 3. 1 chiediamo di elevare da 3 a 6 il numero dei rappresentanti della regione nel comitato di vigilanza per assicurare un maggior controllo, mentre l'emendamento d'Aquino 6. 1 fissa un termine preciso, il 31 dicembre 1975, sostituendo quello generico e vago dell'entrata in vigore della legge sanitaria.

Per quanto riguarda l'emendamento d'Aquino 7. 4, esso tende a ripristinare un comma che già era presente nel testo originario del decreto-legge e che è stato soppresso dalla Commissione. Il nostro scopo è quel-

lo di incentivare i medici a lavorare negli ospedali nel tempo libero.

Con l'emendamento d'Aquino 8. 4 intendiamo escludere la possibilità che possa essere assunto nuovo personale amministrativo, in quanto ci risulta che in questo settore non vi è affatto necessità di aumentare gli organici. Rimarrebbe comunque la possibilità di assumere nuovo personale medico e paramedico.

Ritengo infine, signor Presidente, che gli emendamenti 8. 5, 8. 3, 13. 1, 16. 1, 16. 2 e 18. 6 non abbiano bisogno di illustrazione alcuna.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

All'articolo 2 del decreto-legge, aggiungere, in fine, il seguente comma:

Al fine della riscossione dei loro crediti, gli enti ospedalieri e gli altri istituti di ricovero pubblici e privati trasmettono alle regioni competenti l'elenco dei crediti vantati muniti della dichiarazione di conformità degli enti debitori. In caso di dichiarazioni difformi, le regioni emettono il mandato di pagamento per la cifra riconosciuta dall'ente debitore, rinviando ad un secondo tempo l'esame contenzioso.

2. 4. Sandomenico, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

L'onorevole Sandomenico ha facoltà di svolgerlo.

SANDOMENICO. Lo do per svolto, signor Presidente.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

Sostituire l'articolo 3 del decreto-legge, con il seguente:

Con decreto del ministro della sanità, da emanarsi entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge di conversione, è istituito il Consiglio sanitario nazionale. Il Consiglio sanitario nazionale, ha sede presso il Ministero della sanità, è presieduto dal ministro della sanità ed è composto:

1) da tre rappresentanti per ogni regione, eletti dai rispettivi consigli regionali, con il sistema del voto limitato;

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

2) da un rappresentante per ciascuno dei ministeri della sanità, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro e del bilancio.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della carriera dei dirigenti amministrativi del Ministero della sanità con la qualifica di dirigente superiore.

Fino all'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, il Consiglio sanitario nazionale assolve ai seguenti compiti:

a) assicura l'osservanza della destinazione agli enti creditori delle somme ad essi dovute. A tal fine le regioni trasmettono mensilmente al Consiglio sanitario nazionale l'elenco dei pagamenti effettuati ai singoli beneficiari;

b) esprime i pareri obbligatori previsti dalla presente legge di conversione;

c) esamina ogni affare relativo all'assistenza sanitaria ad esso sottoposto dal Governo e dalle regioni ed ha poteri d'iniziativa nella materia stessa; in particolare, formula proposte in tema d'interventi igienico-preventivi e relativi alla assistenza ospedaliera;

d) può richiedere al Ministero della sanità lo svolgimento di indagini in ordine ai livelli di assistenza, all'efficienza dell'organizzazione e delle strutture sanitarie nelle varie regioni, ne esamina i risultati e formula proposte alternative;

e) elabora gli indirizzi generali per la uniformità delle normative dei vari enti mutualistici; per la determinazione della convenzione nazionale unica per l'assistenza medico-generica e specialistica;

f) svolge le funzioni già attribuite al Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui all'articolo 28 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Il Consiglio sanitario nazionale assolve ai propri compiti avvalendosi del personale e delle attrezzature del Ministero della sanità, di ogni altra struttura sanitaria del paese, dell'Istituto superiore di sanità, nonché di esperti in campo giuridico, economico-finanziario e scientifico.

3. 2. **Berlinguer Giovanni, Di Gioia, La Bella, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.**

L'onorevole Berlinguer Giovanni ha facoltà di svolgerlo.

BERLINGUER GIOVANNI. L'emendamento è sufficientemente chiaro e lo diamo quindi per svolto.

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Al primo comma dell'articolo 4 del decreto-legge, sostituire le parole da: all'1,65 per cento alla fine del comma con le seguenti: pari allo 0,80 per cento della retribuzione a totale carico dei datori di lavoro.

4. 2. **Bianchi Alfredo, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.**

Al primo comma dell'articolo 4 del decreto-legge, sostituire le parole da: all'1,65 per cento sino alla fine del comma con le seguenti: in misura pari all'1,50 per cento della retribuzione imponibile ai fini contributivi, a totale carico dei datori di lavoro.

4. 3. **Bianchi Alfredo, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.**

L'onorevole Alfredo Bianchi ha facoltà di svolgerli.

BIANCHI ALFREDO. Abbiamo ritenuto di riproporre questi due emendamenti perché siamo del parere che gli oneri contributivi indicati nell'articolo 4 del decreto-legge che stiamo esaminando comportino un gettito annuale superiore alle esigenze. Nel corso della discussione in Commissione, in quella svolta in aula, e anche nella relazione che accompagna il disegno di legge, non è stato fatto alcun riferimento al gettito che si ricaverà attraverso le nuove aliquote indicate nell'articolo 4. Riteniamo che ciò non sia una semplice dimenticanza, ma anzi siamo del parere che sia voluto.

Con il mio emendamento 4. 2 proponiamo che l'aliquota dell'1,65 per cento, stabilita nel decreto-legge a carico dei lavoratori dipendenti, sia ridotta allo 0,80. Riteniamo che, approvando questo emendamento, si possa ugualmente assicurare il ripianamento dei deficit mutualistici contratti nei confronti degli enti ospedalieri.

Per quanto riguarda il mio emendamento 4. 3, il discorso è ancora più chiaro. Noi abbiamo, in via subordinata, proposto il mantenimento della percentuale a carico dei datori di lavoro, pari all'1,50 per cento, esclu-

dendo la percentuale dello 0,15 per cento indicata a carico dei lavoratori dipendenti.

Abbiamo proposto questo emendamento per un motivo molto semplice: non possiamo dimenticare che in altre circostanze, con provvedimenti del Governo, si sono stabiliti, di volta in volta, aggravamenti degli oneri contributivi a carico dei lavoratori dipendenti; e ciò è stato fatto in modo puntuale secondo le scadenze indicate nei vari decreti-legge. Al contrario, di fronte a leggi, come ad esempio quella sulla casa, la n. 865, che stabiliva, a partire dal 1° gennaio 1975, la cancellazione del contributo in favore della GESCAL, che operava per lo 0,35 per cento a carico dei lavoratori dipendenti, si è poi provveduto, mediante due decreti-legge, a tenere ancora in vita quel contributo dell'1,05 per cento, di cui, ripeto, un terzo a carico dei lavoratori dipendenti. L'ultimo provvedimento risale al 2 maggio di quest'anno, quando ancora una volta si è confermato, a carico dei lavoratori dipendenti, un aggravamento dello 0,35 per cento. Aggiungere ancora oggi un carico dello 0,15 per cento rappresenta un ulteriore aggravio dei contributi cui sono assoggettate le retribuzioni dei lavoratori dipendenti.

Per questi motivi riteniamo che i due emendamenti da noi proposti debbano essere accolti.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

All'articolo 4 del decreto-legge aggiungere, in fine, il seguente comma:

Le disposizioni di cui ai commi precedenti non si applicano ai territori delle province indicate nella legge istitutiva della Cassa per il Mezzogiorno.

4. 4. Cerra, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

L'onorevole Cerra ha facoltà di svolgerlo.

CERRA. L'emendamento aggiuntivo all'articolo 4 da noi proposto parte dalla constatazione degli effetti gravemente negativi che la attuale crisi economica sta provocando nel meridione d'Italia per i lavoratori e per le piccole e medie aziende, e recepisce le istanze e gli orientamenti più volte espressi dai sindacati e dalle varie organizzazioni democratiche che sollecitano provvedimenti atti ad andare incontro all'economia meridionale in un momento tanto grave.

L'emendamento non prevede interventi diretti, ma mira a non far pagare ai lavoratori ed ai settori produttivi del Mezzogiorno gli aumenti contributivi con i quali il Governo intende ripianare i debiti delle mutue.

Abbiamo già ampiamente illustrato i motivi della nostra opposizione contro le disposizioni contenute nel decreto-legge: in particolare, nella parte in cui esso, per il finanziamento del ripiano dei debiti delle mutue aumenta ancora i contributi per le assicurazioni contro le malattie.

Ancora una volta si fa gravare, direttamente o indirettamente, sui lavoratori e sui ceti medi produttivi il peso della situazione deficitaria che ha portato gli ospedali sull'orlo del fallimento, e le cui cause vanno ricercate nell'insipienza politica e nella mancanza di una seria volontà riformatrice di chi ha retto le sorti del paese.

Bisogna subito recuperare 2.700 miliardi per sanare i debiti che le mutue, pur sperperando tanto denaro nella loro dispendiosa quanto scandalosa attività, hanno con gli ospedali; e si fa pagare tale somma ai lavoratori ed alle attività produttive nel loro complesso.

È questa la logica che ha spinto il Governo a ricercare le fonti di finanziamento, per il ripiano dei debiti, negli aumenti contributivi, trascurando ogni altra possibile fonte di entrata e ignorando volutamente che, oltre alle evasioni fiscali, le evasioni contributive ammontano ogni anno a diverse centinaia di miliardi!

In un contesto più generale, gli effetti di tale impostazione saranno particolarmente pesanti per il meridione d'Italia, per quelle regioni cioè che hanno pagato in termini economici, in sofferenze umane e in termini di salute, un prezzo altissimo per lo sviluppo distorto imposto al paese. La patologia del sottosviluppo non è un termine accademico, ma è l'enucleazione di stati patologici largamente riscontrabili in tali regioni, in cui alti sono gli indici di mortalità infantile e perinatale, alta è la percentuale di malattie infantili e parassitarie, senza dimenticare, ovviamente, il colera dello scorso anno!

Lo stato patologico della popolazione è il riscontro più immediato del livello e della estensione delle strutture igienico-sanitarie, dei servizi civili e di tutto il complesso della organizzazione sanitaria, di cui la rete ospedaliera costituisce un elemento di primaria importanza.

Ora, se la situazione debitoria delle mutue ha messo in crisi tutto il sistema ospedaliero

italiano, ha anche portato al collasso degli ospedali meridionali. Questi, già duramente colpiti sul piano economico dell'impostazione aziendalistica data dalla legge n. 132, sono stati portati al dissesto, nella maggior parte dei casi, dalla loro conduzione amministrativa, che spesso è stata guidata dagli interessi politici deteriori dei gruppi di potere locale che hanno esasperato la mercificazione dell'ammalato, trasformato da soggetto primario dell'intervento sanitario in oggetto di scandaiose speculazioni.

A sopportare il peso di tale intollerabile situazione non sono stati certamente i ceti privilegiati, anche meridionali; lo hanno sopportato, invece, le grandi masse popolari del sud, costrette a fruire di servizi ospedalieri inefficienti, inadeguati, spesso indecorosi e — in ogni caso — non degni di un paese civile. A queste stesse masse popolari meridionali, già tanto duramente colpite da un tipo di sviluppo che ha abbandonato il Mezzogiorno ad una degradazione sul piano economico, sociale e civile si chiede oggi ancora di partecipare — insieme con i lavoratori del resto del paese — a risanare la situazione deficitaria degli ospedali, di cui non sono responsabili e di cui, invece, sono state le prime vittime.

In una situazione economica tanto grave, quale quella che stiamo attraversando, con il carico complessivo che gli inasprimenti fiscali e tariffari hanno riversato sulla popolazione, l'aumento sia pur limitato dei contributi assicurativi, oltre ad incidere sui modesti bilanci delle famiglie dei lavoratori meridionali, apporterà ulteriore disagio alle piccole e medie aziende del meridione, già in grosse difficoltà per la crisi generale e per le restrizioni creditizie. Inciderà, altresì, negativamente sul complesso di una economia asfittica qual è quella meridionale.

La stampa ha riportato la notizia di una recente indagine effettuata dalla SVIMEZ, che afferma con estrema preoccupazione che il divario tra il nord e il sud sta aumentando paurosamente. È il fallimento di una tanto decantata politica a favore del Mezzogiorno, basata sugli interventi speciali e sugli incentivi indiscriminati. I dati ne danno una conferma. Impegni e promesse da parte governativa sono stati puntualmente disattesi a scapito degli interessi, dell'economia e dello sviluppo del meridione. Che fine ha fatto, per esempio, proprio per restare in argomento, l'impegno autorevolmente assunto a livello governativo dal precedente gabinetto Rumor di arrivare ad una forma di fiscaliz-

zazione degli oneri sociali per il Mezzogiorno, che poteva essere il primo passo verso una fiscalizzazione generale, elemento fondamentale per l'attuazione della riforma sanitaria? È tutto l'indirizzo seguito che ha portato alla attuale situazione, tanto da far affermare al professor Saraceno, che è uno dei protagonisti dell'istituzione della Cassa per il Mezzogiorno, che negli ultimi venti anni tutto l'intervento straordinario ha spostato verso il sud lo 0,50 per cento della ricchezza nazionale.

In tale situazione, non ci si può certamente aspettare una ripresa del meridione d'Italia, così come le masse popolari dell'intero paese chiedono, ma semmai un ulteriore allontanamento di tali regioni dai livelli del resto del paese. Si è chiesto, il Governo, quanti disoccupati, tra quel milione previsto in autunno da dichiarazioni ufficiali, saranno meridionali? Partendo da tale constatazione, sono stati valutati, anche sul piano dell'occupazione, le ulteriori conseguenze che gli aumenti contributivi produrranno nel meridione?

Con riferimento al complesso di queste valutazioni, abbiamo presentato un emendamento aggiuntivo, che mira ad esentare le regioni meridionali dagli aumenti previsti dal decreto-legge.

È su questo terreno che si verifica se esista, nel Governo, una seria volontà politica diretta ad affrontare con decisione il problema meridionale, o se invece ci si muove sulla vecchia strada, che in questi ultimi anni ha fatto allargare il divario della situazione economica e sociale tra il meridione e il resto del paese. È chiaro che l'emendamento mira ad alleviare le conseguenze degli aumenti contributivi per il meridione e non certamente ad affrontare — sia pure parzialmente — i gravi problemi delle regioni meridionali. È un emendamento di limitata portata sul piano economico generale, ma estremamente significativo sul piano politico.

Il Governo e la maggioranza possono dimostrare, in questa occasione, di invertire una impostazione generale a proposito del meridione, dimostrando di voler andare incontro, nei singoli provvedimenti, alle istanze avanzate dai sindacati, dalle masse popolari e dalle comunità locali.

È in questo spirito, signor Presidente e onorevoli colleghi, che noi invitiamo la Camera ad approvare questo emendamento. *(Applausi all'estrema sinistra).*

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

All'articolo 6 del decreto-legge, aggiungere, in fine, il seguente comma:

Per far fronte alle esigenze dell'assistenza ospedaliera, le Regioni, con autonomi provvedimenti legislativi, disciplinano il trasferimento del personale ospedaliero, di ogni ordine, qualifica e grado, tra gli enti ospedalieri operanti nel territorio regionale. Con lo stesso provvedimento legislativo, dispongono altresì le norme per l'utilizzazione dello stesso personale in più di un ente ospedaliero.

6. 2. **Venturoli, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.**

L'onorevole Venturoli ha facoltà di svolgerlo.

VENTUROLI. Lo do per svolto, signor Presidente.

Trasmissioni dal Senato.

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza i seguenti provvedimenti:

« Limiti operativi della sezione di credito industriale della Banca nazionale del lavoro » (già approvato dalla VI Commissione della Camera e modificato da quella VI Commissione) (1120-B);

Senatori **PIERACCINI** ed altri: « Contributo all'Istituto per gli affari internazionali con sede in Roma » (già approvato da quel consenso, modificato dalla III Commissione della Camera e nuovamente modificato da quella III Commissione) (1376-B).

Saranno stampati e distribuiti.

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Sopprimere l'articolo 7 del decreto-legge.

7. 5. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quillieri.**

Al secondo comma, lettera b), dell'articolo 7 del decreto-legge, aggiungere le parole: si fa eccezione per i casi di necessità ed ur-

genza non sopperibili con le ordinarie prestazioni del personale.

7. 2. **De Lorenzo, Bozzi, Quillieri, Giomo.**

All'articolo 7 del decreto-legge, sopprimere i commi quarto, quinto, sesto, settimo e ottavo.

7. 1. **Quillieri, De Lorenzo, Bozzi, Giomo.**

Sopprimere l'articolo 8 del decreto-legge.

8. 6. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quillieri.**

Sopprimere il quarto ed il quinto comma dell'articolo 8 del decreto-legge.

8. 1. **De Lorenzo, Bozzi, Quillieri, Giomo.**

Sostituire il quarto ed il quinto comma dell'articolo 8 del decreto-legge col seguente:

Entro sei mesi dalla data di conversione in legge del presente decreto si procederà alla unificazione delle convenzioni e relative tariffe stipulate con le categorie dei medici e dei farmacisti, nonché con le categorie sanitarie ausiliarie, con l'intervento delle parti interessate e delle rappresentanze dei Ministeri del tesoro, della sanità, del lavoro e della previdenza sociale.

8. 2. **De Lorenzo, Bozzi, Quillieri, Giomo.**

Sopprimere l'articolo 9 del decreto-legge.

9. 3. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quillieri.**

L'onorevole De Lorenzo ha facoltà di svolgerli.

DE LORENZO. Li diamo per svolti, signor Presidente.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

Dopo il quarto comma dell'articolo 7 del decreto-legge, aggiungere il seguente comma:

Le eventuali somme non attribuibili per effetto delle limitazioni di cui al precedente comma sono ripartite per non più del 10 per cento a favore dei sanitari e, per il residuo, a favore dell'Ente ospedaliero secondo quanto sarà stabilito dalla legge regionale.

7. 3. **D'Aniello.**

L'onorevole D'Aniello ha facoltà di svolgerlo.

D'ANIELLO. Lo do per svolto, signor Presidente.

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

All'articolo 9 del decreto-legge, sostituire i commi primo e secondo coi seguenti:

L'assistenza farmaceutica è assicurata mediante l'erogazione di farmaci ed attività terapeutica scientificamente convalidata. Tale obiettivo si realizza attraverso le seguenti fasi:

1) entro il 31 dicembre 1974, con decreto del ministro della sanità, sarà emanato un nuovo prontuario terapeutico valido per tutti gli istituti mutualistici, per tutti gli enti, per le casse mutue aziendali e per tutte le gestioni di assistenza malattia.

Il prontuario dovrà contenere i soli farmaci ad indice terapeutico scientificamente definito.

A tal fine il ministro si avvarrà delle valutazioni espresse dall'Istituto superiore di sanità ai sensi degli articoli 1 e 4 della legge 7 agosto 1973, n. 519.

Ai fini della registrazione, a parità di composizione, di dosi e di effetti terapeutici, devono preferirsi farmaci di prezzo minore.

Dal detto prontuario saranno esclusi i farmaci appartenenti ad aziende farmaceutiche che alla data di entrata in vigore della presente legge siano in posizione debitoria verso gli enti mutualistici in relazione all'articolo 32 del decreto-legge 26 ottobre 1970, n. 745;

2) entro il 31 dicembre 1975 il ministro della sanità provvederà con suoi decreti alla revoca dell'autorizzazione alla produzione contro vendita dei farmaci non compresi nel prontuario di cui al punto precedente.

9. 4. Casapieri Quagliotti Carmen, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

Dopo l'articolo 9 del decreto-legge, aggiungere il seguente:

ART. 9-bis.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge è fatto divieto di qualsiasi pubblicità esercitata con qualsiasi mezzo ed a chiunque destinata, concernente le specialità medicinali per uso umano e di prodotti che vantano proprietà terapeutiche.

Negli stessi termini è vietata qualsiasi forma di propaganda scritta destinata a categorie sanitarie.

All'Istituto superiore di sanità è attribuito il compito di indicare il modo di organizzare

dei servizi di informazione scientifica sui farmaci.

Entro il 31 dicembre 1974 le regioni conformemente alle indicazioni dell'Istituto superiore di sanità organizzeranno i relativi servizi informativi.

A far tempo dal 1° gennaio 1975 è fatto divieto alle aziende produttrici e distributrici di farmaci di svolgere propaganda orale diretta e indiretta.

La consegna dei saggi gratuiti può avvenire solo su richiesta del medico.

L'invio di saggi gratuiti ai medici per iniziativa della produzione è ammesso solamente per i farmaci di nuova registrazione e per un periodo non superiore ad un anno dalla data del decreto di registrazione.

9. 01. Casapieri Quagliotti Carmen, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

L'onorevole Carmen Casapieri Quagliotti ha facoltà di svolgerli.

CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN. I nostri due emendamenti si richiamano a quello che è stato l'asse portante di tutti i nostri emendamenti, vale a dire l'avvio della riforma sanitaria. E un corretto avvio della riforma sanitaria non può prescindere, da un lato, dal contenimento della spesa o quanto meno dalla eliminazione degli sprechi più vistosi; dall'altro, dalla qualificazione della assistenza sanitaria e conseguentemente della spesa sanitaria.

Questo è tanto più necessario oggi in quanto il paese attraversa un momento di crisi economica profonda, ed è per questo che, come abbiamo presentato proposte specifiche per contenere e qualificare la spesa ambulatoriale specialistica e la spesa ospedaliera, così oggi presentiamo proposte specifiche per quanto riguarda la qualificazione della spesa farmaceutica. Queste misure di contenimento e di qualificazione della spesa farmaceutica sono urgenti e necessarie perché nel corso di questi anni abbiamo avuto l'aumento costante dei consumi pubblici, cioè mutualistici, dei farmaci. Nel periodo che va dal 1964 al 1970 questo aumento è stato addirittura del 95,5 per cento, esclusi i consumi ospedalieri: questo aumento non si è tradotto però in un miglioramento della qualità dei consumi farmaceutici, né è stato in alcun modo compensato da un miglioramento del quadro complessivo dello stato di salute degli assistiti.

Le misure di contenimento che noi proponiamo sono perciò anche misure di qualificazione della spesa. Nel contempo, con questi due emendamenti, noi tendiamo anche a raccogliere i frutti della discussione parlamentare avvenuta in sede di Commissione igiene e sanità e quelli del dibattito che c'è stato in questa aula; mi riferisco in modo particolare agli interventi dell'onorevole Signorile, dell'onorevole Morini e dello stesso ministro.

