

237.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 DICEMBRE 1977

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE SCALFARO

INDICE

	PAG.		PAG.
Assegnazione di disegni di legge a Commissioni in sede legislativa	13296	TRIVA ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (971);	
Missione	13295	GORLA MASSIMO ed altri: Istituzione del servizio nazionale sanitario e sociale (1105);	
Disegni di legge:		TIRABOSCHI ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (1145);	
(Approvazione in Commissione)	13330	ZANONE ed altri: Istituzione del servizio sanitario pubblico (1271)	13297
(Assegnazione a Commissione in sede referente)	13295	PRESIDENTE	13297
(Presentazione)	13310	BAGHINO	13327
(Proposta di assegnazione a Commissione in sede legislativa)	13327, 13330	CERQUETTI	13304
(Trasmissione dal Senato)	13295, 13327	DAL FALCO, <i>Ministro della sanità</i> . .	13304
Disegno e proposte di legge (<i>Seguito della discussione</i>):		FORNI	13310
Istituzione del servizio sanitario nazionale (1252);		MORINI, <i>Relatore per la maggioranza</i>	13297
		QUIETI	13324
		RAUTI, <i>Relatore di minoranza</i>	13302
		TIRABOSCHI	13319
		TRIVA	13314

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 14 DICEMBRE 1977

	PAG.		PAG.
Proposte di legge:		Dichiarazione di urgenza di una proposta di legge:	
(Annunzio)	13295	PRESIDENTE	13297
(Approvazione in Commissione)	13296		
(Proposta di assegnazione a Commissione in sede legislativa)	13295	Documenti ministeriali (Trasmissione) . .	13296
(Trasmissione dal Senato)	13295		
Interrogazioni e interpellanze (Annunzio):		Per la fissazione della data di discussione di una mozione:	
PRESIDENTE	13332	PRESIDENTE	13331
FRASCA	13332	BRESSANI, <i>Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri</i>	13331
		DEL PENNINO	13331
Corte dei conti (Trasmissione di documenti)	13296	Ordine del giorno della seduta di domani	13332

La seduta comincia alle 16.

STELLA, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 12 dicembre 1977.

(*E approvato*).

Missione.

PRESIDENTE. Comunico che, a norma dell'articolo 46, secondo comma, del regolamento, il deputato Del Duca è in missione per incarico del suo ufficio.

Annunzio di proposte di legge.

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

DI GIANNANTONIO ed altri: « Concessione di un contributo straordinario a favore del Centro d'azione latina, con sede in Roma » (1934);

COLUCCI ed altri: « Emissione di un biglietto di Stato da lire 300 » (1935);

PRETI ed altri: « Contributo annuo dello Stato a favore della Fondazione Giacomo Matteotti con sede in Roma » (1936).

Saranno stampate e distribuite.

Trasmissioni dal Senato.

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza i seguenti progetti di legge:

« Contributi a favore dell'Istituto nazionale per studi ed esperienze di architettura navale, per il Centro di idrodinamica di Roma » (*approvato da quella VIII Commissione*) (1932);

Senatori BARTOLOMEI ed altri: « Modifiche alla legge 2 maggio 1974, n. 195, concernente norme sul contributo dello Stato al finanziamento dei partiti politici » (*approvato da quella I Commissione*) (1993).

Saranno stampati e distribuiti.

Assegnazione di un disegno di legge a Commissione in sede referente.

PRESIDENTE. A norma del primo comma dell'articolo 72 del regolamento, comunico che il seguente disegno di legge è deferito alla VI Commissione (Finanze e tesoro) in sede referente, con il parere della I Commissione:

« Conversione in legge del decreto-legge 9 dicembre 1977, n. 892, concernente modificazione all'articolo 6 della legge 14 aprile 1977, n. 112, relativo al pagamento della tredicesima mensilità e dello stipendio del mese di dicembre ai dipendenti statali » (1929).

Proposta di assegnazione di un progetto di legge a Commissione in sede legislativa.

PRESIDENTE. A norma del primo comma dell'articolo 92 del regolamento, propongo alla Camera l'assegnazione in sede legislativa del seguente progetto di legge:

alla II Commissione (Interni):

Senatori GHERBEZ GABRIELLA ed altri: « Intervento finanziario dello Stato per l'Associazione "Stalno slovensko gledališče" - Teatro stabile sloveno, di Trieste » (*approvato dalla VII Commissione del Senato*) (1928) (*con parere della I, della V e della VIII Commissione*).

La suddetta proposta di assegnazione sarà posta all'ordine del giorno della prossima seduta.

Approvazione in Commissione.

PRESIDENTE. La X Commissione (Trasporti) nella riunione di ieri, in sede legislativa, ha approvato la seguente proposta di legge:

Senatori Fossa ed altri: « Modifiche ed integrazioni alla legge 8 aprile 1976, n. 203, recante norme per la progettazione, la costruzione e la gestione di impianti di ricezione e di trattamento delle morchie e delle acque di zavorra e lavaggio delle petroliere » (*approvata dal Senato*) (1756).

**Trasmissione
di documenti ministeriali.**

PRESIDENTE. Il ministro dell'interno ha trasmesso, in data 12 dicembre 1977, ai sensi dell'articolo 5 della legge 11 giugno 1974, n. 253, la « Relazione annuale sull'attività svolta nelle scuole di polizia » (doc. XXXV, n. 1).

Questo documento sarà stampato e distribuito.

Il ministro della difesa ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1 della legge 16 febbraio 1977, n. 38, il programma di ammodernamento dei mezzi della aeronautica militare (doc. XLVII, n. 1). Il ministro della difesa ha altresì trasmesso, ai sensi dell'articolo 1 della legge 16 giugno 1977, n. 372, il programma di ammodernamento degli armamenti, dei materiali, delle apparecchiature e dei mezzi dell'esercito (doc. XLVII, n. 2).

Questi documenti saranno stampati e distribuiti.