L'adozione del prontuario INAM, di cui al primo comma dell'articolo 9, non corrisponde ai requisiti che abbiamo precedentemente indicato; innanzitutto, il prontuario INAM non è certamente privo di ombre dal punto di vista terapeutico.

La Commissione di farmacologi — di cui nessuno osò mettere in discussione la competenza e la correttezza — nominata dall'INAM 4 anni fa, giunse alla conclusione che nel prontuario si trovano anche: farmaci con effetti collaterali indesiderabili, farmaci « di conforto » di nessuna efficacia terapeutica, e una enorme pletora di prodotti cosiddetti « pari ». Avviene, al contrario, che farmaci di sicura efficacia terapeutica non siano invece inseriti nel prontuario, o lo siano dopo molto tempo.

La nostra proposta è perciò quella di prendere come punto di riferimento, anziché un prontuario, un criterio per l'erogazione dei farmaci. E il criterio che noi proponiamo è quello dell'erogazione di farmaci ad attività terapeutica scientificamente convalidata, ciò che porterebbe nel contempo al contenimento e alla qualificazione della spesa farmaceutica.

Noi proponiamo che in una prima fase si giunga alla formulazione di un prontuario unico contenente i soli farmaci a indice terapeutico scientificamente definito, e indichiamo la data di entrata in vigore di questo prontuario nel 31 dicembre 1974. E non la riteniamo impresa impossibile se al secondo comma dell'articolo 9 del decreto si prevede questa data per la revisione del prontuario INAM, che comprende circa 16.000 confezioni; è possibile perciò con un piccolo sforzo estendere la revisione a tutta la farmacopea ufficiale.

Mentre ricordiamo al Governo l'obbligo di addivenire alla revisione del prezzo dei farmaci, in base all'articolo 33 del decreto n. 746 del 1970, il secondo criterio che proponiamo per la formulazione del prontuario è che in presenza di prodotti « pari », vale a dire iden-

tici per composizione, dosi e confezioni, sia inserito nel prontuario stesso il prodotto di costo minore.

Oggi ci troviamo invece in presenza dell'assurda situazione — che contravviene ad ogni regola economica — per cui prodotti più cari sono vincenti anche nei consumi mutualistici, e non perché siano prodotti migliori di quelli a prezzo più basso.

In una seconda fase — ed indichiamo come data di avvio il 31 dicembre 1975 — noi riteniamo che si debba giungere alla revoca della autorizzazione alla produzione ed al commercio di quei farmaci che non sono compresi appunto nel prontuario, perché privi di efficacia terapeutica. Il compito della revisione spetta, a nostro avviso, all'Istituto superiore di sanità. Ho letto un emendamento della maggioranza in cui si affida questo compito ad un ennesimo comitato di esperti (che viene anzi istituzionalizzato nel tempo) scelti dal ministro della sanità e di cui farebbe parte di diritto, *primus inter pares*, anche il direttore dell'Istituto. Un comitato ha la sua ragion d'essere ove manchi lo strumento *ad hoc*: in questo caso invece — la cosa è magari straordinaria — tale strumento esiste, ed è l'Istituto superiore di sanità, il massimo organo tecnico-scientifico del Ministero della sanità, che in base agli articoli 1 e 4 della legge 7 agosto 1973, n. 519, ha proprio questo preciso compito. In realtà, quella legge di riforma tende oggi ad essere viepiù svuotata di contenuto: per questo noi ribadiamo la convinzione che il Governo non deve creare nuovi strumenti, ma deve — in base ad un preciso obbligo legislativo — valersi di quelli di cui già dispone, in modo da ottenere anche un'economia di spesa.

Questo decreto deve rappresentare anche un'occasione per porre rimedio alle lacune di un altro decreto-legge, quello del 26 ottobre 1970, n. 745, il famoso « decretone », in base al cui articolo 32 le ditte farmaceutiche erano tenute a praticare alle mutue uno sconto del 19 per cento sul prezzo al pubblico dei prodotti farmaceutici. Per ammissione della stessa industria farmaceutica, questo sconto non è stato praticato; ricordo che il gruppo comunista ha presentato in proposito una interrogazione (come già ricordava l'onorevole Giovanni Berlinguer), alla quale l'industria farmaceutica ha risposto, sostanzialmente confermando il fatto, con una tempestività che noi auspicheremmo fosse dimostrata anche dal Governo. E del tutto singolare che, ad una interrogazione rivolta al Governo a proposito dell'industria farmaceutica, que-

st'ultima risponda con sollecitudine, mentre il Governo tace. La mancata osservanza del disposto legislativo è potuta avvenire non solo per la complicità degli enti mutualistici (che sono i creditori), con l'industria farmaceutica, ma anche perché il decreto-legge n. 745 succitato non stabiliva alcuna penalizzazione per chi non avesse applicato le disposizioni contenute nell'articolo 32 di esso. Noi proponiamo di colmare tale lacuna: la penalizzazione che prospettiamo è quella del depennamento dal prontuario di quei farmaci appartenenti a ditte che non hanno praticato lo sconto mutualistico, così come già avviene per quelle che non corrispondono la tassa di registrazione.

L'ultimo emendamento che noi presentiamo, sempre nell'intento di contenere e qualificare la spesa farmaceutica, riguarda il divieto di qualsiasi forma di pubblicità di prodotti farmaceutici, a chiunque destinata. Fattore non ultimo dell'aumento dei consumi farmaceutici — anzi, uno dei più importanti — è la distorsione determinata dalla pubblicità: sia quella destinata al pubblico per quanto riguarda i prodotti acquistati senza ricetta (i cosiddetti prodotti da banco); sia quella, ben più importante, destinata ai medici, che rappresenta, nella maggior parte dei casi, una vera e propria distorsione dell'informazione scientifica. Il fine di questa propaganda è il consumismo, quasi si trattasse di un bene qualsiasi, al solo scopo di aumentare i profitti, senza riguardo né per i danni possibili che potrebbero derivarne alla salute, né per l'aumento della spesa. I costi di questa propaganda vengono a ricadere sul prezzo finale del farmaco: vengono perciò scaricati sulla collettività. D'altra parte, nell'uso di un determinato farmaco, il medico ha una funzione estremamente delicata: il farmaco è infatti un bene a domanda rigida, di cui non si può fare a meno; la domanda però non è fatta direttamente dal consumatore, bensì è mediata dal medico. Ecco quindi l'importanza del ruolo selettivo che svolge il medico, e la rilevanza di una corretta informazione scientifica.

Mentre perciò proponiamo il divieto di qualsiasi forma di pubblicità, prospettiamo in alternativa che l'informazione scientifica sia pubblica. Il ruolo relativo dovrebbe essere svolto dal massimo organo tecnico-scientifico del Ministero della sanità, vale a dire l'Istituto superiore di sanità, con l'organizzazione dei relativi servizi a livello regionale, onde garantire una corretta informazione scientifica. *(Applausi all'estrema sinistra).*

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Sostituire il primo ed il secondo comma dell'articolo 9 del decreto-legge con il seguente:

A decorrere dal mese successivo alla data di conversione in legge del presente decreto gli assistiti in regime mutualistico partecipano alle spese farmaceutiche mediante un contributo di lire 200 per ogni preparato farmaceutico.

9. 1. **Quilleri, De Lorenzo, Bozzi, Giomo.**

Sopprimere l'articolo 10 del decreto-legge:

10. 1. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sopprimere l'articolo 12 del decreto-legge.

12. 4. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sopprimere l'articolo 13 del decreto-legge.

13. 2. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sopprimere l'articolo 14 del decreto-legge.

14. 2. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sopprimere l'articolo 15 del decreto-legge.

15. 1. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sopprimere l'articolo 16 del decreto-legge.

16. 3. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sopprimere l'articolo 17 del decreto-legge.

17. 1. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sopprimere l'articolo 18 del decreto-legge.

18. 7. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Al primo comma dell'articolo 18 del decreto-legge sostituire le parole da: nonché, alla fine, con le seguenti: nonché con le case di cura private, in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e della classificazione da parte del Ministero del lavoro e previdenza sociale agli effetti della convenzionabilità con gli enti erogatori di assistenza.

18. 4. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quilleri.**

Sostituire il secondo comma dell'articolo 18 del decreto-legge con il seguente:

Le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dai Ministeri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, sentite le regioni e gli enti di cui al precedente comma, ed approvati dal Consi-

glio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

18. 5. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quillieri.**

Sopprimere l'articolo 19 del decreto-legge.

19. 1. **De Lorenzo, Bozzi, Giomo, Quillieri.**

L'onorevole Quillieri ha facoltà di svolgerli.

QUILLIERI. Li considero già svolti nel mio intervento in sede di discussione sulle linee generali.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

Al quarto comma dell'articolo 9 del decreto-legge aggiungere, in fine, le parole: nonché dei farmaci derivati da altri tessuti e liquidi umani.

9. 2. **D'Aniello.**

L'onorevole D'Aniello ha facoltà di svolgerlo.

D'ANIELLO. Lo ritiro, signor Presidente.

PRESIDENTE. Sta bene. È stato presentato il seguente emendamento:

Sostituire l'articolo 12 del decreto-legge con il seguente:

Gli enti mutualistici, nonché le casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati, che praticano l'assistenza sanitaria, sono sciolti. Ai consigli di amministrazione in carica subentra un commissario liquidatore per ciascun ente, nominato con decreto, da emanarsi non oltre trenta giorni dalla pubblicazione della presente legge di conversione, dal ministro della sanità.

A partire dal 1° gennaio 1975, i compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti di cui al comma precedente sono trasferiti alle regioni a statuto ordinario e speciale nonché alle province autonome di Trento e Bolzano, le quali erogheranno l'assistenza ospedaliera in forma diretta, in condizioni di uniformità e senza limiti di durata agli iscritti degli Enti mutualistici disciolti per rispettivi familiari che ne abbiano titolo avvalendosi degli enti ospedalieri, nonché, a seguito di conversione, delle cliniche ed istituti universitari, degli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, degli istituti e enti di cui all'articolo 1 penultimo comma della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e delle case di cura private.

Qualora gli iscritti e i rispettivi familiari che ne abbiano titolo non si avvalgano dell'assistenza ospedaliera gestita dalle regioni, ma si ricoverino, tramite gli enti di cui al primo comma del presente articolo, in istituzioni di cura non convenzionate o in classi diverse da quelle convenzionate, le regioni rimborseranno agli enti, per ogni giornata di ricovero, un importo pari alla spesa media capitaria giornaliera rilevata dall'INAM per l'anno 1974 e dalle regioni di residenza o delle province autonome di Trento e Bolzano per gli anni successivi.

Al 1° gennaio 1976, oltre ai compiti in materia di assistenza ospedaliera, tutte le altre competenze di assistenza sanitaria, attualmente svolte agli enti di cui al primo comma del presente articolo sono trasferite alle regioni a statuto ordinario e speciale, nonché alle province autonome di Trento e Bolzano, unitamente al patrimonio mobiliare e immobiliare e al personale dipendente.

A partire dalla stessa data, le competenze di assistenza economica, attualmente esercitate dagli stessi enti sono trasferite all'Istituto nazionale della previdenza sociale unitamente alla parte di personale utilizzato negli enti mutualistici disciolti per tali prestazioni economiche.

A partire dalla stessa data, i proventi delle contribuzioni per l'assistenza mutualistica prestata dagli enti disciolti, affluiranno al fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 14 per la parte concernente l'assistenza sociale, e all'Istituto nazionale della previdenza sociale per la parte concernente l'assistenza economica.

Con la data del primo gennaio 1976, i commissari liquidatori cessano dalle loro funzioni.

Sino al 31 dicembre 1975 continuano ad applicarsi le norme di cui al regio decreto-legge 23 settembre 1937, n. 1918, convertito nella legge 24 aprile 1938, n. 831, relative all'assistenza dei marittimi all'estero. Gli oneri sostenuti dalle Casse mutue giornalisti e dall'Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani per l'assistenza sanitaria all'estero sono rimborsati dalle regioni.

12. 5. **Astolfi Maruzza, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia.**

La onorevole Maruzza Astolfi ha facoltà di svolgerlo.

ASTOLFI MARUZZA. Lo consideriamo già svolto, signor Presidente.

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Al primo comma dell'articolo 12 del decreto-legge, dopo le parole: contro le malattie... aggiungere le seguenti: ad eccezione dell'INPS che mantiene il suo attuale svolgimento in materia di assistenza e previdenza...

12. 3. **Tremaglia, Marchio, Buttafuoco, Baghino, d'Aquino, Tortorella Giuseppe, Aloï, Messeni Nemagna, Borromeo D'Adda, Nicosia.**

Al primo comma dell'articolo 12 del decreto-legge sostituire le parole: nonché delle casse mutue anche aziendali con le seguenti: nonché delle casse assistenza aziendali con bilanci deficitari.

12. 2. **De Marzio, d'Aquino, Tortorella Giuseppe, Messeni Nemagna, Aloï, Buttafuoco, Delfino, Franchi, Baghino, Trantino, Casano, Tremaglia.**

Sopprimere gli ultimi due commi dell'articolo 12-bis del decreto-legge.

12-bis. 1. **d'Aquino, Baghino, Tortorella Giuseppe, Borromeo D'Adda, Aloï, Buttafuoco, Tremaglia, Caradonna, Marchio, Nicosia.**

BAGHINO. Chiedo di svolgerli io.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BAGHINO. Se vi è una dimostrazione concreta della giustezza della tesi del nostro gruppo circa l'opportunità di varare il decreto-legge per il risanamento finanziario degli enti mutualistici e di trasferire in un disegno di legge tutta la parte restante, relativa alla trasformazione e correzione del sistema degli enti preposti alla mutualità, questa è proprio offerta dall'articolo 12.

Una volta riconosciuta la drammatica situazione in cui versano gli ospedali, creditori degli enti mutualistici di enormi somme, ma di fatto non più in grado di pagare gli stipendi al personale e di far fronte ai debiti contratti con i fornitori, è bene ricorrere al decreto-legge per evitare la paralisi del settore e restituire agli ospedali le loro capacità operative. Il resto del provvedimento, però, ha un contenuto non idoneo a motivare l'emanazione di un decreto-catenaccio. Risol-

to con urgenza il problema della eliminazione della situazione debitoria delle mutue, dobbiamo domandarci: gli altri articoli del decreto-legge, soprattutto l'articolo 12, contribuiscono a chiarire la situazione, ad eliminare le cause della crisi, e a far sì che i debiti non si ripetano e non si moltiplichino?

L'articolo 12 ci fa ancora più convinti che questo decreto-catenaccio, proprio perché difficilmente potremo avere a breve termine la tanto conclamata riforma sanitaria, rischia di portare rapidamente gli ospedali alla paralisi. Ma è forse soltanto l'articolo 77 della Costituzione a non essere rispettato in questo decreto-legge? Ben altre sono le violazioni. Fra l'altro, esso, nella formulazione dei suoi articoli, non salvaguarda i diritti acquisiti dai lavoratori.

Io sono giornalista e da giornalista parlo. Ebbene, nell'articolo 12 vedo un attentato chiaro ed ingiusto all'autonomia dell'Istituto di previdenza dei giornalisti italiani. Vedo cancellato il riconoscimento dei motivi di autonomia sempre confermati dai ministri del lavoro e della previdenza sociale in carica dal 1950 sino a ieri. I ministri competenti ebbero a suo tempo ad affermare che questa autonomia era giustificata e caratterizzata, in primo luogo dalle caratteristiche particolari del rapporto di lavoro giornalistico, per il quale, se da una parte sussistono elementi propri del rapporto di lavoro subordinato, dall'altra vi sono aspetti peculiari di carattere eminentemente professionistico, quali la necessità della iscrizione ad un ordine, la mancanza di un orario di lavoro prefissato, la specialità delle prestazioni, ecc. In secondo luogo, dal fatto che l'Istituto di previdenza dei giornalisti si vedrebbe altrimenti privato della maggior parte dei contributi, e col residuo potrebbe a mala pena provvedere alla assistenza malattia, rimanendo esclusa ogni possibilità di trattamento integrativo per la pensione e la disoccupazione.

Quando fu promulgata la legge che riconosceva questa autonomia, il ministro in carica era Ezio Vigorelli. Orbene, tale legge affermava, nei due articoli che ne racchiudevano il significato fondamentale. Primo: « La previdenza e l'assistenza attuate dall'Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani, con sede in Roma, nelle forme previste dal proprio statuto e dai propri regolamenti, sostituiscono a tutti gli effetti le corrispondenti forme di previdenza e di assistenza obbligatorie per legge nei confronti dei giornalisti ad essi soggetti ».

Secondo: « Le misure dei contributi dovuti dall'Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani e le correlative prestazioni che l'Istituto è tenuto ad erogare a favore dei propri iscritti non possono essere inferiori a quelle stabilite per le corrispondenti forme di previdenza ed assistenza obbligatoria ».

Da allora si sono registrati consensi e affidamenti da parte di innumerevoli ministri. Ad esempio, a Salerno, nel 1970, l'allora Presidente del Consiglio, onorevole Emilio Colombo, ebbe ad affermare testualmente:

« Nessuno più dei giornalisti, della stampa, può infatti concorrere alla formazione di coscienze autenticamente libere, mature, ricche di capacità di autocontrollo, di selezione e di giudizio. È un compito nobile e vasto che tutto il giornalismo italiano — nella pluralità delle sue espressioni — ha di fronte a sé. Ed è un dovere della società mettere il giornalismo nelle condizioni di poterlo assolvere con serenità e dignità.

« L'impegno del Governo per consolidare e se possibile accrescere gli attuali livelli di occupazione della categoria va certamente in questa direzione. Così pure non ci sfugge come il vostro Istituto di previdenza, frutto dei vostri sacrifici, assolva innanzi tutto alla funzione di garantire l'autonomia e quindi la dignità della professione giornalistica, e ad esso si debba quindi costantemente guardare con questa ottica più ampia che ne impone la salvaguardia. In ogni caso ribadisco l'impegno, già preso con i vostri dirigenti, che ogni decisione che eventualmente dovesse riguardare per qualche aspetto il vostro Istituto, non verrà adottata senza aver prima doverosamente consultato i vostri organi direttivi ».

Posso anche ricordare che proprio nello stesso anno e nella stessa occasione l'onorevole Carlo Donat-Cattin, come ministro del lavoro e della previdenza sociale, ebbe la sensibilità di indicare l'esigenza di un funzionamento autonomo dell'istituto di previdenza dei giornalisti, dichiarando tra l'altro: « Il sistema mutualistico andato in crisi, verrà superato col servizio sanitario nell'ambito del quale è tuttavia necessario trovare forme di sviluppo di quelle autonomie che sono il fondamento della libertà ».

Ho sentito qui parlare da più parti di enti di assistenza in crisi; ho udito lamentare perché non sono stati inseriti in questo decreto enti che hanno una situazione debitoria pesante; ho sentito altresì parlare di unificazione, di riduzione delle spese generali; come pure ho udito lamentare sprechi, ina-

deguate cure, degenze esagerate. Ebbene, l'Istituto di previdenza dei giornalisti italiani può vantare la miglior forma di assistenza umanamente possibile; non solo, questo Istituto non lamenta nemmeno una situazione debitoria: è in attivo e perfettamente funzionante, ed è l'unico Istituto che raggruppi ed unifichi tutte le forme di previdenza e assistenza previste. Infatti, sotto il profilo giuridico e tecnico-finanziario, l'Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani è il solo ente in Italia chiamato ad erogare tutte indistintamente le forme assicurative obbligatorie in favore degli iscritti e dei loro familiari aventi diritto. Infatti, cura l'assicurazione obbligatoria invalidità, vecchiaia e superstiti, l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi e l'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione, sostituendosi all'INPS; cura l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, nonché il trattamento per gravidanza e puerperio, sostituendosi all'INAM; gestisce l'assicurazione del rischio da infortunio professionale ed extraprofessionale, non prevista dalle vigenti norme di legge, ma che per i giornalisti è stata conseguita attraverso la negoziazione contrattuale, sostituendosi, seppure in senso lato, all'INAIL; gestisce gli assegni familiari per i giornalisti in attività di servizio e per i giornalisti pensionati, in relazione ai carichi familiari e con il sistema del conguaglio, in sostituzione della cassa unica assegni familiari, gestita dall'INPS; è autorizzato, dall'apposita legislazione sull'edilizia economica e popolare, alla costruzione di case a riscatto, che assegna mediante concorso, attività che integra con garanzie e prefinanziamenti a cooperative di giornalisti professionisti; espleta un servizio di piccolo credito a favore degli iscritti, con spedite modalità, che si dilata nella concessione di mutui edilizi ipotecari con le debite garanzie a tasso fisso e a tasso indicizzato.

Queste iniziative, che comportano la riduzione delle spese generali ed una notevole osmosi di bilancio, consentono all'istituto di essere attivo e di rispondere proprio a quelle istanze che qui ho sentito sostenere come ispiratrici del decreto-legge in esame, il quale dovrebbe risolvere i problemi di quei lavoratori che non godono di assistenza adeguata. Noi giornalisti possiamo essere orgogliosi di avere retto, esclusivamente con nostri rappresentanti regolarmente eletti, un Istituto che può essere d'esempio per il suo funzionamento e il suo alto rendimento. È un istituto la cui autonomia deve essere garantita anche dallo Stato perché, se il Governo in-

tende intervenire per migliorare la situazione dei lavoratori, deve anche tutelare quegli istituti che questa garanzia già danno.

Tra l'altro anche attraverso questa autonomia, questa gestione così oculata dei contributi nostri, di giornalisti, si realizza una condizione primaria tra quelle che contribuiscono alle libertà di stampa, che sta alla base delle libertà politiche.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento.

Al primo comma dell'articolo 12 del decreto-legge, sopprimere le parole: nonchè alle province autonome di Trento e Bolzano.

12. 1. Riz, Postal, Pisoni, Monti Maurizio, Berloffia.

L'onorevole Riz ha facoltà di svolgerlo.

RIZ. Rinunzio a svolgerlo, ma lo mantengo.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

Al secondo comma, punto 1) dell'articolo 14 del decreto-legge, sostituire le parole: cinquantuno per cento, con le seguenti: ottanta per cento.

14. 3. Menichino, Di Gioia, La Bella, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapiere Quagliotti Carmen, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

L'onorevole Menichino ha facoltà di svolgerlo.

MENICHINO. Rinunzio a svolgerlo, ma lo mantengo.

PRESIDENTE. Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Al primo comma dell'articolo 18 del decreto-legge, sopprimere l'inciso: qualora sia necessario per esigenze del servizio ospedaliero.

18. 1.

Caiazza.

Al primo comma dell'articolo 18 del decreto-legge, aggiungere, in fine, le parole: e che abbiano ottenuto la classificazione da parte del Ministero del lavoro e della previdenza sociale agli effetti della convenzionalità con gli enti erogatori di assistenza.