Comunico, infine, che il ministro della pubblica istruzione ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, quinto comma, della legge 20 marzo 1975, n. 70, le relazioni con relativi allegati sull'attività svolta negli anni 1975 e 1976 dai seguenti enti: Istituto nazionale di ottica, Istituto elettrotecnico nazionale « Galileo Ferraris », Istituto nazionale di alta matematica, Ente nazionale di assistenza magistrale, Istituto nazionale di geofisica, Museo nazionale della scienza e della tecnica « Leonardo da Vinci », Istituto

nazionale di fisica nucleare, Ente scuola materna della Sardegna e Istituto nazionale « Giuseppe Kirner ».

Questi documenti saranno trasmessi alla Commissione competente.

Trasmissione dalla Corte dei conti.

PRESIDENTE. Informo la Camera che il Presidente della Corte dei conti, in adempimento al disposto dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, ha trasmesso la determinazione e la relativa relazione della Corte stessa sulla gestione finanziaria dell'Ente di sviluppo in Campania, per gli esercizi dal 1970 al 1975 (doc. XV, n. 64/1970-1971-1972-1973-1974-1975).

Il documento sarà stampato e distribuito.

**Assegnazione di disegni di legge
a Commissioni in sede legislativa.**

PRESIDENTE. Ricordo di avere proposto nella seduta di ieri, a norma del primo comma dell'articolo 92 del regolamento, che i seguenti disegni di legge siano deferiti alle sottoindicate Commissioni in sede legislativa;

IV Commissione (Giustizia):

« Modifiche all'ordinamento giudiziario approvato con regio decreto 30 gennaio 1941, n. 12, e successive modificazioni » (*approvato dalla II Commissione del Senato*) (1915) (*con parere della I Commissione*).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

VIII Commissione (Istruzione):

« Istituzione del Comitato per il coordinamento e la disciplina della tassa d'ingresso ai monumenti, musei, gallerie e scavi di antichità dello Stato » (1865) (*con parere della I, della II, della V e della VI Commissione*).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

IX Commissione (Lavori pubblici):

« Ulteriore proroga del termine stabilito nell'articolo 7 della legge 2 aprile 1976, n. 105, concernente provvidenze a favore delle popolazioni della provincia di Viterbo colpite dal terremoto del febbraio 1971 » (approvato dalla VIII Commissione del Senato) (1916) (con parere della II e della V Commissione).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

**Dichiarazione di urgenza
di una proposta di legge.**

PRESIDENTE. Comunico che il prescritto numero di deputati ha chiesto la dichiarazione di urgenza, ai sensi dell'articolo 69 del regolamento, per la seguente proposta di legge:

PAVONE ed altri: « Legge cornice per la formazione professionale dei lavoratori » (1913).

Nessuno chiedendo di parlare, pongo in votazione la dichiarazione di urgenza.

(È approvata).

Seguito della discussione dei progetti di legge: Istituzione del servizio sanitario nazionale (1252); Triva ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (971); Gorla Massimo ed altri: Istituzione del servizio nazionale sanitario e sociale (1105); Tiraboschi ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (1145); Zanone ed altri: Istituzione del servizio sanitario pubblico (1271).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: Istituzione del servizio sanitario nazionale; e delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Triva ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale; Gorla Massimo ed altri: Istituzione del servizio nazionale sanitario e sociale; Tiraboschi ed altri: Istituzione del servizio sa-

nitario nazionale; Zanone ed altri: Istituzione del servizio sanitario pubblico.

Come la Camera ricorda, nella seduta di ieri sono state respinte una questione pregiudiziale di incostituzionalità e una questione sospensiva, ambedue avanzate dall'onorevole Mellini.

Dichiaro pertanto aperta la discussione sulle linee generali, avvertendo che i gruppi parlamentari di Costituente di destra-democrazia nazionale e del Movimento sociale italiano-destra nazionale ne hanno richiesto l'ampliamento senza limitazioni 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.

Ha facoltà di parlare il relatore per la maggioranza, onorevole Morini.

MORINI, Relatore per la maggioranza. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il *motus in fine velocior* che ha contraddistinto i lavori della Commissione igiene e sanità nella scorsa settimana mi ha costretto a predisporre una relazione scritta stringata ed essenziale, per cui desidero utilizzare il breve spazio di venti minuti concessomi dal regolamento per riassumere, evidenziandoli nella loro peculiare importanza, alcuni tratti della relazione scritta, e per sviluppare alcune brevi considerazioni esplicative.

Il testo predisposto dalla Commissione igiene e sanità, che per la prima volta giunge all'esame dell'Assemblea, risponde innanzitutto all'esigenza di dare corpo e concretezza al preciso dettato sancito dall'articolo 32 della Costituzione. Il contenuto di tale articolo — tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, con conseguente obbligo dei pubblici poteri di porre in essere tutti i mezzi e gli strumenti necessari per rendere tale tutela concreta ed effettiva — non può essere considerato isolatamente, ma va armonicamente inquadrato nell'ordinamento costituzionale, e posto in stretta correlazione con altri principi che, in modo diretto ed indiretto, si riflettono su di esso.

Intendo riferirmi in modo particolare all'articolo 2 della Costituzione, che riconosce sotto il profilo giuridico il primato della persona umana, intesa nella completezza dei suoi valori e dei suoi bisogni non solo materiali ma anche spirituali, rispetto allo

Stato e, nel contempo, la necessaria socialità delle persone, che sono destinate a completarsi e perfezionarsi nelle naturali forme di aggregazione in cui viene spontaneamente ad ordinarsi la civile comunità, in un legame di reciproca solidarietà sociale, economica e politica.

Tale riferimento alla portata dell'articolo 2 della Costituzione è testualmente ripreso da un ordine del giorno presentato in sede di prima sottocommissione dell'Assemblea costituente dall'onorevole Giuseppe Dossetti, che a me, come deputato democristiano di Reggio Emilia, è particolarmente caro ricordare.

Mi riferisco altresì all'articolo 3 della Costituzione, che sancisce i principi della parità di dignità sociale dei cittadini e della loro uguaglianza di fronte alla legge. Mi riferisco all'articolo 5, che completa la caratterizzazione dello Stato, incentrato sulle autonomie locali e sul decentramento burocratico-amministrativo nell'ambito dell'unità e della indivisibilità della Repubblica. Mi riferisco all'articolo 41, che sancisce la libertà dell'iniziativa economica privata che non sia in contrasto con l'utilità sociale, e stabilisce che la legge deve determinare i programmi ed i controlli opportuni affinché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali. Mi riferisco, infine, agli articoli 117 e 118, che attribuiscono alla regione competenza legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera.

Il testo che è sottoposto al vostro esame, onorevoli colleghi, intende completare questo processo di trasformazione, dando finalmente attuazione a quel complesso di norme costituzionali da me citate che, individuando direttamente e indirettamente nella tutela della salute un compito istituzionale della Repubblica, da un lato assolvono alla funzione di fondare in obbligo della comunità statale, considerata nelle sue diverse forme di organizzazione istituzionale, la garanzia di un'attività a tale scopo diretta e, dall'altro, si prefiggono l'obiettivo che la tutela della salute sia anche il risultato di un impegno consapevole ed attivo delle singole persone come anche delle organizzazioni sociali in cui queste ultime risultano inserite.

Il proposto servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichi-

ca, e la sua attività è caratterizzata, nelle sue risultanze sostanziali, da quattro principi informatori, che per la loro assoluta non consentono deroga alcuna: globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, eguaglianza di trattamento, rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Si tratta di principi già totalmente acquisiti dalla cultura politico-sanitaria del nostro paese, ed è superfluo e persino noioso ripeterli. L'unico rimedio per non cadere nell'ovvietà ripetitiva è pertanto quello di attuare rapidamente, e nei fatti, la riforma sanitaria.

Tra i principi citati merita rilievo quello del rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che attiene non al contenuto, ma agli scopi dell'attività di protezione della salute; protezione che rientra tra quei diritti fondamentali dell'individuo che sono strettamente connessi alla finalità del pieno sviluppo della personalità umana sancita dagli articoli 2 e 3 della Costituzione. Ne consegue che la protezione della salute non può essere considerata come fine a sé stessa, ma come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale, nel più ampio quadro della tutela della dignità e della libertà della persona umana, il cui concetto non costituisce un limite, ma piuttosto un obiettivo che il servizio sanitario nazionale deve concorrere a realizzare. Per questi motivi il progetto di legge riconosce espressamente il diritto del cittadino alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Per quanto concerne l'aspetto istituzionale, il servizio è articolato a livello centrale, regionale e comunale. Questa articolazione risponde innanzitutto all'esigenza di dare concreta attuazione all'articolo 5 della Costituzione, relativo al riconoscimento ed alla promozione delle autonomie locali; principio poi esplicitato non soltanto negli articoli 117 e 118, ma anche nello stesso articolo 32 della Costituzione. Allo Stato è attribuita una competenza in una serie di materie che è impossibile ricondurre ad una categoria unitaria per la complessità e varietà del loro contenuto, ma che si possono genericamente definire di interesse generale. Allo Stato inoltre è attribuita la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative della regione in materia sanitaria, funzione che, come specifica l'articolo 5 del testo in esa-

me, attiene ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, alle esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria ed agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari.

C'è da dire comunque che l'attività predetta non è stata molto curata in passato dai singoli ministeri, che, posti di fronte all'attuazione dell'ordinamento regionale, hanno cercato di difendere attribuzioni e competenze di carattere burocratico e amministrativo (qualche volta si trattava di briciole di potere!) dimenticando questa importante funzione politica. E forse tra le ragioni di tale atteggiamento è da ascrivere anche l'inadeguatezza della attuale struttura dei ministeri ai fini dello svolgimento di questa attività di indirizzo e coordinamento. E per questo che noi abbiamo voluto prevedere, all'articolo 49 del testo in esame, l'attribuzione al Governo di una delega per il riordino del Ministero della sanità e l'istituzione del Consiglio superiore della sanità.

Alla regione è attribuita una potestà legislativa secondaria o concorrente, nei limiti, cioè, delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, nonché una potestà di programmazione che deve essere svolta secondo il metodo della pluriennalità e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le norme statutarie, mediante la predisposizione di piani sanitari regionali nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, previa consultazione degli enti locali, delle forze sociali, delle università, degli operatori sanitari, nonché della sanità militare.

Infine, a livello locale, le finalità del servizio sanitario nazionale sono realizzate dalle unità sanitarie locali, articolate funzionalmente, se necessario, in distretti sanitari di base per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento e gestite da un apposito organo collegiale, che sia espressione naturale del consiglio comunale o dei consigli circoscrizionali, ovvero degli organi della comunità montana (ove i comuni siano associati in comunità montane).

Le unità sanitarie locali provvedono all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione, di medicina legale, nonché agli altri compiti loro attribuiti dalla legge istitutiva del servizio sanitario ed alle funzioni di igiene e sanità

pubblica e di polizia veterinaria loro attribuite dalla legge regionale.

Non può essere sottaciuto il fatto che la riforma sanitaria precede temporalmente un'altra attesa riforma, quella delle autonomie locali, che logicamente invece avrebbe dovuto precederla. In modo particolare, vivo interesse per il nostro servizio sanitario nazionale avrebbe avuto la definizione, nell'ambito della nuova legislazione sulle autonomie locali, del cosiddetto ente intermedio sostitutivo, o ricomprensivo, dell'attuale provincia. Infatti, l'articolo 17, che disciplina la gestione dei presidi e servizi multizonali, sarebbe stato migliore in chiarezza ed in precisione se vi fosse stata in precedenza la riforma della legislazione delle autonomie locali. Noi abbiamo disposto la gestione dei predetti presidi e servizi multizonali affidandola alla unità sanitaria locale competente per territorio. Questa attribuzione si ispira al principio di non volere creare nel servizio sanitario nazionale altri e diversi livelli di gestione che non siano le unità sanitarie locali. Se è valido però questo principio, è anche vero che l'altro principio, per il quale la amministrazione sanitaria viene riportata nell'ambito di quella territoriale, è vulnerato da questa nostra scelta in quanto la gestione di un presidio che serve una più ampia collettività di cittadini è riservato ad una collettività più ristretta, cioè quella cui si riferisce l'unità sanitaria locale territorialmente competente.