18. 2.

Caiazza.

Al secondo comma dell'articolo 18 del decreto-legge, dopo le parole: sentite le regioni, inserire le seguenti: e gli enti di cui al precedente comma.

18. 3.

Caiazza.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente articolo 18-bis:

Fino a quando non saranno stati emanati dal Ministero della sanità gli schemi di cui al precedente articolo o non saranno state approvate le deliberazioni di stipula delle convenzioni, resteranno in vigore le convenzioni in atto all'entrata in vigore del presente decreto, intendendosi sostituite le regioni all'ente mutualistico stipulante.

18. 01.

Caiazza.

PRESIDENTE. L'onorevole Caiazza ha facoltà di svolgerli.

CAIAZZA. Lo scopo del mio emendamento 18. 1 è quello di garantire ai lavoratori assistiti la piena libertà di scelta per la specializzazione. Il testo dell'articolo 18 del decreto-legge non sembra garantirla, in quanto ammette la stipula di convenzioni con le case di cura private solo qualora sia necessario per le esigenze del servizio ospedaliero. In tal modo, si dà luogo ad equivoci. Quell'inciso, infatti, o non dice niente o dice troppo. Non dice niente, se vuol significare che le case di cura private sono necessarie, di fatto, al servizio ospedaliero; dice troppo, se intende limitare la funzione delle case di cura private ad una funzione solo temporaneamente valida, in quanto l'apparato ospedaliero pubblico non è ancora sufficiente a soddisfare la richiesta di specializzazione, essendo implicito che il giorno in cui lo si ritenesse idoneo a soddisfare tale richiesta, non si procederebbe più a stipulare convenzioni con le case di cura private, togliendo così ai lavoratori la piena libertà di scelta. In tal modo, secondo me, non si fa l'interesse dei lavoratori, anzi si mortifica la loro personalità, che si esprime anche nella possibilità della più ampia libertà di scelta del luogo e dei mezzi di cura della salute e si favorisce un processo di trasformazione delle case di cura private in un privilegio che si possono concedere solo le classi abbienti, ma non i lavoratori. Più possibilità noi offriamo ai lavoratori e più operiamo concretamente in loro favore. Ai lavoratori che hanno bisogno di assistenza ospedaliera, non interessa la fi-

losafia sulla natura giuridica degli enti di spedalizzazione, ma la qualità del servizio che ricevono; perciò, essi si rivolgono all'ente in cui hanno fiducia e dal quale sono convinti di ricevere un'adeguata assistenza sanitaria.

Si tenga presente, onorevoli colleghi, che le case di cura private hanno ricoverato nel 1973 un terzo dei lavoratori assicurati dalle mutue, offrendo loro prestazioni sanitarie per lo meno pari a quelle della spedalità pubblica, e con un costo a carico degli enti di gran lunga inferiore, con piena soddisfazione degli assistiti. Aggiungo che l'emendamento soppressivo da me proposto si armonizza pienamente con la legge di riforma ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132, che equipara a tutti gli effetti le case di cura private agli enti ospedalieri e non stabilisce alcuna condizione riduttiva della funzione delle case di cura private, come invece fa il decreto-legge in esame. Per queste ragioni, confido nel voto favorevole dell'Assemblea.

Do per svolti gli altri miei emendamenti.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

Dopo l'articolo 19 del decreto-legge, aggiungere il seguente:

ART. 19-bis.

Ogni regione istituisce un comitato per il coordinamento dell'attività sanitaria delle mutue, degli ospedali, dei comuni delle province e della regione.

Il comitato è nominato dagli organi della Regione competenti per statuto ed è composto:

- 1) dall'aspettare della sanità che lo presiede;
- 2) da due rappresentanti dei comuni, designati dall'ANCI regionale;
- 3) da due rappresentanti delle province designati dall'UPI regionale;
- 4) da 5 rappresentanti degli enti mutualistici designati dal presidente della giunta regionale sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli enti mutualistici;
- 5) da tre amministratori ospedalieri designati dagli organismi regionali della FIARO;
- 6) da 5 rappresentanti della regione designati dalla giunta regionale.

La regione, sentito il comitato di coordinamento di cui al comma precedente, valutate le eventuali proposte di questo, al fine del

miglioramento delle prestazioni e dei servizi, per l'utilizzazione coordinata dei presidi sanitari esistenti nella regione e soprattutto per la realizzazione dei programmi regionali di medicina preventiva e profilassi; previe intese con gli enti mutualistici, può utilizzare le attrezzature, gli uffici e il personale degli enti mutualistici.

19. 01. La Bella, Di Gioia, Berlinguer Giovanni, Venturoli, Casapieri Quagliotti Carmen, Menichino, Sandomenico, Abbiati Dolores, Cerra, Bianchi Alfredo, Chiovini Cecilia, Astolfi Maruzza.

L'onorevole La Bella ha facoltà di svolgerlo.

LA BELLA. Lo do per svolto, signor Presidente.

PRESIDENTE. È stato presentato il seguente emendamento:

Sostituire l'articolo 22 del decreto-legge, con il seguente:

Alla attuazione delle norme fondamentali di riforma rispettivamente dei principi stabiliti dalla presente legge nella regione Trentino-Alto Adige provvederanno la regione Trentino-Alto Adige e le province autonome di Trento e di Bolzano secondo le rispettive competenze. A tal fine le province disporranno di una somma determinata in sede di definizione della quota variabile di cui all'articolo 78 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, in relazione alla spesa dello Stato nello stesso settore.

22. 1. Riz, Postal, Pisoni, Monti Maurizio, Berloff, Ballardini.

L'onorevole Riz ha facoltà di svolgerlo.

RIZ. Già nel precedente statuto della regione Trentino-Alto Adige del 1948, la regione era l'unico ente che avesse competenza primaria in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Di questo fatto ha tenuto conto anche la legge dello Stato del 12 febbraio 1968. Nel nuovo statuto del 23 febbraio 1972, la regione ha conservato la competenza primaria in materia di ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri (articolo 4, n. 7), mentre alle province autonome di Trento e di Bolzano è stata attribuita la competenza in materia di igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria ed ospedaliera.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
ZACCAGNINI

RIZ. Ora, da queste premesse si evince che la regione Trentino-Alto Adige, insieme con le due province autonome di Trento e di Bolzano, ha una posizione particolare nella materia che è oggetto del decreto-legge al nostro esame, nel senso che la legge dello Stato può soltanto stabilire quelle norme fondamentali di riforma economico-sociale che vincolano anche la competenza primaria. L'emendamento sostitutivo che ho presentato è motivato da questa giustificazione.

PRESIDENTE. La Commissione ha presentato i seguenti emendamenti:

All'articolo 2, primo comma, del decreto-legge sopprimere le parole: e delle sue gestioni per conto.

2. 5. **Commissione.**

Dopo il primo comma dell'articolo 7 del decreto-legge, aggiungere il seguente:

Le leggi regionali dovranno, altresì, determinare i limiti non superabili dei compensi dovuti agli altri componenti delle commissioni di cui al precedente comma, che non siano membri di organi di amministrazione né dipendenti di enti ospedalieri.

7. 6. **Commissione.**

All'ottavo comma dell'articolo 7 del decreto-legge, sostituire le parole: salvo autorizzazione regionale, con le seguenti: salve le deroghe consentite con autorizzazione della regione.

7. 7. **Commissione.**

Dopo l'ottavo comma dell'articolo 7 del decreto-legge, al comma aggiunto, sostituire le parole: ed approvati dai competenti organi regionali di controllo, con le seguenti: e pubblicati.

7. 8. **Commissione.**

Al quarto comma dell'articolo 9 del decreto-legge, dopo le parole: ad eccezione degli emoderivati, aggiungere le altre: e degli altri preparati comunque di origine umana.

9. 5. **Commissione.**

All'articolo 13 del decreto-legge, dopo il terzo comma, aggiungere il seguente:

Per i lavoratori stagionali all'estero, che rientrano nel territorio nazionale l'importo di cui al primo comma è commisurato al periodo medio di permanenza della categoria di appartenenza nel territorio nazionale.

13. 3. **Commissione.**

All'articolo 14 del decreto-legge, al punto 1 del secondo comma, dopo la parola: casse è aggiunta la parola: anche.

14. 4. **Commissione.**

All'articolo 18 del decreto-legge, al primo comma, le parole: 28 dicembre, sono sostituite dalle seguenti: 26 novembre.

18. 8. **Commissione.**

L'emendamento della Commissione soppressivo dell'articolo 21 del decreto-legge è soppresso.

21. 1. **Commissione.**

L'emendamento della Commissione soppressivo dell'articolo 20 del decreto-legge è sostituito dal seguente:

L'articolo 20 è sostituito dal seguente:

« Ai fini del coordinamento dell'attività degli enti mutualistici dei lavoratori autonomi e dipendenti con la programmazione regionale e con l'attività degli enti ospedalieri ogni regione istituisce un comitato regionale.

Il comitato, nominato dalla Regione, e presieduto dall'assessore alla sanità, ha facoltà di proposta e deve essere sentito sulle questioni attinenti al miglioramento dei servizi sanitari degli enti mutualistici nell'ambito della regione ».

20. 1. **Commissione.**

Qual è il parere della Commissione sugli emendamenti presentati ?

FERRI MARIO, *Relatore*. La Commissione insiste sui propri emendamenti; esprime parere favorevole sugli emendamenti Riz 12. 1 e 22. 1. È contraria a tutti gli altri emendamenti.

PRESIDENTE. Il Governo ?

COLOMBO VITTORINO, *Ministro della sanità*. Sono favorevole agli emendamenti della Commissione. Concordo per il resto con il parere espresso dal relatore.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Onorevole De Marzio, mantiene il suo emendamento 1. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento della Commissione 2. 5, accolto dal Governo.

(È approvato).

Onorevole Di Gioia, mantiene i suoi emendamenti 2. 2 e 2. 3, non accettati dalla Commissione né dal Governo?

DI GIOIA. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Di Gioia 2. 2.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento Di Gioia 2. 3.

(È respinto).

Onorevole De Marzio, mantiene il suo emendamento 2. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Onorevole Sandomenico, mantiene il suo emendamento 2. 4, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

SANDOMENICO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Onorevole Giovanni Berlinguer, mantiene il suo emendamento 3. 2, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

BERLINGUER GIOVANNI. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Onorevole De Marzio, mantiene i suoi emendamenti 3. 1 e 4. 1, non accettati dalla Commissione né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento De Marzio 3. 1.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento De Marzio 4. 1.

(È respinto).

Onorevole Alfredo Bianchi, mantiene il suo emendamento 4. 2, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

BIANCHI ALFREDO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Avverto che sul successivo emendamento Bianchi Alfredo 4. 3 il gruppo comunista ha chiesto la votazione per scrutinio segreto.

Votazione segreta mediante procedimento elettronico.

PRESIDENTE. Indico pertanto la votazione segreta, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Bianchi Alfredo 4. 3, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione ed invito gli onorevoli segretari a verificarne le risultanze.

(I deputati segretari verificano le risultanze della votazione).

Comunico il risultato della votazione:

Presenti e votanti	469
Maggioranza	235
Voti favorevoli	180
Voti contrari	289

(La Camera respinge).

Hanno preso parte alla votazione:

Abelli	Amadei
Accreman	Amadeo
Aiardi	Anderlini
Aldrovandi	Andreoni
Alesi	Andreotti
Alessandrini	Angelini
Aliverti	Anselmi Tina
Allocca	Antoniozzi
Almirante	Armani
Allissimo	Armato

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Arnaud	Brandi	Conte	Fibbi Giulietta
Artali	Bressani	Corà	Finelli
Assante	Brini	Cortese	Fioriello
Astolfi Maruzza	Bubbico	Costamagna	Flamigni
Azzaro	Buffone	Cotecchia	Fontana
Baccalini	Busetto	Cottoni	Forlani
Badini Confalonieri	Buzzi	Craxi	Fortuna
Baghino	Buzzoni	Cristofori	Foscarini
Baldassari	Cabras	Cuminetti	Foschi
Baldassi	Caiazza	Cusumano	Fracanzani
Baldi	Caldoro	D'Alema	Fracchia
Ballardini	Calvetti	D'Alessio	Frasca
Ballarin	Canepa	Dall'Armellina	Furia
Balzamo	Canestrari	Dal Maso	Fusaro
Barba	Capponi Bentivegna	Dal Sasso	Galloni
Barbi	Carla	Damico	Galluzzi
Barca	Capra	D'Angelo	Gambolato
Bardelli	Caradonna	D'Aniello	Garbi
Bargellini	Cardia	d'Aquino	Gargani
Bartolini	Carenini	D'Arezzo	Gargano
Bassi	Cariglia	de Carneri	Gasco
Bastianelli	Cárolì	de' Cocci	Gaspari
Battaglia	Carrà	Degan	Gastone
Beccaria	Carri	De Leonardis	Gava
Becciu	Carta	Delfino	Giadresco
Belci	Caruso	Della Briotta	Giannantoni
Bellotti	Casapieri Quagliotti	De Lorenzo	Giannini
Bemporad	Carmen	De Maria	Giomo
Benedetti Gianfilippo	Cascio	De Martino	Giordano
Benedetti Tullio	Cassanmagnago	De Marzio	Giovannini
Berlinguer Giovanni	Cerretti Maria Luisa	De Sabbata	Girardin
Berloffa	Castelli	Di Giannantonio	Giudiceandrea
Bernardi	Cataldo	Di Gioia	Gramegna
Bernini	Catanzariti	Di Giulio	Granelli
Bersani	Catella	Di Leo	Grassi Bertazzi
Bertoldi	Cattanei	Di Marino	Guarra
Biamonte	Cavaliere	Di Puccio	Guerrini
Bianchi Alfredo	Cerra	Di Vagno	Guglielmino
Bianchi Fortunato	Cerri	Donat-Cattin	Gui
Bianco	Cesaroni	Donelli	Gunnella
Bignardi	Chanoux	Drago	Ianniello
Bisignani	Chiarante	Dulbecco	Ingrao
Bodrato	Chiovini Cecilia	Erminero	Innocenti
Boffardi Ines	Ciacci	Esposito	Iotti Leonilde
Boldrini	Ciai Trivelli Anna	Fabbri	Iperico
Bollati	Maria	Fabbri Seroni	Ippolito
Bonalumi	Ciampaglia	Adriana	Isgrò
Bonifazi	Ciccardini	Faenzi	Jacazzi
Bonomi	Cirillo	Fagone	Korach
Borra	Cittadini	Federici	La Bella
Borromeo D'Adda	Ciuffini	Felici	La Loggia
Bortolani	Coccia	Felisetti	Lamanna
Bortol	Cocco Maria	Feroli	La Marca
Bosco	Colombo Vittorino	Ferrari	Lapenta
Bottarelli	Colucci	Ferrari-Aggradi	La Torre
Bottari	Columbu	Ferretti	Lattanzio
Bova	Compagna	Ferri Mario	Lavagnoli
Bozzi	Concas	Ferri Mauro	Lenoci

VI LEGISLATURA -- DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Lettieri	Moro Dino	Restivo	Tani
Lezzi	Mosca	Riccio Pietro	Tantalo
Ligori	Musotto	Riccio Stefano	Tarabini
Lindner	Nahoum	Riela	Tassi
Lizzero	Napolitano	Riga Grazia	Taviani
Lo Bello	Natali	Riz	Tedeschi
Lobianco	Natta	Rizzi	Terraroli
Lodi Adriana	Negrari	Rognoni	Tesi
Lombardi Giovanni	Niccolai Cesarino	Romita	Tesini
Enrico	Niccolai Giuseppe	Rosati	Tessari
Lo Porto	Niccoli	Ruffini	Todros
Lospinoso Severini	Nicolazzi	Russo Carlo	Tortorella Giuseppe
Lucchesi	Nicosia	Russo Ferdinando	Tozzi Condivi
Luraschi	Orlandi	Russo Quirino	Traversa
Macaluso Antonino	Orlando	Russo Vincenzo	Tremaglia
Macaluso Emanuele	Orsini	Sabbatini	Tripodi Antonino
Macchiavelli	Padula	Saccucci	Tripodi Girolamo
Maggioni	Pandolfi	Salizzoni	Triva
Magliano	Pani	Salvatore	Trombadori
Magnani Noya Maria	Patriarca	Salvatori	Truzzi
Magri	Pavone	Salvi	Turnaturi
Malagugini	Pazzaglia	Sandri	Urso Giacinto
Malfatti	Pedini	Sangalli	Urso Salvatore
Manca	Peggio	Santagati	Vaghi
Mancinelli	Pegoraro	Sartor	Vagli Rosalia
Mancuso	Pellegatta Maria	Sboarina	Valensise
Mantella	Pellicani Giovanni	Sbriziolo De Felice	Valiante
Mantello	Pellizzari	Eirene	Valori
Mariani	Pennacchini	Scalfaro	Vania
Mariotti	Perantuono	Scarlato	Vecchiarelli
Marras	Pezzati	Schiavon	Venegoni
Martelli	Picchioni	Scipioni	Venturini
Martini Maria Eletta	Piccinelli	Scotti	Venturoli
Marzotto Caotorta	Picciotto	Scutari	Vespignani
Maschiella	Piccoli	Sedati	Vetere
Masullo	Piccone	Segre	Vetrano
Matta	Pisanu	Sgarbi Bompani	Vetrone
Mattarelli	Pisicchio	Luciana	Vicentini
Matteini	Pistillo	Sgarlata	Villa
Matteotti	Pochetti	Signorile	Vincelli
Mazzarino	Poli	Simonacci	Vincenzi
Mazzarrino	Pompei	Sinesio	Vineis
Mazzola	Postal	Sisto	Vitale
Mazzotta	Prandini	Skerk	Vitali
Mendola Giuseppa	Prearo	Sobrero	Volpe
Menichino	Pumilia	Spadola	Zaffanella
Messeni Nemagna	Quaranta	Speranza	Zagari
Meucci	Querci	Spinelli	Zamberletti
Miceli	Quillero	Spitella	Zanibelli
Micheli Filippo	Radi	Stefanelli	Zanini
Mignani	Raicich	Stella	Zolla
Milani	Rampa	Talassi Giorgi Renata	Zoppetti
Mirate	Raucci	Tamini	Zurlo
Miroglio	Rausa		
Misasi	Rauti		
Molè	Reale Oronzo		
Monti Maurizio	Reichlin		
Monti Renato	Rende		

Sono in missione:

Miotti Carli Amalia Reale Giuseppe
Preti

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Segue l'emendamento Cerra 4. 4. Anche su questo emendamento il gruppo comunista ha richiesto la votazione per scrutinio segreto.

**Votazione segreta
mediante procedimento elettronico.**

PRESIDENTE. Indico la votazione segreta, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cerra 4. 4, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione ed invito gli onorevoli segretari a verificarne le risultanze.

(I deputati segretari verificano le risultanze della votazione).

Comunico il risultato della votazione:

Presenti e votanti	494
Maggioranza	248
Voti favorevoli	184
Voti contrari	310

(La Camera respinge).

Hanno preso parte alla votazione:

Abelli	Azzaro
Accreman	Baccalini
Aiardi	Badini Confalonieri
Aldrovandi	Baghino
Alesi	Balasso
Alessandrini	Baldassari
Aliverti	Baldassi
Allocca	Baldi
Almirante	Ballardini
Altissimo	Ballarin
Amadei	Balzamo
Amadeo	Barba
Anderlini	Barbi
Andreoni	Barca
Andreotti	Bardelli
Angelini	Bargellini
Anselmi Tina	Bartolini
Antoniozzi	Bassi
Armani	Bastianelli
Armato	Battaglia
Arnaud	Battino-Vittorelli
Artali	Beccaria
Assante	Becciu
Astolfi Maruzza	Belci

Bellotti	Carta
Bemporad	Caruso
Benedetti Gianfilippo	Casapieri Quagliotti
Benedetti Tullio	Carmen
Berlinguer Giovanni	Cascio
Berloffa	Cassanmagnago
Bernardi	Cerretti Maria Luisa
Bernini	Castelli
Bersani	Cataldo
Bertoldi	Catanzariti
Biamonte	Catella
Bianchi Alfredo	Cattanei
Bianchi Fortunato	Cavaliere
Bianco	Ceravolo
Bignardi	Cerra
Bisaglia	Cerri
Bisignani	Cesaroni
Bodrato	Chanoux
Boffardi Ines	Chiarante
Boldrini	Chiovini Cecilia
Bollati	Ciacci
Bonalumi	Ciai Trivelli Anna
Bonifazi	Maria
Bonomi	Ciampaglia
Borra	Ciccardini
Borromeo D'Adda	Cirillo
Bortolani	Cittadini
Bortot	Ciuffini
Bosco	Coccia
Bottarelli	Cocco Maria
Bottari	Colombo Emilio
Bova	Colombo Vittorino
Bozzi	Colucci
Brandi	Columbu
Bressani	Compagna
Brini	Concas
Bubbico	Conte
Buffone	Corà
Busetto	Cortese
Buzzi	Costamagna
Buzzoni	Cotecchia
Cabras	Cottoni
Caiati	Covelli
Caiazza	Craxi
Caldoró	Cristofori
Calvetti	Cuminetti
Canepa	Cusumano
Canestrari	D'Alema
Capponi Bentivegna	D'Alessio
Carla	Dall'Armellina
Capra	Dal Maso
Caradonna	Dal Sasso
Cardia	Damico
Carenini	D'Angelo
Cariglia	D'Aniello
Cárolì	d'Aquino
Carrà	D'Arezzo
Carri	de Carneri

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

de' Cocci	Gargano	Macaluso Emanuele	Niccoli
Degan	Gasco	Macchiavelli	Nicolazzi
De Leonardis	Gaspari	Maggioni	Nicosia
Delfino	Gastone	Magliano	Orlandi
Della Briotta	Gava	Magnani Noya Maria	Orlando
De Lorenzo	Giadresco	Magri	Orsini
Del Pennino	Giannantoni	Malagugini	Padula
De Maria	Giannini	Malfatti	Pandolfi
De Martino	Gioia	Manca	Pani
De Marzio	Giolitti	Mancinelli	Pascariello
De Mita	Giomo	Mancini Antonio	Patriarca
De Sabbata	Giordano	Mancini Giacomo	Pavone
Di Giannantonio	Giovannini	Mancuso	Pazzaglia
Di Gioia	Girardin	Mantella	Pedini
Di Giulio	Giudiceandrea	Marchio	Peggio
Di Leo	Gramegna	Mariani	Pegoraro
Di Marino	Granelli	Mariotti	Pellegatta Maria
Di Puccio	Grassi Bertazzi	Marras	Pellicani Giovanni
Di Vagno	Guarra	Martelli	Pellizzari
Donat-Cattin	Guerrini	Martini Maria Eletta	Pennacchini
Donelli	Guglielmino	Marzotto Caotorta	Perantuono
Drago	Gui	Maschiella	Perrone
Dulbecco	Gullotti	Masciadri	Pezzati
Erminerò	Gunnella	Masullo	Picchioni
Esposito	Ianniello	Matta	Piccinelli
Fabbri	Ingrao	Mattarelli	Picciotto
Fabbri Seroni	Innocenti	Matteini	Piccoli
Adriana	Iotti Leonilde	Matteotti	Piccone
Faenzi	Iperico	Mazzarino	Pisanu
Fagone	Ippolito	Mazzarrino	Pisicchio
Federici	Isgrò	Mazzola	Pistillo
Felici	Jacazzi	Mazzotta	Pochetti
Felisetti	Korach	Mendola Giuseppa	Poli
Ferioli	La Bella	Menichino	Pompei
Ferrari	Laforgia	Messenì Nemagna	Postal
Ferrari-Aggradi	La Loggia	Meucci	Prandini
Ferretti	Lamanna	Miceli	Prearo
Ferri Mario	La Marca	Micheli Filippo	Pumilia
Ferri Mauro	Lapenta	Micheli Pietro	Quaranta
Fibbi Giulietta	La Torre	Mignani	Querci
Finelli	Lattanzio	Milani	Quilleri
Fioriello	Lavagnoli	Mirate	Radi
Flamigni	Lenoci	Miroglio	Raffaelli
Fontana	Lettieri	Misasi	Raicich
Forlani	Lezzi	Molè	Rampa
Fortuna	Ligori	Monti Maurizio	Rauci
Foscarini	Lindner	Monti Renato	Rausa
Foschi	Lizzero	Morini	Rauti
Fracanzani	Lo Bello	Moro Dino	Reale Oronzo
Fracchia	Lobianco	Mosca	Reggiani
Frasca	Lodi Adriana	Musotto	Reichlin
Furia	Lombardi Giovanni	Nahoum	Rende
Fusaro	Enrico	Napolitano	Restivo
Galloni	Lo Porto	Natali	Riccio Pietro
Galluzzi	Lospinoso Severini	Natta	Riccio Stefano
Gambolato	Lucchesi	Negrari	Riela
Garbi	Luraschi	Niccolai Cesarino	Riga Grazia
Gargani	Macaluso Antonino	Niccolai Giuseppe	Riz

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Rizzi	Tantalo
Rognoni	Tarabini
Romita	Tassi
Rosati	Taviani
Ruffini	Tedeschi
Rumor	Terraroli
Russo Carlo	Tesi
Russo Ferdinando	Tesini
Russo Quirino	Tessari
Russo Vincenzo	Todros
Sabbatini	Tortorella Giuseppe
Saccucci	Tozzi Condivi
Salizzoni	Traina
Salvatore	Traversa
Salvatori	Tremaglia
Salvi	Tripodi Antonino
Sandomenico	Tripodi Girolamo
Sandri	Triva
Sangalli	Trombadori
Santagati	Truzzi
Santuz	Turnaturi
Sanza	Urso Giacinto
Sartor	Urso Salvatore
Sboarina	Vaghi
Shriziolo De Felice	Vagli Rosalia
Eirene	Valensise
Scalfaro	Valiante
Scarlato	Valori
Schiavon	Vania
Scipioni	Vecchiarelli
Scotti	Venegoni
Scutari	Venturini
Sedati	Venturoli
Segre	Vespignani
Sgarbi Bompani	Vetere
Luciana	Vetrano
Sgarlata	Vetrone
Signorile	Vicentini
Simonacci	Villa
Sinesio	Vincelli
Sisto	Vincenzi
Skerk	Vineis
Sobrero	Vitale
Spadola	Vitali
Speranza	Volpe
Spinelli	Zaffanella
Spitella	Zagari
Stefanelli	Zamberletti
Stella	Zanibelli
Talassi Giorgi Renata	Zanini
Tamini	Zolla
Tanassi	Zoppetti
Tani	Zurlo

Sono in missione:

Miotti Carli Amalia	Reale Giuseppe
Preli	

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Onorevole d'Aquino, mantiene il suo emendamento 6. 1, non accettato dalla Commissione, né dal Governo ?

d'AQUINO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Onorevole Venturoli, mantiene il suo emendamento 6. 2, non accettato dalla Commissione, né dal Governo ?

VENTUROLI. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 7. 5, non accettato dalla Commissione, né dal Governo ?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento della Commissione 7. 6, accettato dal Governo.

(È approvato).

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 7. 2, non accettato dalla Commissione, né dal Governo ?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Onorevole Quillero, mantiene il suo emendamento 7. 1, per il quale il gruppo liberale ha chiesto la votazione per parti separate e che non è stato accettato dalla Commissione né dal Governo ?

QUILLERI. Sì, signor Presidente, ma rinunciamo alla richiesta di votazione per parti separate.

PRESIDENTE. Sta bene. Pongo in votazione l'emendamento Quillero 7. 1.

(È respinto).

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Onorevole D'Aniello, mantiene il suo emendamento 7. 3, non accettato dalla Commissione, né dal Governo?

D'ANIELLO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*E respinto*).

Segue l'emendamento d'Aquino ed altri 7. 4, sul quale è stata richiesta la votazione per scrutinio segreto dal gruppo del Movimento sociale italiano-destra nazionale.

**Votazione segreta
mediante procedimento elettronico.**

PRESIDENTE. Indico la votazione segreta, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento d'Aquino 7. 4, non accettato dalla Commissione, né dal Governo.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione e invito gli onorevoli segretari a verificarne le risultanze.

(*I deputati segretari verificano le risultanze della votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Presenti e votanti	501
Maggioranza	251
Voti favorevoli	60
Voti contrari	441

(*La Camera respinge*).

Hanno preso parte alla votazione:

Abelli	Arnaud
Accreman	Artali
Aiardi	Assante
Aldrovandi	Astolfi Maruzza
Alesi	Azzaro
Alessandrini	Baccalini
Aliverti	Badini Confalonieri
Allocca	Baghino
Almirante	Balasso
Altissimo	Baldassari
Amadei	Baldassi
Amadeo	Baldi
Anderlini	Ballardini
Andreoni	Ballarin
Angelini	Balzamo
Anselmi Tina	Barba
Antoniozzi	Barbi
Armani	Barca
Armato	Bardelli

Bardotti	Canestrari
Bargellini	Capponi Bentivegna
Bartolini	Carla
Bassi	Capra
Bastianelli	Caradonna
Battaglia	Cardia
Battino-Vittorelli	Carenini
Beccaria	Cariglia
Becciu	Cárolì
Belci	Carrà
Bellotti	Carri
Bemporad	Carta
Benedetti Gianfilippo	Caruso
Benedetti Tullio	Casapieri Quagliotti
Berlinguer Giovanni	Carmen
Berloffa	Cascio
Bernardi	Cassanmagnago
Bernini	Cerretti Maria Luisa
Bersani	Castelli
Bertoldi	Castellucci
Biamonte	Cataldo
Bianchi Alfredo	Catanzariti
Bianchi Fortunato	Catella
Bianco	Cattanei
Bignardi	Cavaliere
Bisaglia	Ceravolo
Bisignani	Cerra
Bodrato	Cerri
Boffardi Ines	Cesaroni
Boldrini	Chanoux
Bollati	Chiarante
Bonalumi	Chiovini Cecilia
Bonifazi	Ciacci
Bonomi	Ciai Trivelli Anna
Borra	Maria
Borromeo D'Adda	Ciampaglia
Bortolani	Ciccardini
Bortot	Cirillo
Bosco	Cittadini
Botta	Ciuffini
Bottarelli	Coccia
Bottari	Cocco Maria
Bova	Colombo Emilio
Bozzi	Colombo Vittorino
Brandi	Colucci
Bressani	Columbu
Brini	Compagna
Bubbico	Concas
Buffone	Conte
Busetto	Corà
Buzzi	Cortese
Buzzoni	Costamagna
Cabras	Cotecchia
Caiati	Cottoni
Caiazza	Covelli
Caldoro	Craxi
Calveti	Cristofori
Canepa	Cuminetti

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Cusumano	Fontana	Lavagnoli	Mirate
D'Alema	Forlani	Lenoci	Miroglio
D'Alessio	Fortuna	Lettieri	Misasi
Dall'Armellina	Foscarini	Lezzi	Molè
Dal Maso	Foschi	Ligori	Monti Maurizio
Dal Sasso	Fracanzani	Lindner	Monti Renato
Damico	Fracchia	Lizzero	Morini
D'Angelo	Franchi	Lo Bello	Moro Dino
D'Aniello	Frasca	Lobianco	Mosca
d'Aquino	Furia	Lodi Adriana	Musotto
D'Arezzo	Fusaro	Lombardi Giovanni	Nahoum
D'Auria	Galloni	Enrico	Napolitano
de Carneri	Galluzzi	Lo Porto	Natali
de' Cocci	Gambolato	Lospinoso Severini	Natta
Degan	Garbi	Lucchesi	Negrari
De Leonardis	Gargani	Luraschi	Niccolai Cesarino
Delfino	Gargano	Macaluso Antonino	Niccolai Giuseppe
Della Briotta	Gasco	Macaluso Emanuele	Niccoli
De Lorenzo	Gaspari	Macchiavelli	Nicolazzi
Del Pennino	Gastone	Maggioni	Nicosia
De Maria	Gava	Magliano	Orlandi
De Martino	Giadresco	Magnani Noya Maria	Orlando
De Marzio	Giannantoni	Magri	Orsini
de Michieli Vitturi	Giannini	Malagugini	Padula
De Mita	Gioia	Malfatti	Pandolfi
De Sabbata	Giolitti	Manca	Pani
Di Giannantonio	Giomo	Mancinelli	Pascariello
Di Giesi	Giordano	Mancini Antonio	Patriarca
Di Gioia	Giovanardi	Mancini Giacomo	Pavone
Di Giulio	Giovannini	Mancuso	Pazzaglia
Di Leo	Girardin	Mantella	Pedini
Di Marino	Giudiceandrea	Marchio	Peggio
Di Puccio	Gramegna	Mariani	Pegoraro
Di Vagno	Granelli	Mariotti	Pellegatta Maria
Donat-Cattin	Grassi Bertazzi	Marras	Pellicani Giovanni
Donelli	Guarra	Martelli	Pellizzari
Drago	Guerrini	Martini Maria Eletta	Pennacchini
Dulbecco	Guglielmino	Marzotto Caotorta	Perantuono
Esposito	Gui	Maschiella	Perrone
Evangelisti	Gullotti	Masciadri	Pezzati
Fabbri	Gunnella	Masullo	Picchioni
Fabbri Seroni	Ianniello	Matta	Piccinelli
Adriana	Ingrao	Mattarelli	Picciotto
Faenzi	Innocenti	Matteini	Piccoli
Fagone	Iotti Leonilde	Matteotti	Piccone
Federici	Iperico	Mazzarino	Pisanu
Felici	Ippolito	Mazzarrino	Pisicchio
Felisetti	Isgrò	Mazzola	Pisoni
Ferioli	Jacazzi	Mazzotta	Pistillo
Ferrari	Korach	Mendola Giuseppa	Pochetti
Ferrari-Aggradi	La Bella	Menichino	Poli
Ferretti	Laforgia	Messeni Nemagna	Pompei
Ferri Mario	La Loggia	Meucci	Postal
Ferri Mauro	Lamanna	Miceli	Prandini
Fibbi Giulietta	La Marca	Micheli Filippo	Prearo
Finelli	Lapenta	Micheli Pietro	Pumilia
Fioriello	La Torre	Mignani	Quaranta
Flamigni	Lattanzio	Milani	Querci

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Quilleri	Skerk
Radi	Sobrero
Raffaelli	Spadola
Raicich	Speranza
Rampa	Spinelli
Raucci	Spitella
Rausa	Stefanelli
Rauti	Stella
Reale Oronzo	Talassi Giorgi Renata
Reggiani	Tamini
Reichlin	Tanassi
Rende	Tani
Restivo	Tantalo
Riccio Pietro	Tarabini
Riccio Stefano	Tassi
Riela	Taviani
Riga Grazia	Tedeschi
Riz	Terraroli
Rizzi	Tesi
Rognoni	Tesini
Romita	Tessari
Rosati	Todros
Ruffini	Tortorella Giuseppe
Rumor	Tozzi Condivi
Russo Carlo	Traina
Russo Ferdinando	Traversa
Russo Quirino	Tremaglia
Russo Vincenzo	Tripodi Antonino
Sabbatini	Tripodi Girolamo
Saccucci	Triva
Salizzoni	Trombadori
Salvatore	Truzzi
Salvatori	Turnaturi
Salvi	Urso Giacinto
Sandomenico	Urso Salvatore
Sandri	Vaghi
Sangalli	Vagli Rosalia
Santagati	Valensise
Santuz	Valiante
Sartor	Valori
Sboarina	Vania
Sbriziolo De Felice	Vecchiarelli
Eirene	Venegoni
Scalfaro	Venturini
Scarlato	Venturoli
Schiavon	Vespignani
Scipioni	Vetere
Scotti	Vetrano
Scutari	Vetrone
Sedati	Vicentini
Segre	Villa
Sgarbi Bompani	Vincelli
Luciana	Vincenzi
Sgarlata	Vineis
Signorile	Vitale
Simonacci	Vitali
Sinesio	Volpe
Sisto	Zaffanella

Zagari	Zolla
Zamberletti	Zoppetti
Zanibelli	Zurlo
Zanini	

Sono in missione:

Miotti Carli Amalia	Reale Giuseppe
Preti	

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento 7. 7 della Commissione, accettato dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento 7. 8 della Commissione, accettato dal Governo.

(È approvato).

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 8. 6, non accettato dalla Commissione né dal Governo ?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Onorevole d'Aquino, mantiene i suoi emendamenti 8. 4 ed 8. 5, e l'emendamento De Marzio 8. 3, di cui ella è cofirmatario, non accettati dalla Commissione né dal Governo ?

d'AQUINO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento d'Aquino 8. 4.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento d'Aquino 8. 5.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento De Marzio 8. 3.

(È respinto).

Onorevole De Lorenzo, mantiene i suoi emendamenti 8. 1, 8. 2 e 9. 3, non accettati dalla Commissione né dal Governo ?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento De Lorenzo 8. 1.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento De Lorenzo 8. 2.

(*E respinto*).

Pongo in votazione l'emendamento De Lorenzo 9. 3.

(*È respinto*).

Onorevole Carmen Casapieri Quagliotti, mantiene il suo emendamento 9. 4, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(*È respinto*).

Onorevole Quilleri, mantiene il suo emendamento 9. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

QUILLERI. Sì, signor Presidente, e chiedo di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

QUILLERI. Vorrei richiamare l'attenzione della Camera sul contenuto di questo emendamento, che tende a far partecipare alle spese farmaceutiche gli assistiti, mediante un contributo di lire 200 per ogni preparato farmaceutico. Allorché abbiamo chiarito la nostra posizione, abbiamo già detto che i 3.000 miliardi di *deficit* non saranno certo ripianati con l'aumento delle contribuzioni. L'esperienza inglese, d'altra parte, ci dimostra come in quel paese, con la spesa di un modesto scellino, si sia riusciti a contenere ogni spreco ed ogni dispersione di denaro. Invito pertanto la Camera ad esprimere voto favorevole nei confronti di questo emendamento, sul quale ribadisco, a nome del gruppo liberale, la richiesta di votazione per scrutinio segreto.

PRESIDENTE. Sull'emendamento Quilleri 9. 1. è stata chiesta, a nome del gruppo liberale, la votazione a scrutinio segreto.

**Votazione segreta
mediante procedimento elettronico.**

PRESIDENTE. Indico la votazione segreta, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Quilleri 9. 1.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione e invito gli onorevoli segretari a verificarne le risultanze.

(*I deputati segretari verificano le risultanze della votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Presenti e votanti	504
Maggioranza	253
Voti favorevoli	174
Voti contrari	330

(*La Camera respinge*).

Hanno preso parte alla votazione:

Abelli	Battino-Vittorelli
Accreman	Beccaria
Aiardi	Becciu
Aldrovandi	Belci
Alesi	Bellisario
Alessandrini	Bellotti
Aliverti	Bemporad
Allocca	Benedetti Gianfilippo
Almirante	Benedetti Tullio
Altissimo	Berlinguer Giovanni
Amadei	Berloffa
Amadeo	Bernardi
Andreoni	Bernini
Andreotti	Bersani
Angelini	Bertoldi
Anselmi Tina	Biamonte
Antoniozzi	Bianchi Alfredo
Armani	Bianchi Fortunato
Armato	Bianco
Arnaud	Bignardi
Artali	Bisaglia
Assante	Bisignani
Astolfi Maruzza	Bodrato
Azzaro	Boffardi Ines
Baccalini	Boldrini
Badini Confalonieri	Bollati
Baghino	Bonalumi
Balasso	Bonifazi
Baldassari	Bonomi
Baldassi	Borra
Baldi	Borromeo D'Adda
Ballardini	Bortolani
Ballarin	Bortot
Balzamo	Bosco
Barba	Botta
Barbi	Bottarelli
Barca	Bottari
Bardelli	Bova
Bardotti	Bozzi
Bargellini	Brandi
Bartolini	Bressani
Bassi	Brini
Battaglia	Bubbico

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Buffone	Conte	Felisetti	Isgrò
Busetto	Corà	Ferioli	Jacazzi
Buzzi	Cortese	Ferrari	Korach
Buzzoni	Corti	Ferrari-Aggradi	La Bella
Cabras	Costamagna	Ferretti	Laforgia
Caiati	Cotecchia	Ferri Mario	La Loggia
Caiazza	Cottoni	Fibbi Giulietta	Lamanna
Caldoro	Covelli	Finelli	La Marca
Calvetti	Craxi	Fiolet	Lapenta
Canepa	Cristofori	Fioriello	La Torre
Canestrari	Cuminetti	Flamigni	Lattanzio
Capponi Bentivegna	Cusumano	Fontana	Lavagnoli
Carla	D'Alema	Forlani	Lenoci
Capra	D'Alessio	Fortuna	Lettieri
Caradonna	Dall'Armellina	Foscarini	Lezzi
Cardia	Dal Maso	Foschi	Ligori
Carenini	Dal Sasso	Fracanzani	Lindner
Cariglia	Damico	Fracchia	Lizzero
Cárolì	D'Angelo	Franchi	Lo Bello
Carrà	D'Aniello	Frasca	Lobianco
Carri	d'Aquino	Furia	Lodi Adriana
Carta	D'Arezzo	Fusaro	Lombardi Giovanni
Caruso	D'Auria	Galloni	Enrico
Casapieri Quagliotti	de Carneri	Galluzzi	Lo Porto
Carmen	de' Cocci	Gambolato	Lospinoso Severini
Cascio	Degan	Garbi	Lucchesi
Cassanmagnago	De Leonardis	Gargani	Luraschi
Cerretti Maria Luisa	Delfino	Gargano	Macaluso Antonino
Castelli	Della Briotta	Gasco	Macaluso Emanuele
Castellucci	De Lorenzo	Gaspari	Macchiavelli
Cataldo	Del Pennino	Gastone	Maggioni
Catanzariti	De Maria	Gava	Magliano
Catella	De Martino	Giadresco	Magnani Noya Maria
Cattanei	De Marzio	Giannantoni	Magri
Cavaliere	de Michieli Vitturi	Giannini	Malagugini
Ceravolo	De Mita	Gioia	Malfatti
Cerra	De Sabbata	Giolitti	Manca
Cerri	Di Giannantonio	Giomo	Mancinelli
Cesaroni	Di Giesi	Giordano	Mancini Antonio
Chanoux	Di Gioia	Giovanardi	Mancini Giacomo
Chiarante	Di Giulio	Giovannini	Mancuso
Chiovini Cecilia	Di Leo	Girardin	Mantella
Ciacci	Di Marino	Giudiceandrea	Marchio
Ciai Trivelli Anna	Di Pucio	Gramegna	Mariani
Maria	Di Vagno	Granelli	Mariotti
Ciampaglia	Donat-Cattin	Grassi Bertazzi	Marocco
Ciccardini	Donelli	Guarra	Marras
Cirillo	Drago	Guerrini	Martelli
Cittadini	Dulbecco	Guglielmino	Martini Maria Eletta
Ciuffini	Erminero	Gui	Marzotto Caotorta
Coccia	Esposito	Gullotti	Maschiella
Cocco Maria	Fabbri	Gunnella	Masciadri
Colombo Emilio	Fabbri Seroni	Ianniello	Masullo
Colombo Vittorino	Adriana	Ingrao	Matta
Colucci	Faenzi	Innocenti	Mattarelli
Columbu	Fagone	Iotti Leonilde	Matteini
Compagna	Federici	Iperico	Matteotti
Concas	Felici	Ippolito	Mazzarino

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Mazzarrino
 Mazzola
 Mazzotta
 Mendola Giuseppa
 Menichino
 Merli
 Messeni Nemegna
 Meucci
 Miceli
 Micheli Filippo
 Micheli Pietro
 Mignani
 Milani
 Mirate
 Miroglio
 Misasi
 Molè
 Monti Maurizio
 Monti Renato
 Morini
 Moro Dino
 Mosca
 Musotto
 Nahoum
 Napolitano
 Natali
 Natta
 Negrari
 Niccolai Cesarino
 Niccolai Giuseppe
 Niccoli
 Nicolazzi
 Nicosia
 Orlandi
 Orlando
 Orsini
 Padula
 Pandolfi
 Pani
 Pascariello
 Patriarca
 Pavone
 Pazzaglia
 Pedini
 Peggio
 Pegoraro
 Pellegatta Maria
 Pellicani Giovanni
 Pellizzari
 Pennacchini
 Perantuono
 Perrone
 Pezzati
 Picchioni
 Piccinelli
 Picciotto
 Piccoli
 Piccone
 Pisanu
 Pisicchio
 Pisoni
 Pistillo
 Pochetti
 Poli
 Pompei
 Postal
 Prandini
 Prearo
 Pumilia
 Quaranta
 Querci
 Quilleri
 Radi
 Raffaelli
 Raicich
 Rampa
 Raucci
 Rausa
 Rauti
 Reale Oronzo
 Reggiani
 Reichlin
 Rende
 Restivo
 Riccio Pietro
 Riccio Stefano
 Riela
 Riga Grazia
 Riz
 Rizzi
 Rognoni
 Romita
 Rosati
 Ruffini
 Rumor
 Russo Carlo
 Russo Ferdinando
 Russo Quirino
 Russo Vincenzo
 Sabbatini
 Saccucci
 Salizzoni
 Salvatore
 Salvatori
 Salvi
 Sandomenico
 Sandri
 Sangalli
 Santagati
 Santuz
 Sartor
 Sboarina
 Sbriziolo De Felice
 Eirene
 Scalfaro
 Scarlato

Schiavon
 Scipioni
 Scotti
 Scutari
 Sedati
 Segre
 Sgarbi Bompani
 Luciana
 Sgarlata
 Signorile
 Simonacci
 Sinesio
 Sisto
 Skerk
 Sobrero
 Spadola
 Speranza
 Spinelli
 Spitella
 Stefanelli
 Stella
 Talassi Giorgi Renata
 Tamini
 Tanassi
 Tani
 Tantalo
 Tarabini
 Tassi
 Taviani
 Tedeschi
 Terraroli
 Tesi
 Tesini
 Tessari
 Todros
 Tortorella Giuseppe
 Tozzi Condivi
 Traina
 Traversa
 Tremaglia
 Tripodi Antonino
 Tripodi Girolamo
 Triva
 Trombadori
 Truzzi
 Turnaturi
 Urso Giacinto
 Urso Salvatore
 Vaghi
 Vagli Rosalia
 Valensise
 Valiante
 Valori
 Vania
 Vecchiarelli
 Venegoni
 Venturini
 Venturoli
 Vespignani
 Vetere
 Vetrano
 Vetrone
 Vicentini
 Villa
 Vincelli
 Vincenzi
 Vineis
 Vitale
 Vitali
 Volpe
 Zaffanella
 Zagari
 Zamberletti
 Zanibelli
 Zanini
 Zolla
 Zoppetti
 Zurlo

Sono in missione:

Miotti Carli Amalia Reale Giuseppe
 Preti

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento della Commissione 9. 5, accettato dal Governo.