Nei lavori della Commissione è stato oggetto di grande attenzione l'importante ruolo che per il nostro servizio necessariamente assume tutto il personale sanitario, tecnico ed amministrativo, sia quello assegnato nel contingente strettamente necessario agli uffici centrali del servizio, sia quello ordinariamente iscritto nei ruoli regionali del personale addetto ai servizi delle unità sanitarie locali.

In modo particolare non si voleva, con la disciplina unitaria di questo personale, contribuire alla creazione di nuove difformità — sia economiche sia normative — nella purtroppo già ampia giungla retributiva esistente nel nostro paese.

Il personale addetto ai servizi delle unità sanitarie locali, pur iscritto nei ruoli nominativi regionali, non è considerato personale regionale, ma entra a far parte dell'area più ampia del personale degli enti locali con le necessarie peculiarità dovute alla tipica specificità del servizio sanitario

nazionale. Allo stato attuale, purtroppo, la legislazione sullo stato giuridico dei dipendenti degli enti locali è molto sommaria e, soprattutto, superata. Si tratta di un giudizio, quest'ultimo, talmente unanime che il Ministero dell'interno ha in avanzata predisposizione uno schema di disegno di legge concernente lo stato giuridico dei dipendenti dei comuni, delle province e dei loro consorzi.

Elemento basilare per il personale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali è che la gestione amministrativa dello stesso è demandata all'organo di gestione delle unità sanitarie locali, dal quale il suddetto personale dipende sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Un'ampia delega al Governo è stata disposta dal nostro testo per disciplinare lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali. La delega è ampia sotto il profilo della complessità dei problemi, ma deve ispirarsi ai principi ben precisi che il testo in esame ha previsto puntualmente. Ritengo che essi vadano ricordati per la loro importanza. Occorre infatti: assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale; disciplinare i ruoli del personale stesso secondo le qualifiche funzionali, con la specificazione dei profili di professionalità e delle mansioni; definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dai diversi enti ed amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate attraverso le unità sanitarie locali.

Una particolare attenzione è dedicata dal testo al nostro esame allo stato giuridico del personale medico che, all'interno del personale professionale sanitario, ha nella realizzazione del servizio stesso un rilievo peculiare. A favore di questo personale, in particolare, è sancito il diritto all'esercizio della libera attività professionale; diritto esteso ovviamente anche ai medici dipendenti dagli istituti universitari e dai policlinici convenzionati nonché dagli istituti scientifici di ricovero e cura. Per tutti, comunque, il diritto è esercitato entro limiti e modalità che ciascuna regione detterà nell'ambito dei poteri che sono loro costituzionalmente riconosciuti. Sono previste altresì concrete misure rivolte a favorire, soprattutto per i medici che prestano la loro opera a tempo pieno, l'esercizio di attività didattica-scientifica ottenendo, su richiesta, i necessari comandi per ragioni di aggior-

namento tecnico-scientifico; misure, inoltre, per consentire l'accesso al rapporto convenzionale (ovviamente per i medici a tempo definito) nell'ambito di una disciplina di incompatibilità e limitazioni del predetto rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni.

In conclusione, va rilevato che lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali è fatto risalire a tre fonti normative che nella successione sono: la legge dello Stato, sia sotto forma di principi precisi dettati dall'articolo 40 del provvedimento in esame, sia sotto forma di un ampio, complessivo provvedimento delegato previsto dal medesimo articolo 40; la legge regionale ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 117 della Costituzione che prevede la possibilità di demandare alle regioni le norme di attuazione delle leggi della Repubblica; ed infine il contratto nazionale unico, cui compete la disciplina del trattamento economico e degli istituti normativi e di carattere economico.

Per l'importantissimo settore del personale convenzionato — con particolare riguardo a quello medico, sia generico sia specialista — si è fatto riferimento quasi testuale alla legge 29 giugno 1977, n. 349: un testo legislativo, d'altra parte, assai recente e quindi informato a tutto il contesto istituzionale e organizzativo della riforma sanitaria.

Inoltre, le trattative con i sindacati medici per dare concreta attuazione alla prima convenzione nazionale unica sono in avanzata fase di definizione, e non dovevano essere turbate da radicali modifiche della normativa vigente, su cui le stesse si basano. È nota, infatti, la grande rilevanza, ai fini dell'utenza, che dovrà avere tutta l'area funzionale delle prestazioni curative basate sul rapporto convenzionale.

Altro importante problema, che merita di essere menzionato, è quello inerente alla prevenzione nei luoghi di lavoro. Al riguardo, un meditato parere della Commissione lavoro ha facilitato il compito della Commissione igiene e sanità, che si è rifatta puntualmente a tale parere, realizzando una completa disciplina in materia. All'articolo 19 del testo in esame, infatti, si disciplina il complesso delle prestazioni di prevenzione, che precedono sistematicamente le prestazioni di cura e di riabilitazione, ricomprendendo in esse, insieme alla profilassi

degli eventi morbosi, alcune importanti attività da esercitarsi entro i luoghi di lavoro.

Va altresì ricordato che per questa specifica attività di prevenzione le unità sanitarie locali si debbono avvalere, realizzando una dimensione complessiva di attività simile all'attività dipartimentale, sia degli operatori dei propri specifici servizi di igiene sia degli operatori che erogano le prestazioni di diagnosi e cura.

Con il successivo articolo 20 si è prevista la costituzione di una rete di presidi specialistici preventivi multizonali in relazione alla ubicazione ed alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio.

Con l'articolo 21 si è proceduto invece alla creazione dell'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro. Si tratta di un istituto cui sono affidati compiti di ricerca, di studio e di sperimentazione in una duplice direzione, sia con riferimento a funzioni consultive che riguardano la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro nei confronti degli organi centrali e locali del servizio sanitario nazionale, sia con riferimento a funzioni consultive nei confronti degli organi centrali dello Stato preposti ai problemi del lavoro e della prevenzione.