(È approvato).

È quindi assorbito da tale votazione lo emendamento D'Aniello 9. 2.

Onorevole Carmen Casapieri Quagliotti, mantiene il suo emendamento 9. 01, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Onorevole De Lorenzo, mantiene i suoi emendamenti 10. 1 e 12. 4, non accettati dalla Commissione né dal Governo?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento De Lorenzo 10. 1.
(*È respinto*).

Pongo in votazione l'emendamento De Lorenzo 12. 4.
(*È respinto*).

Onorevole Maruzza Astolfi, mantiene il suo emendamento 12. 5, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

ASTOLFI MARUZZA. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Onorevole Baghino, mantiene l'emendamento Tremaglia 12. 3, di cui ella è cofirmatario, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

BAGHINO. Lo ritiro, signor Presidente, perché un eventuale esito negativo della votazione potrebbe avere delle conseguenze controproducenti.

PRESIDENTE. Onorevole De Marzio, mantiene il suo emendamento 12. 2, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Pongo in votazione l'emendamento Riz 12. 1, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(*È approvato*).

Onorevole d'Aquino, mantiene il suo emendamento 12-bis. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

d'AQUINO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 13. 2, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Onorevole De Marzio, mantiene il suo emendamento 13. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Pongo in votazione l'emendamento della Commissione 13. 3, accettato dal Governo.
(*È approvato*).

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 14. 2, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Pongo in votazione l'emendamento della Commissione 14. 4, accettato dal Governo.
(*È approvato*).

Onorevole Menichino, mantiene il suo emendamento 14. 3, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

MENICHINO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Onorevole De Marzio, mantiene il suo emendamento 14. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 15. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(È respinto).

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 16. 3, non accettato dalla Commissione né dal Governo?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(È respinto).

Onorevole De Marzio, mantiene i suoi emendamenti 16. 1 e 16. 2, non accettati dalla Commissione né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento De Marzio 16. 1.
(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento De Marzio 16. 2.
(È respinto).

Onorevole De Lorenzo, mantiene i suoi emendamenti 17. 1 e 18. 7, non accettati dalla Commissione né dal Governo?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento De Lorenzo 17. 1.
(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento De Lorenzo 18. 7.
(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento della Commissione, accettato dal Governo.
(È approvato).

Onorevole Caiazza, mantiene il suo emendamento 18. 1, non accettato dalla Commissione, né dal Governo?

CAIAZZA. Lo ritiro, signor Presidente, perché, per le motivazioni che ho esposto, non vorrei che un voto contrario della Camera compromettesse il principio. Dichiaro inol-

tre di ritirare l'emendamento 18. 2 e l'emendamento 18. 3, ad esso collegato.

PRESIDENTE. Onorevole De Marzio, mantiene il suo emendamento 18. 6, non accettato dalla Commissione, né dal Governo?

DE MARZIO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(È respinto).

È così precluso l'identico emendamento De Lorenzo 18. 5.

Sull'emendamento De Lorenzo 18. 4 è pervenuta richiesta di votazione segreta dall'onorevole Giomo a nome del gruppo liberale.

DE LORENZO. Chiedo di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE LORENZO. Desidero sottolineare l'importanza di questo emendamento. Con il primo comma dell'articolo 18 si escludono le case di cura dalle convenzioni, dando semplicemente alle regioni la possibilità di stipularle. Sottolineo che le case di cura dispongono di circa 120 mila posti-letto e danno lavoro ad oltre 300 mila dipendenti. Esse, nel 1973, hanno curato un terzo dei lavoratori con una spesa nettamente inferiore.

Inoltre, dal punto di vista giuridico, la norma che sancisce il convenzionamento delle case di cura private contiene una condizione discriminatoria e limitativa rispetto agli altri istituti di ricovero e viola alcuni principi della Carta costituzionale, che all'articolo 38 assicura la piena libertà per l'assistenza privata.

Il primo comma dell'articolo 18 del decreto in esame è contrario alla legge fondamentale in materia, che resta quella della riforma ospedaliera del 12 febbraio 1968, n. 132 che, all'articolo 1, equipara a tutti gli effetti le case di cura private agli enti ospedalieri.

Per questo motivo, invito la Camera ad approvare l'emendamento.

Votazione segreta mediante procedimento elettronico.

PRESIDENTE. Indico la votazione segreta, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento De Lorenzo 18. 4, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Dichiaro chiusa la votazione e invito gli onorevoli segretari a verificarne le risultanze.

(I deputati segretari verificano le risultanze della votazione).

Comunico il risultato della votazione:

Presenti e votanti	504
Maggioranza	253
Voti favorevoli	126
Voti contrari	378

(La Camera respinge).

Hanno preso parte alla votazione:

Abelli	Battaglia	Brini	Compagna
Accreman	Battino-Vittorelli	Bubbico	Concas
Aiardi	Beccaria	Buffone	Conte
Aldrovandi	Becciu	Busetto	Corà
Alesi	Belci	Buzzi	Cortese
Alessandrini	Bellisario	Buzzoni	Corti
Aliverti	Bellotti	Cabras	Costamagna
Allocca	Bemporad	Caiati	Cotecchia
Almirante	Benedetti Gianfilippo	Caiazza	Cottoni
Altissimo	Benedetti Tullio	Caldoro	Craxi
Amadei	Berlinguer Giovanni	Calveti	Cristofori
Amadeo	Berloffa	Canepa	Cuminetti
Anderlini	Bernardi	Canestrari	Cusumano
Andreoni	Bernini	Capponi Bentivegna	D'Alema
Andreotti	Bersani	Carla	D'Alessio
Angelini	Bertoldi	Capra	Dall'Armellina
Anselmi Tina	Biamonte	Caradonna	Dal Maso
Antoniozzi	Bianchi Alfredo	Cardia	Dal Sasso
Armani	Bianchi Fortunato	Carenini	Damico
Armato	Bianco	Cariglia	D'Angelo
Arnaud	Bignardi	Cárolì	D'Aniello
Artali	Bisaglia	Carrà	d'Aquino
Assante	Bisignani	Carri	D'Arezzo
Astolfi Maruzza	Bodrato	Carta	D'Auria
Azzaro	Boffardi Ines	Caruso	de Carneri
Baccalini	Boldrin	Casapieri Quagliotti	de' Cocci
Badini Confalonieri	Boldrini	Carmen	Degan
Baghino	Bollati	Cascio	De Leonardis
Balasso	Bonalumi	Cassanmagnago	Delfino
Baldassari	Bonifazi	Cerretti Maria Luisa	Della Briotta
Baldassi	Bonomi	Castelli	De Lorenzo
Baldi	Borghi	Castellucci	Del Pennino
Ballardini	Borra	Cataldo	De Maria
Ballarin	Borromeo D'Adda	Catanzariti	De Martino
Balzamo	Bortolani	Catella	De Marzio
Barba	Bortot	Cattanei	de Michieli Vitturi
Barbi	Bosco	Cavaliere	De Mita
Barca	Botta	Ceravolo	De Sabbata
Bardelli	Bottarelli	Cerra	Di Giannantonio
Bardotti	Bottari	Cerri	Di Giesi
Bargellini	Bova	Cesaroni	Di Gioia
Bartolini	Bozzi	Chanoux	Di Giulio
Bassi	Brandi	Chiarante	Di Leo
Bastianelli	Bressani	Chiovini Cecilia	Di Marino
		Ciacchi	Di Puccio
		Ciaffi	Di Vagno
		Ciai Trivelli Anna	Donat-Cattin
		Maria	Donelli
		Ciccardini	Drago
		Cirillo	Dulbecco
		Cittadini	Erminero
		Ciuffini	Esposito
		Coccia	Fabbri
		Cocco Maria	Fabbri Seroni
		Colombo Emilio	Adriana
		Colombo Vittorino	Faenzi
		Colucci	Fagone
		Columbu	Federici

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Felici	Isgrò	Mazzola	Pisicchio
Felisetti	Jacazzi	Mazzotta	Pisoni
Ferioli	Korach	Mendola Giuseppa	Pistillo
Ferrari	La Bella	Menichino	Pochetti
Ferrari-Aggradi	Laforgia	Merli	Poli
Ferretti	La Loggia	Messeni Nemagna	Pompei
Ferri Mario	Lamanna	Meucci	Postal
Fibbi Giulietta	La Marca	Miceli	Prandini
Finelli	Lapenta	Micheli Filippo	Prearo
Fioret	La Torre	Micheli Pietro	Pumilia
Fioriello	Lattanzio	Mignani	Quaranta
Flamigni	Lavagnoli	Milani	Querci
Fontana	Lenoci	Mirate	Quillieri
Forlani	Lettieri	Miroglio	Radi
Fortuna	Lezzi	Misasi	Raffaelli
Foscarini	Ligori	Molè	Raicich
Foschi	Lindner	Monti Maurizio	Rampa
Fracanzani	Lizzero	Monti Renato	Raucci
Fracchia	Lo Bello	Morini	Rausa
Franchi	Lobianco	Moro Dino	Rauti
Frasca	Lodi Adriana	Mosca	Reale Oronzo
Furia	Lombardi Giovanni	Musotto	Reggiani
Fusaro	Enrico	Nahoum	Reichlin
Galloni	Lo Porto	Napolitano	Rende
Galluzzi	Lospinoso Severini	Natali	Restivo
Gambolato	Lucchesi	Natta	Riccio Pietro
Garbi	Luraschi	Negrari	Riccio Stefano
Gargani	Macaluso Antonino	Niccolai Cesarino	Riela
Gargano	Macaluso Emanuele	Niccolai Giuseppe	Riga Grazia
Gasco	Maggioni	Niccoli	Riz
Gaspari	Magliano	Nicolazzi	Rizzi
Gastone	Magnani Noya Maria	Nicosia	Rognoni
Gava	Magri	Orlandi	Romita
Giadresco	Malagugini	Orlando	Rosati
Giannantoni	Malfatti	Orsini	Ruffini
Giannini	Manca	Padula	Rumor
Giglia	Mancinelli	Pandolfi	Russo Carlo
Giolitti	Mancini Antonio	Pani	Russo Ferdinando
Giomo	Mancini Giacomo	Pascariello	Russo Quirino
Giordano	Mancuso	Patriarca	Russo Vincenzo
Giovanardi	Mantella	Pavone	Sabbatini
Giovannini	Marchio	Pazzaglia	Saccucci
Girardin	Mariani	Pedini	Salizzoni
Giudiceandrea	Mariotti	Peggio	Salvatore
Gramegna	Marocco	Pegoraro	Salvatori
Granelli	Marras	Pellegatta Maria	Salvi
Grassi Bertazzi	Martelli	Pellicani Giovanni	Sandomenico
Guarra	Martini Maria Eletta	Pellizzari	Sandri
Guerrini	Marzotto Caotorta	Pennacchini	Sangalli
Guglielmino	Maschiella	Perantuono	Santagati
Gui	Masciadri	Perrone	Santuz
Gullotti	Masullo	Pezzati	Sartor
Ianniello	Matta	Picchioni	Sboarina
Ingrao	Mattarelli	Piccinelli	Sbriziolo De Felice
Innocenti	Matteini	Picciotto	Eirene
Iotti Leonilde	Matteotti	Piccoli	Scalfaro
Iperico	Mazzarino	Piccone	Scarlatò
Ippolito	Mazzarrino	Pisanu	Schiavon

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Scipioni	Tripodi Antonino
Scotti	Tripodi Girolamo
Scutari	Triva
Sedati	Trombadori
Segre	Truzzi
Sgarbi Bompani	Turnaturi
Luciana	Urso Giacinto
Sgarlata	Urso Salvatore
Signorile	Vaghi
Simonacci	Vagli Rosalia
Sinesio	Valensise
Sisto	Valiante
Skerk	Valori
Sobrero	Vania
Spadola	Vecchiarelli
Speranza	Venegoni
Spinelli	Venturini
Spitella	Venturoli
Stefanelli	Vespignani
Stella	Vetere
Talassi Giorgi Renata	Vetrano
Tamini	Vetrone
Tani	Vicentini
Tantalo	Villa
Tarabini	Vincelli
Tassi	Vincenzi
Taviani	Vineis
Tedeschi	Vitale
Terraroli	Vitali
Tesi	Volpe
Tesini	Zaffanella
Tessari	Zagari
Todros	Zamberletti
Tortorella Giuseppe	Zanibelli
Tozzi Condivi	Zanini
Traina	Zolla
Traversa	Zoppetti
Tremaglia	Zurlo

Sono in missione:

Miotti Carli Amalia Reale Giuseppe
Preli

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 18. 5, non accettato dalla Commissione né dal Governo ?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Pongo in votazione l'emendamento 18. 8 della Commissione, accettato dal Governo.
(*È approvato*).

Dichiaro pertanto assorbito l'emendamento Caiazza 18. 01.

Onorevole De Lorenzo, mantiene il suo emendamento 19. 1, non accettato dalla Commissione né dal Governo ?

DE LORENZO. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Onorevole La Bella, mantiene il suo emendamento 19. 01, non accettato dalla Commissione né dal Governo ?

LA BELLA. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.
(*È respinto*).

Pongo in votazione l'emendamento 20. 1 della Commissione, accettato dal Governo.
(*È approvato*).

Pongo in votazione l'emendamento 21. 1 della Commissione, accettato dal Governo.
(*È approvato*).

Pongo in votazione l'emendamento Riz 22. 1, accettato dalla Commissione e dal Governo.
(*È approvato*).

Passiamo agli ordini del giorno. Se ne dia lettura.

PISTILLO, *Segretario*, legge:

La Camera,

considerato che fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria occorre garantire che gli organi mutualistici dei coltivatori diretti possano erogare regolarmente le residue prestazioni previste dalla legge in vigore ed in particolare l'assistenza ad oltre 1 milione e 100 mila pensionati,

impegna il Governo

ad assumere le opportune iniziative per assicurare tali prestazioni tenuto anche conto del mancato finanziamento verificatosi a partire dalla data del 1° aprile 1973 previsto dalla legge n. 369 del 29 maggio 1967 per l'assistenza ai pensionati.

9/3102/1 Cristofori, Rampa, Fusaro, Urso Giacinto, Bonomi, Truzzi, Vetrone, Bucciarelli Ducci, Stella, Castellucci, Baldi, Bortolani, Balasso, Armani, Prearo, Urso Salvatore, Schiavon, Traversa, Amadeo, Andreoni, Boffardi Ines, Negrari, Tantalo.

La Camera,

considerato che l'articolo 33 del decreto-legge 26 ottobre 1970, n. 745, convertito nella legge 18 dicembre 1970, n. 1034, prevedeva la revisione generale dei prezzi di tutti i medicinali entro il 31 dicembre 1971 secondo le direttive del CIPE ed a seguito di un'indagine sui costi eseguita preventivamente dal CIP;

rilevato che i risultati di tale indagine sono stati comunicati dal CIP al CIPE sin dal 31 ottobre 1971;

constatato inoltre che, a tutt'oggi, tale revisione generale non è stata compiuta e che, entro il 31 dicembre prossimo, avrebbe dovuto addirittura eseguirsi la seconda indagine;

preso atto, infine, che la situazione di diffimità dei prezzi dei medicinali si è aggravata in conseguenza della mancata revisione, accentuando notevoli sperequazioni fra i prezzi degli stessi prodotti immessi sul mercato da industrie diverse; e che, quindi, tale situazione va rapidamente modificata,

impegna il Governo

ad aggiornare al più presto l'indagine svolta nel 1971 ed a provvedere, entro il 31 dicembre 1974, alla revisione dei prezzi dei prodotti farmaceutici, al fine di evitare le denunciate sperequazioni, di procedere alla conseguente riduzione del numero dei farmaci oggi esistenti sul mercato e di rendere più funzionali l'estensione e la revisione del prontuario INAM di cui all'articolo 9 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, attualmente in discussione per la conversione in legge.

9/3102/2

Frasca.

La Camera,

preso atto delle crescenti difficoltà in cui versano le farmacie rurali ed in particolare quelle sussidiate a norma dell'articolo 2 della legge 8 marzo 1968, n. 221,

impegna il Governo

a proporre tempestivamente opportuni provvedimenti per evitare la chiusura delle farmacie nei piccoli centri, a predisporre l'adeguamento dell'indennità di residenza e ad assicurare l'integrale ripartizione alle farmacie sussidiate delle somme dovute a tal fine dagli enti mutualistici a norma dell'articolo 8 della citata legge 8 marzo 1968, n. 221.

9/3102/3

Gasco.

La Camera,

premesso che con la legge 18 marzo 1968, n. 431, è stato radicalmente modificato l'ordinamento legislativo dell'assistenza psichiatrica con l'introduzione del ricovero volontario;

considerato che il legislatore, nell'approvare la legge suddetta, si è giustamente preoccupato di rispettare la personalità dell'individuo (non più costretto, in quanto ammalato, a sottostare ad umilianti schedature e a limitazioni dei suoi diritti civili), omettendo per altro di determinare la competenza passiva dei detti ricoveri volontari;

rilevato che conseguentemente si è venuto a determinare un preoccupante contenzioso che vede impegnati enti locali, enti mutualistici e in cui sono comunque praticamente soccombenti gli enti gestori degli ospedali psichiatrici, in quanto non riescono ad ottenere il pagamento delle rette;

constatato che, nonostante sentenze emanate dalla quinta sezione del Consiglio di Stato, a tutt'oggi non sono state ancora emanate univoche disposizioni dai Ministeri della sanità e del lavoro;

preso atto che il decreto-legge n. 264 non ha potuto prendere in esame l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici in tutti i suoi aspetti,

impegna il Governo

a prendere gli opportuni, necessari provvedimenti per dare al problema adeguata ed urgente soluzione.

9/3102/4 Fusaro, Signorile, Nicolazzi, D'Aniello, Focchi, Rampa, Morini, Urso Giacinto.

PRESIDENTE. Qual è il parere del Governo sugli ordini del giorno presentati?

COLOMBO VITTORINO, *Ministro della sanità*. Accetto gli ordini del giorno Cristofori 9/3102/1 e Fusaro 9/3102/4. Per quanto riguarda l'ordine del giorno Frasca 9/3102/2, relativo alla politica dei farmaci, vorrei chiedere al presentatore se esso è stato presentato a nome della maggioranza.

FRASCA. L'ordine del giorno 9/3102/2 deve intendersi presentato da tutta la Commissione.

COLOMBO VITTORINO, *Ministro della sanità*. Il Governo ne accetta il dispositivo, mentre non può accettarne le motivazioni, stando almeno alla formulazione del testo dell'ordine del giorno. Accetto come raccomandazione l'ordine del giorno Gasco 9/3102/3.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

PRESIDENTE. Chiederò ora se, dopo le dichiarazioni del Governo, i presentatori insistano perché i loro ordini del giorno siano posti in votazione.

CRISTOFORI. Non insisto.

FRASCA. Insisto per la votazione per parti separate dell'ordine del giorno da me presentato a nome della Commissione.

PRESIDENTE. Onorevole Frasca, le rammento che il Governo ha accolto la parte dispositiva del suo ordine del giorno.

FRASCA. Allora non insisto.

GASCO. Non insisto.

FUSARO. Non insisto.

PRESIDENTE. È così esaurita la trattazione degli ordini del giorno.

Presentazione di un disegno di legge.

TAVIANI, Ministro dell'interno. Chiedo di parlare per la presentazione di un disegno di legge.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TAVIANI, Ministro dell'interno. Mi onoro presentare, a nome del ministro degli affari esteri, il seguente disegno di legge:

« Approvazione ed esecuzione dell'accordo tra gli Stati membri della CECA e la CECA, da un lato, e il Regno di Norvegia dall'altro, con allegato, protocollo e atto finale, firmato a Bruxelles il 14 maggio 1973 ».

PRESIDENTE. Do atto della presentazione di questo disegno di legge, che sarà stampato e distribuito.

Proposte di assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede legislativa.

PRESIDENTE. A norma del primo comma dell'articolo 92 del regolamento, propongo alla Camera l'assegnazione in sede legislativa dei seguenti progetti di legge:

alla III Commissione (Affari esteri):

Senatori **PIERACCINI** ed altri: « Contributo all'Istituto per gli affari internazionali con sede in Roma » (approvato dal Senato, modi-

ficato dalla Camera e nuovamente modificato dalla III Commissione del Senato) (1376-B) (con parere della V Commissione);

alla VI Commissione (Finanze e tesoro):

SCOTTI ed altri: « Limiti operativi della sezione di credito industriale della Banca nazionale del lavoro » (approvato dalla VI Commissione della Camera e modificato dalla VI Commissione del Senato) (1120-B);

BARBI ed altri: « Norme per la determinazione dei tassi di interesse per i finanziamenti agevolati e del tasso di mora per i mutui fondiari » (3195).

Le suddette proposte di assegnazione saranno poste all'ordine del giorno della prossima seduta.

Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.

PRESIDENTE. A norma del primo comma dell'articolo 72 del regolamento, i seguenti progetti di legge sono deferiti alle sottoindicate Commissioni in sede referente:

alla I Commissione (Affari costituzionali):

NICCOLAI GIUSEPPE: « Modifica ed integrazione delle provvidenze previste dalla legge 9 marzo 1971, n. 98, in favore del personale dipendente da organismi militari operanti nel territorio nazionale nell'ambito della Comunità atlantica » (3055) (con parere della V Commissione);

PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE DE CARNERI ed altri: « Norme costituzionali a favore del gruppo linguistico ladino della provincia di Trento » (3097) (con parere della VIII Commissione);

PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE GIRARDIN ed altri: « Modifica dell'ultimo comma dell'articolo 72 della Costituzione, sulla procedura di approvazione dei provvedimenti di ratifica dei trattati internazionali » (3113) (con parere della III Commissione);

MAGGIONI ed altri: « Modifiche alla legge 8 marzo 1951, n. 122, in materia di ineleggibilità dei medici condotti a consiglieri provinciali » (3133);

« Norme sul riordinamento della pubblica amministrazione » (approvato dal Senato) (3157) (con parere della V Commissione);

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

GALLONI ed altri: « Disposizioni integrative concernenti la posizione giuridica di talune categorie di personale collocato a riposo ai sensi della legge 24 maggio 1970, n. 336, e successive modificazioni » (3191) (con parere della V Commissione);

alla II Commissione (Interni):

MERLI e ROGNONI: « Disciplina dell'orario di lavoro nelle aziende tipografiche di stampa dei giornali quotidiani » (3112) (con parere della V e della XIII Commissione);

alla IV Commissione (Giustizia):

SALVATORI: « Delega al Governo per un nuovo ordinamento degli ufficiali giudiziari » (3077) (con parere della I e della VI Commissione);

alla V Commissione (Bilancio):

DE MICHELI VITTURI ed altri: « Modificazione dell'articolo 19 della legge 19 dicembre 1973, n. 837, recante ulteriori interventi in favore della zona del Vajont » (3095) (con parere della VI Commissione);

DE MICHELI VITTURI ed altri: « Interpretazione autentica dell'articolo 19-*quater*, sub articolo 16, e dell'articolo 29, sub articolo 31, della legge 31 maggio 1964, n. 357, concernente modifiche ed integrazioni della legge 4 novembre 1963, n. 1457, recante provvidenze a favore delle zone devastate dalla catastrofe del Vajont, del 9 ottobre 1963 » (3096) (con parere della IV e della VI Commissione);

alla VI Commissione (Finanze e tesoro):

SALVATORI: « Nuove norme per la definizione di pendenze in materia tributaria » (3078);

BIANCHI FORTUNATO ed altri: « Modificazioni alla tabella A allegata al decreto-legge 23 ottobre 1964, n. 989, convertito in legge 18 dicembre 1964, n. 1350, e successive modificazioni, recante agevolazioni fiscali per i prodotti petroliferi, carburanti e lubrificanti, destinati al funzionamento degli aeromobili adibiti ad uso agricolo » (3081) (con parere della XI Commissione);

alla VII Commissione (Difesa):

BERLOFFA ed altri: « Interpretazione autentica della legge 23 dicembre 1970, n. 1094, con-

cernente l'estensione dell'equo indennizzo al personale militare » (3083) (con parere della I, della V e della VI Commissione);

alla VIII Commissione (Istruzione):

CAROLI: « Passaggio ad altro insegnamento dei docenti di lingua straniera » (3085) (con parere della I Commissione);

SANTUZ e GIORDANO: « Modifica della tabella di cui all'articolo 12 della legge 30 luglio 1973, n. 477, concernente lo stato giuridico del personale della scuola » (3114) (con parere della I, della V e della VI Commissione);

SALVATORI e LETTIERI: « Modifiche alla legge 27 ottobre 1969, n. 754, sulla sperimentazione negli istituti professionali » (3116) (con parere della V Commissione);

alla X Commissione (Trasporti):

BORROMEO D'ADDA ed altri: « Soppressione delle assuntorie della navigazione interna esercitate in regime di concessione » (3073) (con parere della I, della V e della XIII Commissione);

alla XI Commissione (Agricoltura):

SCUTARI ed altri: « Finanziamento della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante norme per lo sviluppo della montagna » (3086) (con parere della V Commissione);

alle Commissioni riunite IV (Giustizia) e VI (Finanze e tesoro):

QUILLERI: « Elevazione da 500 milioni a 2 miliardi del limite di cui alla legge 3 maggio 1955, n. 428, contenente norme per la emissione di azioni e di obbligazioni delle società » (3093) (con parere della XII Commissione).

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Passiamo alle dichiarazioni di voto sul complesso del disegno di legge. È iscritto a parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Di Giulio. Ne ha facoltà.

DI GIULIO. Il nostro gruppo voterà contro il decreto-legge n. 264. Abbiamo già espresso, nella seduta di stamane, le nostre riserve circa la costituzionalità del ricorso al decreto-legge in questa materia. La motivazione del nostro voto contrario non riguarda tuttavia questioni di incostituzionalità, ma questioni di merito.

Intendo riferirmi a due questioni di merito fondamentali che, nonostante alcuni miglioramenti apportati nel corso dei lavori parlamentari — in particolare per quanto riguarda l'impegno di scioglimento delle mutue — non sono state risolte. La prima questione riguarda il sistema di finanziamento del debito, attraverso il ricorso all'aumento della contribuzione sui salari dei lavoratori, per l'1,65 per cento in complesso, ripartito per l'1,50 a carico delle imprese e per lo 0,15 a carico dei lavoratori. Nel pacchetto delle operazioni fiscali, parafiscali e tariffarie di cui discutiamo, questo costituisce uno degli aspetti meno accettabili, che pesa maggiormente sui lavoratori. È uno dei punti fondamentali di squilibrio del « pacchetto », nel senso di far gravare gli oneri finanziari dell'operazione globale sulle masse lavoratrici: non si è fatto nulla per correggere questo stato di cose.

Desidero aggiungere che esiste anche una grave questione politica, della quale mi stupisce non si siano resi conto il Governo né le forze politiche della maggioranza. È la prima volta, da molti anni, che si muta il sistema contributivo malgrado il dissenso esplicito delle organizzazioni sindacali e senza aver cercato una intesa con esse. Questo non era mai accaduto nel passato: per le pensioni o per altri contributi, si era sempre cercato una intesa con le organizzazioni sindacali.

Non ritengo che le organizzazioni sindacali debbano decidere: sta al Parlamento decidere, eventualmente anche contro l'opinione delle organizzazioni sindacali. Vi sono questioni, come quelle riguardanti il salario indiretto dei lavoratori, in cui la ricerca di una intesa con le organizzazioni sindacali dovrebbe essere una cosa da fare sempre. Questa volta vi è un dissenso netto delle organizzazioni sindacali sull'1,65 per cento; ma non vi è stato alcuno sforzo serio per avviare un discorso e un confronto per cercare di superare questo dissenso.

Tale fatto costituisce una grave novità politica e mi stupisce che il Governo non se ne sia reso conto, perché essa può rischiare di avere conseguenze e implicazioni negli sviluppi che la situazione sociale del paese avrà nei mesi di settembre e di ottobre. Sarebbe bene pensare a certe cose in tempo, per non trovarsi poi di fronte a situazioni difficili che si sarebbero potute evitare con una politica più accorta e più responsabile.

Infine, non è stato corretto il meccanismo fondamentale di spesa, per cui si mantiene, almeno per due anni, una contraddizione profonda tra sistema mutualistico e sistema ospede-

daliero, per cui non avremo più una serie di spese superflue, come quelle che nascevano dal sistema delle rette: avremo un sovraccarico di ospedalizzazioni non necessarie, che nasceranno dal sistema mutualistico. Ci troveremo, tra un anno o forse meno, di fronte ad un *deficit* di centinaia di miliardi delle regioni, le quali, non avendo mezzi propri per finanziare il *deficit*, porranno la questione di un finanziamento del Fondo ospedaliero nazionale, per il quale certo non basteranno 100 miliardi. A quel punto vi sarà chi verrà a dire, come per la legge ospedaliera del '68, che non si erano viste bene le cose, che si era creato un meccanismo di spesa incontrollabile e che occorrono 500 o 600 miliardi di integrazione del fondo ospedaliero.

Di fronte ad una spesa incontrollabile, che si determina con questo meccanismo, a quel punto vedremo come i sostenitori di questo decreto spiegheranno la situazione finanziaria che si determinerà; e siccome noi non vogliamo assumerci la responsabilità di creare situazioni finanziarie incontrollabili, come è stato per la legge ospedaliera del 1968 — contro la quale votammo — anche per questo motivo voteremo contro il presente decreto al nostro esame. (*Vivi applausi all'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Rampa. Ne ha facoltà.

RAMPA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, non credo sia il momento di affrontare temi specifici, nonostante le pessimistiche previsioni che abbiamo ora ascoltato e che tuttavia non riflettono neppure con chiarezza e lealtà tutto il lavoro di confronto positivo che, senza far perdere alla maggioranza nulla della propria autonomia, è stato condotto anche con l'apporto dell'opposizione di sinistra in Commissione. È un lavoro che è stato condotto senza trionfalismi di sorta, perché ci rendiamo conto della complessità e della difficoltà dei problemi che abbiamo affrontato in un tempo forse troppo ristretto, onorevole ministro, perché i problemi potessero essere approfonditi fino in fondo. Abbiamo potuto constatare una volontà politica che qui è stata richiamata dal collega Morini della democrazia cristiana, che ringraziamo; ma, per la verità, abbiamo riscontrato tale volontà politica in tutte le forze della maggioranza e in molti casi, pur nella naturale differenza delle tesi, anche in coloro che in questo momento in aula hanno voluto assumere un atteggiamento di netta contrarietà prevedendo un futuro ca-

tastrofico, piuttosto che cogliere — come avrebbero dovuto fare e come hanno fatto in Commissione — anche gli elementi almeno potenzialmente positivi del decreto-legge che stiamo per convertire in legge.

Come dicevo, non credo sia il momento di affrontare temi particolari, ma invito gli onorevoli colleghi — della maggioranza come delle opposizioni — a voler confrontare serenamente il testo presentato dal Governo e il testo approvato dall'aula. Non dico ciò per sottolineare una divergenza che potrebbe apparire agli onorevoli colleghi come un rimprovero, anche se gentilmente espresso; lo dico, invece, per sottolineare un altro fatto politico di grande rilevanza, che abbiamo verificato direttamente nel corso dei nostri lavori. Quando, anziché discutere — come si fa troppo sulla stampa — anche contro la democrazia cristiana, da parte di voci che rispettiamo ma che certo non vogliamo e non possiamo pensare che rappresentino l'intero partito socialista; quando anziché fare questo, creando dissensi inutili e vani nei momenti difficili, si cerca di lavorare insieme in un confronto, allora avviene che non soltanto i partiti di Governo trovino le soluzioni opportune ai problemi importanti; ma che anche il Governo, senza complessi di inferiorità, partecipi a questa elaborazione.

È in questo senso che abbiamo creduto di poter lavorare, ed è in questo senso che crediamo di poter lodare l'efficacia di una collaborazione che, dal confronto dei testi, potrebbe portarci a verificare che passi avanti si sono fatti proprio tenendo conto che, con questo decreto-legge, non tendevamo soltanto a ripianare i debiti ospedalieri, che contribuiscono a rendere più drammatica la funzionalità dell'assistenza sanitaria ospedaliera del nostro paese; ma ci rendevamo conto che, con questi miglioramenti, stavamo facendo qualcosa di più: stavamo, cioè, intessendo un colloquio diretto con gli interessi più vitali della nostra gente, dei nostri concittadini che certo pagano un grosso sacrificio.

Un grosso sacrificio, perché non è vero che il carico fiscale, finanziario sia addebitato dal decreto soltanto al Governo: si tratta di un carico certamente addebitato anche ai lavoratori. È per questo che non abbiamo voluto pagare, come si suol dire, soltanto dei debiti ma abbiamo anche voluto tener conto della domanda sociale che sorge dal paese, perché finalmente la riforma sanitaria, che il Governo — adempiendo con onore ad un suo impegno preciso di fronte al Parlamento — ha predisposto e che la democrazia cristiana ha elab-

borato in modo sofferto, tenendo conto di come sia difficile per essa stessa e per il proprio elettorato far coincidere in sintesi politica interessi divergenti ma pur legittimi, perché finalmente questa riforma, dicevo, potesse finalmente iniziarsi. Voglio qui ricordare anche l'apporto dei senatori all'impostazione di lavoro del nostro partito, in questa fase preparatoria della riforma; in particolare voglio dare atto del suo impegno preciso e tenace al ministro democristiano Vittorino Colombo.

Quando esamineremo il testo, vedremo che non è stato creato nulla di nuovo. Si è tenuto conto però che nessuno può affermare, per quanto riguarda l'avvio di questa riforma sanitaria, di essere stato più avanzato di noi nelle tesi, e più deciso nel sostenerle. Ammettiamo con lealtà che il dibattito — cui ebbi anch'io l'onore di partecipare presso il Ministero del lavoro — con i sindacati e con le forze sociali, a livello culturale e scientifico, è stato largamente approfondito nel corso di questi anni, ed arricchito di nuovi elementi. Tale dibattito si è fatto più problematico, ma ha anche conseguito maggiore apporto di partecipazione. Ecco perché i colleghi della maggioranza e dell'opposizione possono ricordare che, in sede di Commissione, il gruppo della democrazia cristiana ha sempre sostenuto che non poteva trattarsi di un mero ripiano finanziario: questo decreto doveva rappresentare l'avvio della riforma sanitaria, e bene ha fatto il Governo a promuoverlo in questo senso.

Una riforma così importante, e penetrante fino agli ultimi tessuti sociali del nostro paese, a tutti i livelli ed in tutte le categorie, in tutte le regioni e dovunque, sarebbe affrontata in modo più adeguato ove si potesse disporre del margine di tempo sufficiente per scongiurare possibili errori: questa è l'obiezione che vi viene fatta e che ci verrà fatta, dobbiamo riconoscerlo. Come abbiamo scritto, torniamo qui a ripetere una nostra testimonianza, con profonda convinzione: si può sbagliare qualsiasi riforma, ma quella sanitaria è l'unica che non può essere mancata, perché su di essa si gioca la credibilità non solo della nostra nazione, ma anche dello Stato e del sistema.

In conclusione, ritengo che gli accenti di alcuni interventi che si sono stamane succeduti, onorevoli colleghi di parte democristiana, non tanto da parte dell'estrema destra, che noi non sottovalutiamo quando intreccia con noi un colloquio che tuttavia non mostra mai una minima possibilità di incontro, quanto da altre parti, non meritino alcune considerazioni. Onorevole d'Aquino, per la cordialità

che intercorre tra noi, mi permetta di ricordare qui, che ella, stamane, si è lasciato sfuggire qualche affermazione che respingiamo decisamente. Forse senza volerlo — così vogliamo pensare, perché sarebbe peggio se l'avesse fatto con intenzione — ella ha parlato addirittura di viltà dell'atteggiamento della democrazia cristiana. Ella ha altresì aggiunto una espressione che non ripeto, in quanto per noi è ancor più offensiva. Non è in questo modo che si discute.

GUARRA. Ma cosa volete ?

RAMPA. In questo modo, non si fa che ripetere e ribadire una profonda ed inaccettabile opposizione, una radicale mancanza di rispetto per una forza democratica ed antifascista come quella democristiana. (*Applausi al centro*). Ecco perché li respingiamo ! Se avete aspettato ancora un solo secondo, specialmente voi, colleghi che ci conoscete per il lungo lavoro comune nella Commissione igiene e sanità, vi sareste risparmiati questa specie di brontolio che non aveva alcun riferimento personale e nessun senso politico.

All'amico Signorile, pur apprezzando la sua posizione nel partito socialista e ringraziandolo per l'apporto di collaborazione anche in occasione della conversione di questo decreto-legge, vorremmo dire che conosciamo la sua legittima collocazione, che conosciamo anche criticamente i suoi articoli e i suoi discorsi, ma che ci pare per lo meno improprio (e lo diciamo in uno spirito di collaborazione democratica) far credere qui (e speriamo che non lo si faccia fuori, dove il confronto potrebbe diventare meno facile) che tutto ciò che la democrazia cristiana ha voluto, a livello di Governo, a livello di Commissione, nel presentare la riforma sanitaria, nel migliorare il decreto-legge e nel dibattito in aula, creando insieme con gli altri (non è solo merito nostro) larghe convergenze, sia dovuto soltanto all'inerzia delle cose, ad un fatalismo della storia, come voi dite.

Questo è dovuto, come è stato sottolineato, alla nostra volontà di partito popolare che, certo, fatica forse più di voi qualche volta nel mediare divergenti interessi, ma trova nei momenti giusti la forza politica per mediare questi interessi, nel senso dell'avanzamento, del progresso.

In questo senso, crediamo che si possa convenire che l'impegno che tutti abbiamo messo in questo sforzo non è finito. Noi auspichiamo certamente dal Governo la presentazione

ufficiale del testo della riforma sanitaria. Vogliamo sperare che settembre non porti tempeste di sorta, ma porti soprattutto al Governo e al Parlamento la possibilità di operare per affrontare subito la riforma e per dare alle premesse, che col decreto abbiamo posto, contenuti anche critici, se si vuole, ma più organici, e tali da non disilludere gli interessi reali della gente, che aspetta dalla riforma non tanto i nostri o i miei discorsi, quanto la trasformazione funzionale, progressiva, graduale, ma realmente efficace e nuova, di tutto il sistema sanitario e assistenziale, in modo che esso copra — come la Costituzione vuole e come vuole la nostra coscienza cristiana — le esigenze vitali dell'uomo, della famiglia e della comunità anche in termini di salute.

Ecco perché, concludendo, cari amici (sia consentito a me, che sono uno di voi, di interpretare il vostro pensiero e la vostra coscienza), vorremmo, signor Presidente, onorevole ministro, caro presidente Piccoli, per quanto ci riguarda, che questo spirito di collaborazione che si è già manifestato ampiamente, in un corretto e costruttivo rapporto con l'opposizione, in una più stretta solidarietà operativa della maggioranza, fosse anche per la democrazia cristiana un preciso impegno. I problemi che stasera abbiamo affrontato ed avviato a soluzione ci impegnano, ma ci impegnano ancora di più i sacrifici dei cittadini e dei lavoratori italiani che sono chiamati a contribuire alla copertura finanziaria di questo decreto-legge, perché questo settore, almeno riequilibrato, possa nella coscienza politica nostra di democratici cristiani e del Parlamento, in una con l'azione di Governo, trovare la soddisfazione politica, sociale e strutturale che sicuramente si merita. (*Vivi applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare per dichiarazione di voto l'onorevole d'Aquino.

d'AQUINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il gruppo del MSI-destra nazionale ha fatto il possibile per migliorare il decreto-legge che la Camera si appresta a convertire in legge, se è vero che si deve anche e soprattutto agli sforzi compiuti in Commissione e in aula dai deputati del mio gruppo la trasformazione in senso migliorativo subita dal decreto-legge rispetto al testo originario presentato dal Governo. Questo lavoro è stato compiuto in piena cordialità ed in piena coscienza. Tutto quanto abbiamo fatto

a proposito di questo decreto, che non mira soltanto a ripianare il *deficit* delle mutue, ma coinvolge la stessa struttura portante dell'assistenza sociale e sanitaria, continueremo a farlo anche allorché verrà in discussione il disegno di legge per la riforma sanitaria. Continueremo a farlo, anche rimproverando tutto quello che è giusto rimproverare nel campo delle responsabilità di chi, fino a questo momento, ha diretto la nazione in materia di politica sanitaria, poiché non esiste possibilità di smentita che le questioni oggi e domani alla attenzione della Camera — se è vero che riusciremo a vedere e a leggere la riforma sanitaria — sono allo stato attuale per colpa esclusiva dei Governi che si sono via via succeduti dal 1945 in poi, poiché gradualmente, con lo sviluppo tecnologico e scientifico, si è andati innanzi, mentre sul piano della realtà assistenziale e sanitaria in Italia si è fermi ancora a molto tempo addietro, e i confronti tra le altre nazioni europee e l'Italia sono certamente a svantaggio del nostro paese.

Di tutto questo indubbiamente non vogliamo andare a fare l'esame critico, se cioè sia da rapportare a principi di autonomia impedita o a principi di pusillanimità delle altre parti politiche. Abbiamo manifestato la nostra opinione e mi meraviglia che l'onorevole Rampa abbia ripreso un nostro punto di vista, che voleva individuare indubbiamente le responsabilità della democrazia cristiana, perché per essere, come egli ha detto, un partito estremamente importante, numericamente e nella rappresentazione dei problemi, della volontà e della coscienza del popolo italiano, tuttavia essa, a nostro giudizio, non è stata all'altezza di interpretare, fino ad ora, in tema di politica sanitaria, le aspirazioni e le attese di tutto il popolo italiano, di tutto il mondo sociale italiano. Questo è un fatto innegabile, e se siamo qui a discutere, e se siamo qui in questa disputa competitiva, è appunto per questi dati che rispecchiano la situazione obiettiva, sia degli ospedali sia dell'assistenza sanitaria e igienico-sanitaria in generale.

Quando l'anno scorso la calamità del colera ha colpito l'Italia abbiamo registrato — e certamente questo va a disdoro delle nostre attrezzature, della nostra organizzazione — una percentuale di morti pari quasi al 10 per cento, cosa assurda nel 1974, con i mezzi che dovrebbero essere a disposizione per combattere tale calamità e tali mali. È una realtà che ribadiamo, non certamente per glorificarci di poter dire ciò, non essendo stati conniventi in responsabilità di alcun

genere, ma perché abbiamo il dovere di confrontare le tesi e soprattutto l'operosità dei partiti aventi responsabilità di Governo e di maggioranza, tesi che essi avrebbero dovuto e potuto, se ne avessero avuto la voglia, mettere in pratica in tempi più lontani e non accingersi, come pare si vogliano accingere oggi, a un intervento riformatore che parte con il piede sbagliato, così come si è partiti con il piede sbagliato con questo decreto-legge.