Con l'articolo 22 si è ravvisata la necessità di una nuova legislazione organica che, prima della data di entrata in funzione delle unità sanitarie locali, provveda a disciplinare tutta la complessa materia legislativa sulla sicurezza del lavoro. In Commissione si è discusso a lungo se procedere con una legislazione ordinaria diretta da parte del Parlamento o con una delega legislativa al Governo. La complessità e la minuziosità della necessaria normativa in materia militerebbero a favore del ricorso alla delega, mentre la delicatezza politica dell'argomento militerebbe a favore di un intervento diretto del Parlamento. Comunque, sulla scorta del parere della Commissione lavoro e in considerazione del fatto che la Commissione sanità non aveva sufficientemente approfondito la materia stessa, si è lasciata all'Assemblea la decisione in proposito. Confido per altro che il Parlamento, con una ampia discussione sulle linee generali, approfondisca questo tema specifico, sì da poter concedere una precisa e minuta delega legislativa al Governo.

Sui temi finanziari gli articoli del testo sono chiari e si commentano da sé. Anche

nella relazione scritta ho cercato di esporne le caratteristiche principali. Ma sul tema del costo della riforma sanitaria, che tanto appassiona l'opinione pubblica, vale la pena di fare un breve commento.

Qual è stata la *ratio* che ha mosso, che ha animato, che ha ispirato le decisioni della Commissione sanità, in un appassionato e serio confronto con il Governo, e segnatamente con il ministro del tesoro Stammati? 11 mila miliardi, qual è oggi l'ammontare della spesa sanitaria che si realizza tra tanti rivoli e canali, sono tanti e sono pari al 6,50 per cento del prodotto nazionale lordo. La Commissione ha richiesto che il servizio sanitario nazionale partisse con la disponibilità della spesa attuale al fine di poterla convertire, modificare, razionalizzare con gli strumenti della riforma. Abbiamo voluto evitare la esperienza infelice del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, che non dà certezza di spesa ai poteri locali e che è fonte di tanti malesseri e sprechi nell'organizzazione sanitaria ospedaliera. Con il sistema riformato si parte, appunto, con una previsione di spesa certa, fissa e precisa, contenuta nel testo della legge di bilancio in uno specifico capitolo di spesa della tabella riferentesi al Ministero della sanità.

Onorevoli colleghi, la Commissione sanità ha iniziato l'esame di questo testo il 27 aprile di quest'anno, ed oggi giunge a presentare il risultato del suo lavoro all'Assemblea in questa seduta.

Concludendo quel giorno di aprile in Commissione la mia relazione introduttiva ai lavori di unificazione dei cinque testi originari, riandavo con la memoria all'anno di inizio del nostro attuale regime democratico e riandavo anche a quella, per così dire, «concordia discorde» che permise alle forze popolari di ispirazione cattolica e socialista e alle forze di tradizione laica di ricostruire la democrazia nel nostro paese, a quella «concordia discorde» che significò unità di intenti nel momento grave del pericolo, pur nella distinzione dei ruoli e delle origini. Auspicavo altresì che un rinnovato clima di convergenza dovesse oggi permetterci di dare al paese un più giusto e riformato assetto sanitario.

Le difficoltà, ben note, che oggi il paese attraversa hanno portato, unitamente ad un positivo evolversi del confronto tra diverse forze politiche, alla intesa programmatica dei sei partiti. Pur essendo tutti consapevoli dei limiti dell'attuale equilibrio politico, nes-

suno può essere indotto a sottovalutarne le realizzazioni concrete e ad ignorarne le potenzialità ancora esistenti.

Tra le realizzazioni concrete, va annoverata la approvazione a grandissima maggioranza da parte della Commissione del testo unificato che prevede l'istituzione del servizio sanitario nazionale, di cui oggi iniziamo l'esame. Tra le potenzialità ancora esistenti deve essere annoverata l'auspicata approvazione, sempre a larghissima maggioranza — sia presso questo ramo del Parlamento sia, successivamente, presso il Senato della Repubblica — di questo nostro progetto di legge (*Applausi al centro*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il relatore di minoranza, onorevole Rauti.

RAUTI, Relatore di minoranza. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, quel *motus* che alla fine dei lavori della Commissione è diventato davvero incalzante, più che veloce, può essere ancor più citato a proposito della sinteticità della relazione di minoranza. Utilizzando, dunque, il tempo previsto a questo scopo, mi propongo di ampliare alcuni concetti, alcune tesi ed anche di fare qualche altro riferimento concreto che, per mancanza di tempo nella redazione della relazione di minoranza e anche per necessità, direi, di carattere tipografico, non hanno potuto trovar posto nel testo scritto.

Un concetto che mi sembra necessario chiarire proprio all'inizio di questo dibattito che giustamente il collega Morini ha auspicato sia, data la natura del testo, ampio ed approfondito (così come ampio ed approfondito, ed in certi momenti addirittura vivace ed appassionato, è stato in Commissione) è che a nostro avviso — questo è appena accennato nella relazione che ho avuto l'onore di redigere a nome del mio gruppo — non ci troviamo di fronte ad una riforma della sanità, ma piuttosto, e per essere precisi, ad una riforma della gestione di ciò che esiste oggi, in concreto, nella multiforme area sanitaria italiana. Infatti — sempre secondo il nostro parere — di vera riforma della sanità si sarebbe potuto parlare ove si fosse innovato, più o meno radicalmente, nell'ambito delle strutture esistenti.

Il collega Morini non ha mancato, neanche nel corso dei lavori della Commissione, di fare dei riferimenti come impostazione di principio, come « filosofia » di questa riforma. Si consenta pertanto anche a noi di

procedere, sia pure brevemente e per sintesi, a qualche esemplificazione in senso contrario.