La nostra opposizione è radicale contro il decreto-legge che la Camera sta per convertire, e non poteva non essere tale. Né d'altra parte potevamo negare quelle collaborazioni che abbiamo dato, quei suggerimenti e quel contributo che poi, se in parte è stato recepito, corrisponde a quella parte che ha modificato in meglio, cercando di mitigare negli aspetti anti-classe medica, negli aspetti di realizzazione, questo programma stabilito dal decreto-legge. È proprio per questo che abbiamo ritenuto di fare interamente il nostro dovere e che riteniamo di dover fare sempre il nostro dovere facendo un'opposizione radicale sì, ma mossa dal ragionamento e dalla coscienza di fare appunto il nostro dovere perché i cittadini italiani, i tre milioni di italiani che ci hanno mandato alla Camera a rappresentarli, ritengo e lo ripeto, forse con iattanza, ci hanno mandato a rappresentare non solo le loro, ma anche le istanze di tanta parte di quelli che avevano votato altri partiti, istanze che, bisogna pur dirlo, hanno visto sempre insodisfatte. Montiamo la guardia costantemente, perché gli elettori che ci inducono a continuare le nostre battaglie sappiano che noi, a prescindere dalle opposizioni preordinate e precostituite, siamo in Parlamento a tutelare la Costituzione, la volontà democratica, e soprattutto la libertà, che è, appunto, anche la libertà di farsi curare da chi si vuole, libertà di scegliere l'ospedale che si preferisce, libertà soprattutto di istituire un mutuo rapporto con il proprio medico. Il decreto-legge in esame, così come la riforma sanitaria, che si basa sullo stesso principio, vorrebbero sopprimere tale libertà. Riteniamo che si sbagli a continuare su questa strada, soprattutto se si disattendono le istanze che dovrete invece tenere presenti, a prescindere dalla vostra soccombenza ai comunisti ed ai socialisti, che si verifica puntuale anche, e soprattutto, nel campo dei problemi sanitari. (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Giovanardi. Ne ha facoltà.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

GIOVANARDI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, annuncio il voto favorevole del gruppo socialista a questo provvedimento. Il giudizio positivo del nostro gruppo è stato ampiamente esposto nel corso del dibattito in aula ed in Commissione, così come l'apporto del gruppo socialista al miglioramento del testo è stato rilevante. E questo un provvedimento che ha dei limiti, come ad esempio quello, indicato dall'onorevole Di Giulio, dell'aumento dei contributi, che non ha visto l'accordo con le organizzazioni sindacali, pur se è stato oggetto di nostre sollecitazioni. Ciò nonostante, riteniamo che il provvedimento abbia grande rilevanza. Esso non sana soltanto una situazione finanziaria degli ospedali giunta al limite della tollerabilità, ma segue una nuova strada, abbandonando il vecchio sistema del ripiano dei bilanci, che si è dimostrato profondamente errato. Esso si muove, dicevo, su una linea nuova, in base ad una inversione di marcia che riteniamo corretta.

Particolarmente importante per noi socialisti è il fatto che il provvedimento ponga alcuni punti fermi dai quali non si può recedere. Esso avvia la liquidazione definitiva e certa del sistema mutualistico italiano, decentra le competenze del servizio sanitario ospedaliero alle regioni: mette in moto, in altri termini, un processo di trasformazione e di riforma che non potrà in alcun modo rimanere interrotto e che dovrà essere completato. D'altra parte, il disegno di legge sulla riforma è già stato approvato dal Consiglio dei ministri, ed indica la volontà di proseguire su questa strada.

Queste sono le ragioni che confermano la convinzione profonda, pur nei limiti del provvedimento, dell'opportunità di dare un voto favorevole al provvedimento stesso, dopo il contributo impegnato che abbiamo dato alla sua formulazione. (*Applausi a sinistra*).

**Votazione segreta
mediante procedimento elettronico.**

PRESIDENTE. Indico la votazione segreta, mediante procedimento elettronico, sul disegno di legge n. 3102, oggi esaminato.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione e invito gli onorevoli segretari a verificarne le risultanze.

(*I deputati segretari verificano le risultanze della votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	488
Votanti	487
Astenuto	1
Maggioranza	244
Voti favorevoli	266
Voti contrari	221

(*La Camera approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Abelli	Belci
Accreman	Bellisario
Aiardi	Bellotti
Aldrovandi	Belluscio
Alesi	Benedetti Gianfilippo
Alessandrini	Benedetti Tullio
Aliverti	Berlinguer Enrico
Allocca	Berloffa
Almirante	Bernardi
Altissimo	Bernini
Amadei	Bersani
Amadeo	Bertoldi
Anderlini	Biamonte
Andreoni	Bianchi Alfredo
Andreotti	Bianchi Fortunato
Angelini	Bianco
Anselmi Tina	Bignardi
Antoniozzi	Bisignani
Armani	Bodrato
Armato	Boffardi Ines
Arnaud	Boldrin
Artali	Boldrini
Assante	Bollati
Astolfi Maruzza	Bonalumi
Azzaro	Bonifazi
Baccalini	Bonomi
Badini Confalonieri	Borghini
Baghino	Borra
Balasso	Borromeo D'Adda
Baldassari	Bortolani
Baldassi	Bortot
Baldi	Bosco
Ballardini	Botta
Ballerin	Bottarelli
Balzamo	Bottari
Barba	Bova
Barbi	Bozzi
Barca	Bressani
Bardelli	Brini
Bardotti	Bubbico
Bargellini	Buffone
Bartolini	Busetto
Bassi	Buzzi
Bastianelli	Buzzoni
Battaglia	Cabras
Battino-Vittorelli	Caiati
Beccaria	Caiazza

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Calvetti	Cusumano	Forlani	Lima
Canepa	D'Alema	Fortuna	Lindner
Canestrari	D'Alessio	Foscarini	Lizzero
Capponi Bentivegna	Dall'Armellina	Foschi	Lo Bello
Carla	Dal Maso	Fracanzani	Lobianco
Capra	Dal Sasso	Fracchia	Lodi Adriana
Caradonna	Damico	Franchi	Lombardi Giovanni
Cardia	D'Angelo	Frasca	Enrico
Carenini	D'Aniello	Furia	Lo Porto
Cariglia	d'Aquino	Galloni	Lospinoso Severini
Cárolì	D'Arezzo	Galluzzi	Lucchesi
Carrà	D'Auria	Gambolato	Luraschi
Carri	de Carneri	Garbi	Macaluso Antonio
Carta	de' Cocci	Gargani	Macaluso Emanuele
Caruso	Degan	Gargano	Macchiavelli
Casapieri Quagliotti	De Leonardis	Gasco	Maggioni
Carmen	Delfino	Gaspari	Magliano
Cassanmagnago	Della Briotta	Gastone	Magnani Noya Maria
Gerretti Maria Luisa	De Lorenzo	Gava	Magri
Castelli	Del Pennino	Giadresco	Malagugini
Castellucci	De Maria	Giannantoni	Malfatti
Cataldo	De Martino	Giannini	Manca
Catanzariti	De Marzio	Giglia	Mancinelli
Catella	de Michieli Vitturi	Gioia	Macaluso Antonino
Cattanei	De Sabbata	Giovanardi	Mancuso
Cavaliere	Di Giannantonio	Giovannini	Mantella
Ceravolo	Di Giesi	Girardin	Marchio
Cerra	Di Gioia	Giudiceandrea	Mariotti
Cerri	Di Giulio	Gramegna	Marocco
Cesaroni	Di Leo	Granelli	Marras
Chanoux	Di Marino	Grassi Bertazzi	Martelli
Chiarante	Di Puccio	Guarra	Marzotto Caotorta
Chiovini Cecilia	Di Vagno	Guerrini	Maschiella
Ciacci	Donat-Cattin	Guglielmino	Masciadri
Ciaffi	Donelli	Gui	Masullo
Ciai Trivelli Anna	Drago	Gunnella	Matta
Maria	Dulbecco	Ianniello	Mattarelli
Ciampaglia	Erminero	Ingrao	Matteini
Ciccardini	Esposito	Innocenti	Matteotti
Cirillo	Fabbri	Iotti Leonilde	Mazzarino
Cittadini	Fabbri Seroni	Iperico	Mazzarrino
Ciuffini	Adriana	Ippolito	Mazzola
Coccia	Faenzi	Isgrò	Mazzotta
Cocco Maria	Fagone	Jacazzi	Mendola Giuseppa
Codacci-Pisanelli	Federici	Korach	Menichino
Colucci	Felici	La Bella	Merli
Columbu	Felisetti	Laforgia	Messeni Nemagna
Compagna	Ferioli	La Loggia	Meucci
Concas	Ferrari	Lamanna	Miceli
Conte	Ferrari-Aggradi	La Marca	Micheli Filippo
Corà	Ferretti	Lapenta	Micheli Pietro
Cortese	Ferri Mario	La Torre	Milani
Corti	Fibbi Giulietta	Lattanzio	Mirate
Costamagna	Finelli	Lavagnoli	Miroglio
Cotecchia	Fioret	Lenoci	Misasi
Cottone	Fioriello	Lettieri	Molè
Cristofori	Flamigni	Lezzi	Monti Maurizio
Cuminetti	Fontana	Ligori	Monti Renato

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

Morini
 Moro Dino
 Mosca
 Musotto
 Nahoum
 Napolitano
 Natali
 Natta
 Negrari
 Niccolai Giuseppe
 Niccoli
 Nicolazzi
 Nicosia
 Olivi
 Orlandi
 Orlando
 Orsini
 Pandolfi
 Pani
 Pascariello
 Patriarca
 Pavone
 Pazzaglia
 Pedini
 Peggio
 Pegoraro
 Pellegatta Maria
 Pellicani Giovanni
 Pellizzari
 Pennacchini
 Perantuono
 Perrone
 Pezzati
 Picchioni
 Piccinelli
 Picciotto
 Piccoli
 Piccone
 Pisanu
 Pisicchio
 Pisoni
 Pistillo
 Pochetti
 Pompei
 Postal
 Prandini
 Prearo
 Principe
 Pumilia
 Quaranta
 Querci
 Quilleri
 Radi
 Raffaelli
 Raicich
 Rampa
 Raucci
 Rausa

Rauti
 Reale Oronzo
 Reggiani
 Reichlin
 Rende
 Restivo
 Riccio Pietro
 Riccio Stefano
 Riela
 Riga Grazia
 Rizzi
 Rognoni
 Romita
 Rosati
 Ruffini
 Russo Carlo
 Russo Ferdinando
 Russo Quirino
 Russo Vincenzo
 Sabbatini
 Saccucci
 Salizzoni
 Salvatore
 Salvatori
 Salvi
 Sandomenico
 Sandri
 Sangalli
 Santagati
 Santuz
 Sartor
 Sboarina
 Sbriziolo De Felice
 Eirene
 Scalfaro
 Scarlato
 Schiavon
 Scipioni
 Scotti
 Scutari
 Sedati
 Segre
 Sgarbi Bompani
 Luciana
 Sgarlata
 Signorile
 Simonacci
 Sinesio
 Sisto
 Skerk
 Sobrero
 Spadola
 Speranza
 Spinelli
 Spitella
 Stefanelli
 Stella
 Talassi Giorgi Renata

Tamini
 Tanassi
 Tani
 Tantalo
 Tarabini
 Tassi
 Taviani
 Tedeschi
 Terraroli
 Tesi
 Tesini
 Tessari
 Tocco
 Todros
 Tortorella Giuseppe
 Tozzi Condivi
 Traina
 Traversa
 Tremaglia
 Tripodi Girolamo
 Triva
 Trombadori
 Truzzi
 Turnaturi
 Urso Giacinto
 Urso Salvatore
 Vaghi
 Vagli Rosalia

Valensise
 Valiante
 Valori
 Vania
 Vecchiarelli
 Venegoni
 Venturini
 Venturoli
 Vespignani
 Vetere
 Vetrano
 Vetrone
 Villa
 Vincelli
 Vincenzi
 Vineis
 Vitale
 Vitali
 Volpe
 Zaffanella
 Zagari
 Zamberletti
 Zanibelli
 Zanini
 Zolla
 Zoppetti
 Zurlo

Si è astenuto:

Martini Maria Eletta

Sono in missione.

Miotti Carli Amalia Reale Giuseppe
 Preti

**Annunzio di interrogazioni
 e di un'interpellanza.**

PISTILLO, *Segretario*, legge le interrogazioni e l'interpellanza pervenute alla Presidenza.

Annunzio di una risoluzione.

PISTILLO, *Segretario*, legge la risoluzione pervenuta alla Presidenza.

**Ordine del giorno
 della seduta di domani.**

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di domani.

Domenica 11 agosto 1974, alle 10:

1. — Assegnazione di progetti di legge alle Commissioni in sede legislativa.

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

2. — *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 261, recante modificazioni alla legge 24 maggio 1970, n. 336, concernente norme a favore dei dipendenti dello Stato ed enti pubblici ex combattenti ed assimilati (*approvato dal Senato*) (3161);

— *Relatore:* Olivi.

3. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

Norme per la riscossione unificata dei contributi e la ristrutturazione dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (*nuovo testo della Commissione*) (2695-bis);

e delle proposte di legge:

D'INIZIATIVA POPOLARE (2); LONGO ed altri (26); LAFORGIA ed altri (93); ZAFFANELLA ed altri (97); ANSELMI TINA ed altri (107); ZAFFANELLA ed altri (110) BIANCHI FORTUNATO ed altri (183); BONOMI ed altri (266); BONOMI ed altri (267); MAGGIONI (436); BONOMI ed altri (462); ROBERTI ed altri (580); FOSCHI (789); BERNARDI ed altri (1083); BIANCHI FORTUNATO ed altri (1053); ZANIBELLI ed altri (1164); BIANCHI FORTUNATO e FIORET (1394); SERVADEI ed altri (1400); SERVADEI ed altri (1401); CARIGLIA (1444); BOFFARDI INES e LOBIANCO (1550); ROBERTI ed altri (1631); CARIGLIA ed altri (1692); BORRA ed altri (1777); BORRA ed altri (1778); PISICCHIO ed altri (1803); CASSANO ed altri (2029); SAVOLDI ed altri (2103); CARIGLIA ed altri (2105); LAFORGIA ed altri (2130); GRAMEGNA ed altri (2139); MANCINI VINCENZO ed altri (2153); POCETTI ed altri (2342); POCETTI ed altri (2343); BOFFARDI INES ed altri (2353); SINESIO ed altri (2355); PEZZATI (2366); ROBERTI ed altri (2375); BIANCHI FORTUNATO ed altri (2439); IOZZELLI (2472); BONALUMI ed altri (2603); ZAFFANELLA e GIOVANARDI (2627);

— *Relatori:* Bianchi Fortunato e Mancini Vincenzo.

4. — *Discussione dei progetti di legge (ai sensi dell'articolo 81, comma 4, del regolamento):*

MACALUSO EMANUELE ed altri: Trasformazione dei contratti di mezzadria, di colonia ed altri in contratto di affitto (467);

SALVATORE ed altri: Norme per la trasformazione della mezzadria, colonia parziaria e dei contratti atipici di concessione di fondi rustici in contratti di affitto (40);

SALVATORE ed altri: Norme per la riforma dei contratti agrari (948);

— *Relatori:* De Leonardis e Speranza;

ALMIRANTE ed altri: Inchiesta parlamentare sulle « bande armate » e sulle organizzazioni paramilitari operanti in Italia (21);

TOZZI CONDIVI: Norme di applicazione degli articoli 39 e 40 della Costituzione (243);

— *Relatore:* Mazzola;

ANDERLINI ed altri: Istituzione di una Commissione di indagine e di studio sui problemi dei codici militari, del regolamento di disciplina e sulla organizzazione della giustizia militare (473);

— *Relatore:* Dell'Andro;

ANDERLINI ed altri: Norme sul commissario parlamentare alle forze armate (472);

— *Relatore:* de Meo;

RAFFAELLI ed altri: Modifiche alle norme relative all'imposta sui redditi di ricchezza mobile e all'imposta complementare progressiva sul reddito complessivo derivante da lavoro dipendente e da lavoro autonomo (1126);

— *Relatore:* Pandolfi;

RICCIO STEFANO: Disciplina giuridica delle associazioni sindacali, del contratto collettivo di lavoro, dello sciopero e della serrata (102);

— *Relatore:* Mazzola;

VINEIS ed altri: Costituzione di una Commissione di inchiesta parlamentare sui responsabili, promotori, finanziatori e fiancheggiatori della riorganizzazione del disciolto partito fascista (*urgenza*) (608);

e delle proposte di legge costituzionale:

ALMIRANTE ed altri: Modifiche degli articoli 56 e 57 della Costituzione per l'elettorato passivo degli italiani all'estero (554);

— *Relatore:* Codacci-Pisanelli;

TRIPODI ANTONINO ed altri: Designazione con legge della Repubblica dei capoluoghi delle regioni a statuto ordinario (986);

— *Relatore:* Galloni.

5. — *Discussione delle proposte di legge (ai sensi dell'articolo 107, comma 2, del regolamento):*

BOFFARDI INES: Estensione dell'indennità forestale spettante al personale del ruolo tecnico superiore forestale a tutto il personale delle carriere di concetto ed esecutiva del-

l'amministrazione del Corpo forestale dello Stato (*urgenza*) (118);

— *Relatore*: De Leonardis;

BOFFARDI INES e CATTANEI: Contributo annuo dello Stato alla fondazione Nave scuola redenzione Garaventa con sede in Genova (*urgenza*) (211).

La seduta termina alle 21,10.

**Trasformazione e ritiro di documenti
del sindacato ispettivo.**

I seguenti documenti sono stati così trasformati:

interrogazione con risposta scritta Ligori n. 4-07123 del 23 ottobre 1973 in interrogazione

con risposta in Commissione n. 5-00851 (ex articolo 134, comma 2°, del Regolamento);

interrogazione con risposta scritta Ligori n. 4-08799 dell'11 febbraio 1974 in interrogazione con risposta in Commissione n. 5-00852 (ex articolo 134, comma 2°, del Regolamento);

interrogazione con risposta scritta Ligori n. 4-08800 dell'11 febbraio 1974 in interrogazione con risposta in Commissione n. 5-00853 (ex articolo 134, comma 2°, del Regolamento).

Il seguente documento è stato ritirato dal presentatore: mozione Maschiella n. 1-00055 del 22 luglio 1974.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DEI RESOCONTI
Dott. MARIO BOMMEZZADRI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
Dott. MANLIO ROSSI

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

**RISOLUZIONE IN COMMISSIONE,
INTERROGAZIONI E INTERPELLANZA
ANNUNZIATE**

**RISOLUZIONE
IN COMMISSIONE**

« La XII Commissione,

visto che il CIP ha deciso con il provvedimento n. 34 del 6 agosto 1974 di procedere alla revisione delle tariffe elettriche regolate dal precedente provvedimento n. 942 del 29 agosto 1961;

rilevato che tale revisione mentre prevede fortissimi aumenti dei prezzi globali dell'energia elettrica che dovrebbero assicurare un gettito che certamente supererà i 750 miliardi dichiarati lascia, però, intatti i meccanismi e la logica del precedente sistema e, soprattutto, ignora un giusto criterio di progressività; prevede una fascia insignificante di franchigia dagli aumenti per l'illuminazione privata; comporta aggravii notevoli per la pubblica illuminazione e i trasporti pubblici a trazione elettrica; non prende in considerazione alcuna selezione per quanto riguarda i consumi di energia per l'illuminazione privata in locali diversi dalle abitazioni; comporta aumenti notevoli per gli usi agricoli, l'irrigazione, le aziende agricole; ed infine aggrava lo squilibrio precedentemente esistente per quanto riguarda la forza motrice tra piccole, medie e grandi utenze;

ritenuto che il fortissimo prelievo previsto dal provvedimento CIP vada ben oltre alle conclamate e legittime esigenze di risanamento del bilancio dell'ENEL e della reintegrazione dei maggiori costi derivanti dagli aumenti del prezzo del combustibile, ma punti invece a creare altissime capacità di autofinanziamento per gli investimenti futuri dell'Ente prelevando queste capacità dai redditi e dalle attività piccole e medie con la stessa logica delle imposte indirette;

considerato infine che il provvedimento di aumento delle tariffe elettriche è stato preso al di fuori di ogni possibilità di intervento del Parlamento eludendo una precisa norma di legge e ripetuti impegni governativi;

che il nuovo fortissimo gettito tariffario, mentre non assicura alcun cambiamento qualitativo per quanto riguarda la politica dell'ENEL, rappresenta (insieme con gli altri de-

creti fiscali del Governo) un massiccio prelievo delle capacità finanziarie dei piccoli e medi consumatori e produttori;

che, in particolare, le nuove tariffe elettriche gravano proprio su settori verso cui invece occorre operare una politica di incentivazione e di sviluppo come per esempio: agricoltura, trasporti pubblici, artigianato, piccole e medie imprese e imprese cooperative,

impegna il Governo:

1) a presentare nel più breve tempo possibile al Parlamento una vera e propria riforma del sistema delle tariffe elettriche secondo i criteri e le formalità stabilite dall'articolo 6 della legge 5 luglio 1973, n. 253 e chiaramente collegata ad una riforma democratica e funzionale dell'ENEL;

2) nel frattempo a sottoporre ad un'immediata e seria revisione il provvedimento CIP n. 34 con lo scopo di:

a) fissare la decorrenza della nuova tariffa a partire dal 1° settembre e comunque dopo che l'ENEL abbia effettuato regolare lettura del consumo precedente;

b) ampliare la fascia esente da aumenti per quanto riguarda le utenze per usi domestici;

c) esentare gli enti locali dal pagamento del sovrapprezzo termico per l'energia utilizzata per la pubblica illuminazione — usare la stessa misura per le aziende municipalizzate di trasporto, per i trasporti a trazione elettrica;

d) ridurre il costo dell'energia per gli usi agricoli, l'irrigazione e la bonifica;

e) diversificare la tariffa per l'illuminazione privata in locali diversi dalle abitazioni favorendo i piccoli esercizi pubblici, le imprese artigiane, gli spacci cooperativi;

f) per quanto riguarda la forza motrice: superare l'attuale fortissimo squilibrio esistente e che favorisce la grande utenza; selezionando e favorendo le industrie per cui il consumo energetico è componente essenziale del prodotto e, comunque, elevando il prezzo dell'energia per lo meno al costo medio di produzione del kilowattore fornito alla grande utenza in modo da poter sgravare di pari importo le piccole e medie utenze commerciali, artigianali, industriali.

(7-00019) « MASCHIELLA, DI GIULIO, D'ALEMA BARCA, DAMICO, MILANI, GIADRESO, RAFFAELLI, D'ANGELO, TRIVA ».

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

**INTERROGAZIONI
A RISPOSTA IN COMMISSIONE**

LIGORI. — *Ai Ministri del lavoro e previdenza sociale e del tesoro.* — Per sapere:

se siano a conoscenza della grave situazione finanziaria venutasi a determinare nell'ENPAS il quale, a causa dell'esodo massiccio derivante dalle leggi sui dirigenti e sugli ex combattenti, non è in grado di far fronte alla liquidazione delle indennità di buona uscita spettanti al personale dipendente dello Stato posto recentemente in quiescenza;

se, in considerazione del prevedibile ulteriore aggravamento di tale situazione in conseguenza della estensione della legge sull'esodo volontario agli alti gradi militari, non ritengano urgente che siano versati a carico dello Stato i fondi relativi alla copertura degli oneri risultanti dalla differenza tra la liquidazione normale e quella di maggior favore prevista dai recenti provvedimenti legislativi;

se infine siano in grado di assicurare i dipendenti dello Stato che non vi è da parte del Governo alcuna volontà di trasferire i predetti oneri a carico della contribuzione dei lavoratori e dei pensionati. (5-00851)

LIGORI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere:

se sia a conoscenza della circostanza che nella giornata del 31 dicembre 1973 tutti gli uffici centrali e periferici dell'Ente nazionale di previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico (ENPDEDP), a differenza di quanto avvenuto per gli uffici di altri enti statali e parastatali che svolgono analoghe attività, sono rimasti completamente chiusi con grave pregiudizio per gli assicurati ed i loro familiari che in quel giorno avevano necessità di chiedere assistenza medico-sanitaria o amministrativa;

se ritenga, inoltre, lecito che un ente pubblico, come l'ENPDEDP, che ha il compito istituzionale di assicurare l'assistenza medico-sanitaria ed economica in favore di decine di migliaia di assistiti possa autonomamente decidere — violando le norme di legge che regolano la materia — la chiusura totale dei propri

uffici arrecando grave danno agli assicurati. Se, conseguentemente, non ritenga opportuno di intervenire perché tali circostanze non abbiano a verificarsi per l'avvenire e di promuovere una inchiesta atta ad accertare la responsabilità di chi ha impartito la disposizione di chiusura degli uffici nella giornata del 31 dicembre 1973 per l'adozione di provvedimenti che il caso richiede. (5-00852)

LIGORI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere quali interventi ritenga di dover esperire presso i competenti organi centrali dell'Ente nazionale di previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico (ENPDEDP) per invitarli a disporre accertamenti atti a stabilire quali siano gli attuali livelli qualitativi delle prestazioni della direzione della sede provinciale del predetto ente di Lecce, cui è preposto un dirigente di scarsa sensibilità sociale e di capzioso eccesso burocratico. Infatti il predetto dirigente, ad avviso dell'interrogante, nel comportamento tenuto verso l'assistito n. 1049929 di matricola, iscritto presso la sede di Roma dell'ente in questione si ravvisano, quanto meno, gli estremi perché lo stesso sia richiamato a svolgere in maniera più consona alla sua posizione la propria funzione dirigenziale.

L'assistito in parola, dopo aver chiesto ed ottenuto in data 7 gennaio 1974, durante un suo breve soggiorno a Lecce, una prestazione sanitaria — cioè una visita medica specialistica presso lo studio di un medico convenzionato con l'ENPDEDP — è stato successivamente invitato dallo stesso medico al pagamento urgente del relativo onorario « avendo la sede di Lecce dell'ENPDEDP mandata indietro, annullandola, la visita specialistica ».

Premesso che l'assistito aveva, ed ha tuttora, pieno diritto alla assistenza da parte dell'ente — diritto mai messo in discussione — la grave decisione del medico trova spiegazione, come ha potuto accertare l'interrogante, nel comportamento del tutto scorretto ed inutilmente fazioso del direttore della citata sede la cui azione anziché facilitare — come dovrebbe essere di norma — il compito del medico e il conseguimento della prestazione per l'avente diritto, li ha di fatto contrastati con evidenti segni di discutibile senso di responsabilità. (5-00853)

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

**INTERROGAZIONI
A RISPOSTA SCRITTA**

TOZZI CONDIVI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere se risponda a verità che soltanto dinanzi alla Procura della Repubblica di Roma esistono pendenti oltre 140 denunce di aborto sulle quali non si prendono provvedimenti e che in tutta Italia si celebrano ogni anno soltanto 100 processi per aborto sulle migliaia di denunce che giungono perché i magistrati stessi consiglierebbero i medici ad affermare che la donna ha agito in stato di legittima difesa.

Tali notizie non smentite vorrebbero significare che ci si adatta ad accogliere questo nuovo istituto — quello dell'aborto — ben sapendo a quali conseguenze morali e sociali esso porti. (4-10930)

NICCOLAI GIUSEPPE. — *Al Ministro della difesa.* — Per sapere quale attendibilità ha la notizia, per cui l'aereo militare italiano (DC 3), che ha riportato a Beirut due dei cinque terroristi che avevano organizzato ad Ostia un attentato al *bazooka* contro un aereo della compagnia di bandiera israeliana, una settimana dopo la missione si sia incendiato provocando la morte dei due ufficiali;

per sapere, in caso di risposta affermativa, se si è trattato, o no, di atto di sabotaggio. (4-10931)

PERANTUONO, ESPOSTO, BRINI E SCIPIONI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per sapere — premesso che una violentissima grandinata ha distrutto quasi totalmente le colture di una vasta zona della provincia di Chieti, quasi pronte al raccolto, vitivinicolo ed ortofruttilicolo, ed in particolare dei comuni di Tollo, Ortona, Miglianico, Giuliano Teatino ed agro adiacente; che, pertanto, è andato frustrato il lavoro di un intero anno di numerose famiglie contadine che si trovano oggi prive dell'indispensabile sostegno economico per sopravvivere; che i gravissimi danni si sommano ai rilevanti disagi che i contadini sono costretti a subire insieme con pesi economici intollerabili, per effetto della crisi agricola che ha investito il paese e che, in modo specifico, incide sulle spalle e sulle famiglie dei coltivatori

diretti; che i danni alle colture avranno effetti anche negli anni venturi, se non si interviene immediatamente con adeguati sostegni e mezzi di soccorso — quali sono le misure che, nei limiti di competenza, parallelamente a quelle che la Regione Abruzzo sarà sollecitata ad assumere, si intende adottare nella citata grave e difficile situazione e, in particolare, se si intende sostenere e sollecitare e, naturalmente, accogliere entro brevissimi termini, le richieste dei contadini colpiti, delle organizzazioni di categorie, degli enti cooperativi e delle amministrazioni locali, dirette a sospendere, in dette zone, il pagamento dei mutui agrari già ai limiti di scadenza e scadenti ad ottobre ed oltre, intervenendo anche sugli interessi di rinnovo.

Tenendo conto che la zona è caratterizzata dalla esistenza di cooperative agricole composte da piccoli produttori coltivatori diretti, si chiede di sapere se si intende intervenire affinché almeno i mutui maturati vengano immediatamente concessi, a vario tempo dal relativo collaudo, a dette cooperative; ciò in quanto le banche preposte alla concessione di detti mutui, adducendo quale ragione le conseguenze della stretta creditizia ordinata dal Governo, si rifiutano di adempiere detto obbligo nonostante che tutta la parte formale relativa ai mutui sia stata da gran tempo definita. (4-10932)

GIOMO. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere quali provvedimenti intenda prendere per far fronte alla grave crisi della pretura di Monza. Tale pretura (24 comuni dipendenti, con una popolazione di circa 600 mila abitanti) ha un organico, oltre al pretore dirigente, di 8 giudici. Da quando è entrato in vigore il nuovo processo del lavoro per la deficienza degli organici la crisi della pretura si è aggravata. La deficienza era stata ripetutamente denunciata al Ministero ed al Consiglio superiore della magistratura.

Sei mesi fa, accogliendo gli appelli di soccorso le autorità competenti avevano promesso un aumento di organici con l'invio di 7 nuovi giudici.

Ma a tutt'oggi la promessa non è stata mantenuta.

Da questo stato di fatto ne conseguono disfunzioni gravissime che minacciano di paralizzare l'attività giudiziaria.

Basta pensare che alcune cause sono state rinviate di sette, otto mesi. (4-10933)

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

BUSETTO E PELLIZZARI. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere se è venuto a conoscenza della situazione igienico-sanitaria, divenuta preoccupante e pericolosa per l'integrità fisica dei cittadini, residenti nel centro della frazione Madonnetta del comune di Sarcedo (Vicenza), in conseguenza dell'attività produttiva svolta del pollificio CAFEL, senza che siano state adottate le necessarie misure e installati i relativi impianti atti a prevenire e ad eliminare gli effetti dannosi per l'ambiente provocati dalle citate attività.

Non è rispettata la distanza minima dalle abitazioni di privati cittadini; l'atmosfera è maleodorante e irrespirabile così da costringere a tenere finestre e porte chiuse.

L'assenza di depuratori e di concimaie fa sì che i rifiuti delle incubatrici ed altro materiale attinente alla produzione rimangano all'aperto in pieno centro, diventando ricettacolo di insetti di ogni genere.

Per sapere quali interventi urgenti intendano preordinare affinché siano adottate tutte le misure necessarie per ovviare tale situazione compresa quella riguardante l'ambiente di lavoro.

Per sapere infine se non si possano ravvisare anche gli estremi di imputazione di reato nei confronti di quanti sono officiati dalla legge a tutelare la salute e l'igiene. (4-10934)

MANCUSO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere:

1) se è a conoscenza del fatto che da quest'anno è stata disposta dalla soprintendenza alle antichità di Agrigento, per insufficienza del personale di custodia, la chiusura pomeridiana ai visitatori della Villa Romana del Casale a Piazza Armerina (Enna);

2) se è a conoscenza del fatto che tale chiusura ha provocato grave disagio tra gli operatori turistici nazionali ed esteri, che avevano incluso la visita pomeridiana dei Mosaici del Casale nei loro programmi turistici della Sicilia, e grave danno all'economia della città, che nel turismo ha una delle sue principali risorser;

3) se non intende adottare provvedimenti urgenti, onde rendere possibile, con immediata assegnazione di nuovo personale, l'apertura pomeridiana del monumento nella stagione estiva imminente e scongiurare dannosi contraccolpi all'economia di una zona già gravemente depressa. (4-10935)

COLUMBU, ANDERLINI, CHANOUX, MASULLO E TERRANOVA. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per sapere se sia a conoscenza che il servizio telefonico in Sardegna funziona molto poco e molto male, al punto che non è possibile realizzare comunicazioni interurbane oppure risulta inutile telefonare perché le voci vengono trasmesse tanto fiocamente e confusamente da non potersi percepire;

che in questo secondo caso, non ostante la delusione talvolta rabbiosa, degli utenti, scattano i contatori, a ritmo velocissimo, e si paga;

che questi inconvenienti si verificano fra comune e comune all'interno dell'isola e in modo molto più grave fra i comuni dell'isola e gli altri comuni della Repubblica con i quali, certi giorni, non riescono a stabilire un contatto neppure i disperati eroi della pazienza disposti a trascorrere ventiquattro ore consecutive presso un centralino telefonico;

che dalla maggior parte dei comuni non è possibile surrogare la telefonata con un telegramma da quando i vecchi impianti telegrafici, primitivi ma funzionanti, sono stati sostituiti, per ammodernamento, col telefono;

che tutto ciò si ripete regolarmente nell'arco di dodici mesi all'anno, però diventa alquanto più disagiata nella stagione estiva in cui, per l'insufficienza dei mezzi di trasporto, migliaia di operai sardi emigrati e ansiosi di riabbracciare i parenti rimangono inchiodati sulle banchine dei porti di Genova e di Civitavecchia senza poter trasmettere proprie notizie;

che la suddetta inefficienza dei telefoni non solo rallenta e danneggia o blocca addirittura vitali rapporti di lavoro, ma lascia gli ammalati privi di medici e di medicine esattamente come ai tempi in cui le comunicazioni erano affidate alle diligenze a cavallo;

che persino in una città dinamica e vivace come Cagliari, a innumerevoli domande di nuovi apparecchi non si dà corso da mesi e da anni;

che il denunciato disservizio rende ancora più difficile la vita dei sardi e che essi sempre più si sentono separati dalla restante Italia mentre necessariamente e giustamente si domandano se non sia il caso di difendersi mediante iniziative locali e autonome; la quale cosa però presuppone che l'attuale indegna disorganizzazione sia spazzata via dalle radici. Si chiede tuttavia al Ministro interessato cosa intende fare e se sia finalmente in grado di assumere provvedimenti idonei e urgenti

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

per consentire l'uso del telefono anche ai sardi e a tutti coloro che hanno bisogno di stabilire rapporti con la Sardegna. (4-10936)

COLUCCI E RIZZI. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per sapere quali provvedimenti si intendono prendere per evitare il perdurare della grave situazione che si è determinata presso la procura di Monza per la carenza di magistrati e di funzionari rispetto agli organici previsti e che ha provocato la completa paralisi con un allarmante allungamento dei tempi processuali e con il rinvio ad oltre un anno di udienze istruttorie, di semplice trattazione e di costituzione.

Tale stato di cose ha provocato la legittima reazione degli avvocati e procuratori di Monza, i quali hanno dichiarato lo stato di agitazione che si tramuterà in posizione di sciopero ad oltranza a partire dal 15 ottobre 1974, qualora per tale data non venissero attuati i già predisposti provvedimenti che abbiano a risolvere i problemi denunciati. (4-10937)

VAGHI. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere quali provvedimenti intenda prendere per affrontare il grave problema di disfunzione e disservizio che ha messo in crisi la pretura di Monza a cui fanno capo 24 comuni del circondario con una popolazione di oltre 600 mila abitanti.

Più volte denunciata tale insopportabile situazione sembrava all'interrogante essere giunti al punto di sanazione con la decisione, da parte degli organi competenti, di rafforzare quell'organico assegnando 7 nuovi giudici; decisione questa che non ha trovato in realtà riscontro alcuno; poiché nessun giudice è giunto alla sede di Monza.

In tale situazione, l'interrogante denuncia lo stato di avvillimento in cui vengono a trovarsi congiuntamente l'istituzione e i cittadini di quella zona e solidale con l'assemblea degli avvocati e procuratori del foro di Monza chiede urgenti provvedimenti. (4-10938)

PATRIARCA. — *Al Ministro del turismo e dello spettacolo.* — Per conoscere quali iniziative si intende intraprendere per scongiurare il rinvio dell'importante manifestazione nell'isola di Capri di « Maremoda 1974 » con gravissimo pregiudizio dell'economia dell'isola e dei lavoratori ed operatori sul settore dell'abbigliamento. Se non si ritiene di convocare

con urgenza gli organizzatori e indurli a ritirare la grave decisione che tocca ancora una volta i tartassati interessi turistici della provincia di Napoli. (4-10939)

BIANCO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere se risponde a verità che sono state avviate, presso la sovrintendenza ai monumenti di Roma, pratiche per la cancellazione del vincolo imposto al complesso della villa Carpegna, sull'Aurelia, con decreto ministeriale del 16 giugno 1973, al fine di consentire, in quell'area, la costruzione di un complesso alberghiero di 60 mila metri cubi circa; se non ritenga di intervenire per la tutela della integrità dell'importante monumento seicentesco e del suo parco, provvedendo insieme ai necessari restauri delle strutture murarie della villa attualmente ridotta in pessime condizioni. (4-10940)

FIORET. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per conoscere se, nel programma di interventi straordinari per l'ammodernamento ed il potenziamento della rete delle ferrovie, previsto dal « Piano poliennale delle ferrovie dello Stato - 1ª fase quinquennale 1975-1979 », siano state tenute presenti le esigenze di funzionalità dello scalo ferroviario di Pordenone, le cui strutture sono antiche e quindi insufficienti a far fronte all'eccezionale aumento del traffico passeggeri e merci verificatosi nell'ultimo decennio.

L'interrogante fa presente di avere personalmente trasmesso al Ministero dei trasporti, in più occasioni, documentate relazioni, suffragate da indagini e dati forniti dalla provincia e dal comune di Pordenone, dalla camera di commercio di Pordenone, nonché dalle categorie economiche e dalle organizzazioni sindacali della zona, da cui emerge l'indifferibilità dell'ampliamento ed il potenziamento degli impianti per i viaggiatori e per le merci, mediante la costruzione di una nuova stazione ferroviaria, di scali di smistamento, nodi, piazzali, raccordi industriali, magazzini e fabbricati di servizio.

La fondatezza di tali essenziali esigenze è stata del resto riconosciuta, in una recente riunione che si è tenuta presso la Camera di commercio di Pordenone, da funzionari del compartimento ferroviario di Venezia, i quali hanno potuto constatare, *in loco*, come le attuali strozzature infrastrutturali siano pregiudizievoli per lo sviluppo socio-economico di Pordenone e del suo *Hinterland*. (4-10941)

BELLISARIO. — *Ai Ministri dell'agricoltura e foreste, dell'industria, commercio e artigianato e del lavoro e previdenza sociale.*

— Per sapere — di fronte alla vicenda che ha portato alla requisizione dello zuccherificio di Chieti, vicenda complessa fitta di fatti e di atti estremamente importanti per le sorti dello stabilimento, mentre dà atto alle coraggiose decisioni prese rispettivamente dalle autorità regionali, dal comune di Chieti, dall'ente di sviluppo in Abruzzo, dalle organizzazioni sindacali e dagli stessi dipendenti dell'azienda, non può non esprimere nel contempo la sua più convinta e profonda preoccupazione per quella che potrà essere la sorte definitiva riservata allo stabilimento, al suo personale e alla stessa possibilità di conservare, se non addirittura incentivare, la produzione bieticola nella zona.

A tale ultimo riguardo, infatti, l'interrogante non può non ricordare lo scarso prezzo remunerativo riconosciuto ai bieticoltori locali, prezzo remunerativo addirittura scoraggiante anche per le mai mantenute assicurazioni da parte della società SIIZ di venire incontro ai bieticoltori del Chietino mediante contributi per le sementi, mediante anticipazioni per la meccanizzazione, mediante intensificazione della lotta fitosanitaria, eccetera.

Ritenendo pertanto gravissima e non più sostenibile la situazione che si è venuta a creare, e ciò anche per altre considerazioni di carattere generale (tra cui vanno annoverati

i mancati insediamenti industriali, quelli naturalmente non inquinanti l'ambiente e salvaguardanti in ogni caso la conservazione della campagna, laddove risultante ovviamente produttiva) —

se rispondano o meno a verità le notizie, sempre più insistenti e circolanti, sia pure ufficiosamente, secondo cui:

1) lo stabilimento saccarifero di Chieti-Scalo sarà in ogni caso « smantellato » appena sarà terminata la campagna saccarifera, attualmente in corso di svolgimento;

2) il personale rimasto pressoché totalmente presso lo stabilimento non potrà conservare il posto di lavoro alle dipendenze della società SIIZ, dato che la stessa considera non più esistente il loro rapporto di lavoro;

3) non si sa bene se l'ente di sviluppo potrà assicurare — beninteso con apprezzabili risultati che ne giustifichino l'impegno tecnico e la spesa — un efficace programma teso a conseguire una concreta incentivazione della produzione bieticola nella zona;

4) non si sa bene, in caso di riconversione dello stabilimento saccarifero, quali concrete misure si starebbero presentemente studiando per favorire l'insediamento, nella ampia area occupata dall'attuale fabbrica e in quella circostante, di un più idoneo stabilimento industriale che sostituisca quello esistente e garantisca più adeguati posti di lavoro e un concreto miglioramento delle condizioni socio-economiche della zona. (4-10942)

VI LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 10 AGOSTO 1974

INTERROGAZIONI A RISPOSTA ORALE

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro della difesa per conoscere se risponde a verità l'accusa rivolta al generale in servizio permanente effettivo Ugo Ricci, secondo la quale questi si sarebbe reso responsabile di atti tesi a sovvertire l'ordine democratico in associazione con aderenti ad organizzazioni sovversive.

« Detto grave reato risulterebbe, secondo notizie di stampa, dalle indagini svolte dalla magistratura sulle trame nere e sul terrorismo fascista.

(3-02670) « ACHILLI, FERRI MARIO, STRAZZI, COLUCCI, GIOVANARDI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile per conoscere gli orientamenti del dicastero in ordine ai voli dell'ATI sulla linea Roma-Bari che fa scalo a Foggia.

« L'interrogante è seriamente preoccupato per le notizie di stampa che a partire dal 1° novembre 1974 l'ATI intende ritirare i *fokker 27* sulla predetta linea, il che equivale ad una dichiarazione di chiusura dell'aeroporto " Gino Lisa " di Foggia non agibile, allo stato, per l'atterraggio dei *jet*.

« L'interrogante chiede di conoscere quale destino si intende riservare all'aeroporto di Foggia che resta una infrastruttura indispensabile nell'assetto della provincia di Foggia dinamicamente proiettata in un destino industriale che vede insediata proprio a Foggia l'Aeritalia per la sua specifica vocazione aeronautica.

(3-02671) « SALVATORI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro della difesa per sapere cosa gli risulti in merito alla notizia apparsa sugli organi di stampa, nei giorni 8 e 9 agosto 1974 secondo la quale, in una località del comune di Vaiano vicino a Prato, sarebbe stato scoperto un deposito di armi da guerra automatiche, consistente in un centinaio di mitra, tipo MAB, in dotazione all'esercito italiano e per chiedere, qualora la notizia stessa non rispondesse a verità, da quali fonti sarebbe usci-

ta alimentando un allarmismo da cui il paese è già profondamente turbato in seguito alle tragiche vicende dei giorni scorsi.

(3-02672) « TESI, MALAGUGINI, D'ALESSIO, GIOVANNINI, NICCOLI, NICCOLAI CESARINO, MONTI RENATO, RAICICH ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'agricoltura e delle foreste, per sapere se è a conoscenza che gli appartenenti al Corpo delle guardie forestali sono tuttora sottoposti al regolamento fascista, del 1929 avendo il Governo trascurato, da oltre 27 anni, di dare applicazione alle disposizioni contenute nella legge n. 804 del 1948, con ciò procurando notevoli benefici ai funzionari del detto corpo che viceversa sarebbero caduti all'atto dell'emanazione del nuovo regolamento;

per conoscere inoltre — tenuto presente il trasferimento alle regioni delle funzioni e delle strutture già disciplinate dalla legge citata — con quali orientamenti e per quali obiettivi si intende procedere alla ristrutturazione del Corpo delle guardie forestali.

(3-02673) « D'ALEMA, SCUTARI, FLAMIGNI ».

INTERPELLANZA

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile, per sapere — poiché sono stati già assunti impegni di spesa dall'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato a carico del piano di opere per l'importo di 400 miliardi previsto dalla legge 9 marzo 1973, n. 52 — quando sia stato approvato il relativo decreto, e perché non ne sia stata data preventiva comunicazione al Parlamento, secondo quanto disposto dall'articolo 3 della legge stessa;

per sapere inoltre perché negli impegni di spesa si siano disattese le indicazioni prioritarie contenute nell'ordine del giorno della intera Commissione trasporti e accettato dal Governo in occasione della votazione della suddetta legge.

(2-00535) « CERAVOLO, DAMICO, KORACH ».