Ci troviamo di fronte ad un « accorpamento » di ciò che esiste; ci troviamo di fronte al tentativo di unificare (e aggiungerei, perché è importante: di unificare soltanto in termini burocratici, amministrativi, politici e partitici) le strutture attuali, mentre non si poteva e non si doveva prescindere da una duplice esigenza pregiudiziale ad una vera e seria riforma sanitaria. La prima consisteva nell'accertamento e nell'approfondimento dei motivi di disfunzione che hanno gettato nel caos le strutture esistenti; la seconda era — ed è — la necessità di procedere al loro risanamento e alla loro rivitalizzazione prima di passare ad un « momento unificante » che non soltanto volesse, ma potesse essere, in concreto, funzionale.

In sostanza e in sintesi, invece, si getta tutto sulle spalle — o meglio nelle fauci — delle regioni e si accorpano strutture malate, nell'illusione e nella presunzione che questo, e soltanto questo, basti a far ritenere che si avviano queste strutture verso la loro guarigione funzionale. È come se si dicesse che una serie di comuni disastri si rimettono in carreggiata solo perché si decide di riunirli in un consorzio di enti locali.

Alla base, poi, là dove la riforma sanitaria dovrebbe entrare nel vivo del tessuto del paese, vi è la proiezione politica dei consigli comunali, o di altri organi analoghi, nelle unità sanitarie locali.

Un altro rilievo ci permettiamo di muovere all'impostazione generale di questa che per noi non è una riforma sanitaria, è la tendenza « massificante » che si evince in genere dal testo in esame. Mi sembra che anche in questo caso vi sia stata una sorta di accettazione, del tutto acritica, delle tendenze di fondo che sono circolate un po' in tutta Europa a proposito e con riferimento al servizio sanitario nazionale inglese. Su tale servizio, nella nostra relazione, abbiamo citato soltanto alcune delle tante osservazioni che si potrebbero fare. Mi era sfuggita, per esempio — e la aggiungo come semplice battuta — la famosa « teoria di Gammon », battezzata così dal nome di un medico inglese che ha studiato per cinque anni il funzionamento del servizio sanitario nazionale del suo paese. Fra i dati risultanti dall'indagine vi è l'aumento del 28 per cento, tra il 1973 e il 1975, del perso-

nale degli ospedali e del 51 per cento degli organici impiegatizi a fronte di una diminuzione dell'11 per cento del numero dei letti giornalmente occupati.

Altro fatto negativo sul quale ulteriori interventi del mio gruppo certamente porteranno dati ancora più approfonditi, che noi però poniamo in testa alle nostre perplessità, è quella che ci sembra essere la emarginazione del personale medico e paramedico, e cioè delle « competenze », da tutti i livelli decisionali dell'istituendo servizio sanitario nazionale. Quando diciamo « emarginazione » non parliamo soltanto in nome della « categoria » del personale medico e paramedico (che pure è vasta e qualificata e non è affatto da confondersi con la critica corrosiva e qualunquistica che si usa fare nei suoi confronti): parliamo in nome della « funzione medica » (diremmo, se possibile, e nei limiti in cui è ancora possibile, della « missione medica »), così come parliamo in nome della funzione paramedica, cioè delle competenze e delle specializzazioni che sono state emarginate da tutti gli organi decisionali, dal vertice alla base, dal centro alla periferia.

Quello che infine ci preoccupa è la disastrosa situazione degli ospedali. A me sembra che in tutte le prospettive dell'istituendo servizio sanitario nazionale si faccia facilmente dell'utopia, di contro ad una situazione drammatica e fallimentare che nessuno nega (e noi, che siamo all'opposizione, saremo certamente gli ultimi a negarla), prescindendo, per esempio, dalla situazione degli ospedali, che non a torto, e non da parte nostra, è stata definita l'autentico « nodo di Gordio » dell'attuale crisi delle strutture sanitarie del nostro paese. In questo senso, l'accorpamento di ciò che esiste (ma che non funziona) non può risolvere i problemi di quel che sino ad oggi non ha funzionato.

Quando ci riferiamo alla situazione del personale paramedico, quando accenniamo alla disastrosa situazione degli ospedali, vi sarebbe materia per parlare ore intere. Saranno svolti, certamente, altri interventi in proposito e non mancheremo di documentarvi al riguardo. Mi permetto solo di ricordare a titolo di *boutade*, che una volta ebbi a dire che, stante il costo raggiunto per ogni ammalato presente nella struttura ospedaliera, tanto varrebbe alloggiare lo stesso in un albergo di lusso. Abbiamo letto, nei giorni scorsi, che questa è diventata una vera e propria « dichiarazione di intenzio-

ni » dell'assessore alla sanità della regione Lazio, il comunista Giovanni Ranalli, che ha denunciato la situazione di pieno collasso delle strutture ospedaliere laziali e, in particolare, di quelle romane. A Roma il costo medio giornaliero di un letto in ospedale è di lire 60.966; i tempi per un esame radiografico dell'apparato digerente si aggirano intorno ai 20-22 giorni, con un costo reale (è l'esponente comunista a precisarlo) che supera il milione e 200 mila lire, mentre un qualsiasi laboratorio potrebbe effettuare le stesse radiografie con un costo di 15-25 mila lire; ed esiste tutta una serie di annotazioni che potrebbero essere portate al riguardo.

Quando accenniamo alla emarginazione del personale paramedico qualificato, intendiamo rilevare che nella riforma sanitaria non esiste una indicazione seria, concreta, efficiente, funzionale e promettente ai fini della soluzione del problema della mancanza di detto personale. L'Italia — e lo diciamo nella nostra relazione di minoranza — ha davvero soltanto primati negativi, almeno in questo campo! Abbiamo ancora, ad esempio, per ogni cento infermieri professionali, ben 230 infermieri generici, contro i 12 della Svizzera, i 20 del Belgio, i 25 della Germania, i 45 degli Stati Uniti, i 50 dell'Inghilterra e gli 83 della Svezia. Siamo veramente indietro, enormemente indietro, nel settore; per non parlare — ma mi riprometto di tornare sull'argomento — della estrema fragilità delle nostre strutture igieniche e di profilassi, che rappresentano un altro dato estremamente negativo della situazione sanitaria del nostro paese. Neanche per quest'ultima situazione si trovano precise indicazioni, né è delineata una dislocazione precisa agli effetti della sistemazione delle competenze funzionali, nell'ambito della nuova struttura, nell'istituendo servizio nazionale.

Per queste ragioni siamo recisamente contrari non « alla » riforma sanitaria ma a « questa » riforma, che si tenta di far passare per riforma sanitaria, mentre ha soltanto quelle caratteristiche, quei limiti e porta dentro di sé i germi di quei pericolosi sviluppi demagogici (per non parlare dell'aspetto finanziario, in ordine al quale altri colleghi del mio gruppo interverranno) ai quali mi sono riferito in questa mia breve introduzione al dibattito (*Applausi dei deputati del gruppo del MSI-destra nazionale*).

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

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Mi riservo di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Il primo iscritto a parlare è l'onorevole Cerquetti. Ne ha facoltà.

CERQUETTI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, una lunga aspirazione del popolo italiano — lunga, sofferta e desiderata intensamente — da quando nel nostro paese trovarono applicazione i primi istituti previdenziali e mutualistici, sembra aver trovato il suo punto d'arrivo con questo progetto di legge di riforma del sistema sanitario nazionale, oggi sottoposto al nostro esame. Tale riforma ha avuto un *iter* lungo e difficile, subendo nel corso degli anni variazioni di impostazione. È pervenuta a noi dopo un ulteriore *tour de force*, con una fretta che, se giustificata rispetto al tempo perduto, non ha evitato che sia giunta in Assemblea in parte incompleta, dal momento che una serie di problemi di fondo sono rimasti insoluti o sono stati appena accennati, rimediando con il ricorso a leggi di delega. È a tutti chiaro il rischio connesso alla emanazione di dette leggi che, ove non coerenti, unitarie e razionali, rispetto al significato ed alla finalità della riforma sanitaria, rischieranno di alterarla nella sua applicazione.

Il testo che ci viene sottoposto rappresenta un'affermazione di postulati e principi che si ricollegano a quella comune aspirazione di sentirsi tutelati e difesi nella pratica quotidiana di vita e di lavoro; principi che, da oltre mezzo secolo, sono a base della moderna concezione sociale degli Stati più evoluti ad economia libera o mista, che affondano le prime radici di ricerca, di storia e di applicazione in quella riforma del sistema di sicurezza sociale, come venne attuato nel mondo anglosassone all'indomani della prima guerra mondiale; principi diventati istituzione dal giorno in cui è stato riconosciuto alla salute pubblica un preminente interesse sociale e nazionale per cui lo Stato riconobbe suo dovere intervenire per regolarla, tutelarla e difenderla. Storicamente ciò ha rappresentato un momento di transizione nelle società ad economia industriale che hanno recepito come momento innovatore il passaggio da forme previdenziali ed assicurative a forme di prevenzione e sicurezza sociale.

A questo passaggio (autentico « passaggio a nord-ovest »), tra due concezioni sociali nell'evoluzione della vita dello Stato moderno e dei suoi doveri verso i cittadini, dovrebbe corrispondere oggi il testo di riforma al nostro esame che dovrebbe portare anche il nostro paese fra quegli Stati che hanno concepito la sicurezza sociale come un valore connesso allo stesso valore della vita. Qui nasce una prima domanda: quella che ci viene presentata è una legge efficiente, applicabile o, quanto meno, alla pari con quelle già esistenti in materia negli altri paesi europei? Se non vado errato, Alphonse de Lamartine, in occasione di una vecchia e dura polemica, ingiusta verso gli italiani, definì l'Italia un paese provinciale capace solo, come tale, di imitare maldestramente quanto altri avevano ben realizzato prima. Sembra che Lamartine avesse ragione — almeno in quel caso — pur non riferendosi alla nostra riforma sanitaria. Egli si richiamava ad alcuni orientamenti in quel tempo accettati dagli italiani ancora per buoni, nel momento in cui erano in declino negli Stati che li avevano adottati.

Dalla lettura attenta e rigorosa del testo al nostro esame, si ricava proprio tale sensazione. Nel corso della discussione, cercheremo mediante la presentazione di emendamenti di correggere le disposizioni che riteniamo negative e di incerta applicazione con quello spirito critico che deve animare chi, pur in disaccordo con altre forze politiche per la formulazione del provvedimento, recepisce e condivide il principio di base dell'istituzione di un servizio sanitario nazionale che assicuri ad ogni cittadino la prevenzione, la cura e la tutela della propria salute: una salute individuale che si traduce, di per se stessa, in una salute di Stato, in una corresponsabilizzazione di partecipazione, di scelta e, quindi, di libertà tale da garantire ogni cittadino dall'imposizione di scelte non condivise; una partecipazione che lo mantenga libero anche nella scelta del medico di propria fiducia, sia pure sotto il controllo del servizio sanitario nazionale.

La « filosofia » che sembra aver ispirato la norma che prevede il trattamento sanitario ad intero carico dello Stato, già battezzata vari decenni addietro « dalla culla alla bara », è in parte superata, sotto il profilo sociale ed individuale, proprio in quegli Stati dove essa aveva trovato una prima e pronta applicazione. Questa valutazione si

adatta al momento storico presente, proprio quando tale normativa si vuole introdurre nel nostro paese: siamo nel 1977, anno di disgrazia economica, morale e politica, con un'economia quanto mai disastrosa e pericolante. Ogni provvedimento di politica sociale, pertanto, deve essere in queste condizioni più che mai meditato in considerazione delle sue conseguenze economiche e della sua effettiva operatività. Questo provvedimento succede alla legge 17 agosto 1974, n. 386, 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, che presenterebbe le seguenti caratteristiche. Pagamento agli ospedali ed alle case di cura da parte dello Stato dei debiti per degenza delle mutue e dei comuni; finanziamento, poi completato dalla legge 31 marzo 1976; trasferimento alle regioni dell'assistenza ospedaliera dal 31 dicembre 1974, con esclusione dell'assistenza psichiatrica rimasta di competenza delle amministrazioni provinciali (e regolata ora dalle norme transitorie del presente progetto di legge); definitivo scioglimento degli enti mutualistici, tranne lo INPS, e loro trasferimento, quanto a personale, assistenza e patrimonio, alle regioni entro il 1° giugno 1977. Nel 1974 gli enti interessati dalla riforma erano circa ventisette, per un totale di assistiti pari a circa 54 milioni. La spesa generale relativa all'anno 1976 ammontava a 9.371 miliardi di lire, corrispondenti al 6,6 per cento del prodotto nazionale lordo, mentre la previsione di spesa per il 1978 si aggirava sui 10.243 miliardi di lire, corrispondenti al 7,21 per cento del prodotto nazionale lordo: previsione, questa, valida in una situazione di legislazione costante, vale a dire senza considerare l'eventuale riforma del settore. L'attuazione della riforma sanitaria nazionale comporterebbe invece, secondo le previsioni, una spesa non inferiore al 7 per cento del prodotto nazionale lordo. Si tratta però di una previsione ottimistica e basata su dati incompleti, come si comprende se si pone mente al fatto che non è stata considerata nei calcoli, perché non prevedibile, l'incidenza degli oneri relativi al controllo delle strutture e la spinta ad un aumento dei costi da parte delle singole regioni per l'uniformità delle assegnazioni; e ciò sempreché la dislocazione e la efficienza delle esistenti strutture sanitarie sia compatibile con la localizzazione e la

operatività delle stesse, nel quadro della territorialità delle strutture dell'unità sanitaria locale: in caso contrario, infatti, la spesa da sopportare quanto meno si raddoppierebbe. Non dimentichiamo che, sempre a carico dello Stato, nell'ambito di quell'accorpamento unico di tutti i servizi sanitari previsti nella cellula chiamata unità sanitaria locale, vanno aggiunti gli ospedali, con circa 600 mila dipendenti, l'apparato delle disciolte mutue, con circa 66 mila dipendenti, ai quali vanno aggiunti i medici convenzionati, le strutture degli ambulatori e dei consultori, della medicina scolastica, della medicina del lavoro, dei laboratori di analisi e delle strutture relative alla medicina veterinaria e psichiatrica. Pertanto, il tetto massimo previsto per le spese di funzionamento del servizio sanitario nazionale, fissato al 6,50 per cento del prodotto nazionale lordo, si rivelerà certamente inadeguato, anche ammesso che non si verificano le condizioni peggiorative di cui sopra (ciò che, per altro, non sembra realistico ipotizzare).

Ciò, d'altra parte, si è puntualmente verificato nel caso di precedenti riforme, per cui gli inevitabili maggiori fondi occorrenti finiranno per inceppare lo stesso finanziamento della legge. Riconosciamo che la diligente collega Maria Eletta Martini ha presieduto con costanza e sacrificio i lavori della Commissione sanità, e in linea di principio concordiamo con la sua dichiarazione secondo cui non fare la riforma sarebbe forse costato di più che farla. Dovendosi però fare la riforma era forse opportuno inquadrarla in una corretta previsione di spesa, in relazione alla situazione economica del paese. In questo senso sarebbe stato preferibile impostare una riforma che desse certezza di efficienza e di funzionalità dei servizi, anziché programmare una riforma difficilmente attuabile e sottoposta a spinte settoriali e territoriali che ne renderanno problematica l'attuazione stessa.

Una spesa di queste proporzioni si può giustificare solo se il servizio sanitario nazionale fornirà al cittadino quell'assistenza e quella sicurezza sociale oggi non sempre presenti e non sempre equamente assicurate. L'eliminazione di tanti carrozzoni dispendiosi e di tanti centri di intralazzo si giustifica se a questi non se ne sostituiscono altri, perché se così fosse la cura si rivelerebbe peggiore del male. Ora, alcune

parti della normativa al nostro esame, quali quelle relative alla definizione dei ruoli del personale ospedaliero, che reca una soluzione non convincente e comunque dilatoria e non basata sul rispetto delle peculiari caratteristiche professionali di tale personale, che richiederebbero la definizione di un autonomo stato giuridico; la soluzione delle convenzioni devolute alle regioni, in ordine alle norme di attuazione delle convenzioni stesse, che dovranno regolare il lavoro del personale sanitario; l'ingiustificata permanenza della situazione dei medici a tempo pieno, tenuti a lavorare in ospedale in condizioni non sempre dignitose sotto il profilo economico e normativo; la presa di posizione anche normativa nei confronti dei medici a tempo definito, con il tentativo di una generalizzata coercizione al tempo pieno, come già emergente da recenti progetti regionali; il pericolo di una interpretazione del lavoro medico da parte delle regioni in senso restrittivo della stessa normativa regolante il diritto alla libera professione, magari anche in contrasto con gli orientamenti delle leggi nazionali; la stessa formulazione indicativa della scelta del medico e del luogo di cura che anche se formalmente rimessa alla libera scelta del paziente, forse si rivelerà in pratica limitativa della scelta stessa; tutte queste parti, dicevo, onorevoli colleghi, confermano i dubbi e le perplessità che, anche in punto di merito, questa legge suscita.

La relazione dell'onorevole Morini ci presenta questo testo come un incontro tra le varie proposte di legge presentate in materia. Obiettivamente, però, ci sembra che esso, almeno nelle sue linee essenziali, risenta molto più dell'impostazione della proposta di legge a suo tempo presentata dal collega comunista onorevole Triva. Osserviamo che ha prevalso la tesi delle forze di sinistra sulla costituzione e sulla formazione dell'unità sanitaria locale non più elettiva, ma di nomina del consiglio comunale; un sistema, questo, da tempo superato nei paesi — come ad esempio l'Inghilterra dove costantemente si agisce attraverso comitati elettivi di studio e di ricerca — che hanno attuato una simile riforma.

Si tratta di una involuzione, sul piano culturale e sul piano civile, contro la quale, in passato, si erano battute forze politiche e sociali, con in prima fila i sindacati (ivi compresa la CGIL), che negli anni di grazia 1970-72 chiedevano « comitati di-

rettivi di base, comitati locali di sanità elettivi, comitati direttivi di base eletti direttamente dai cittadini ». Nel momento in cui si invoca — e giustamente — una sempre più diretta partecipazione del cittadino alla vita sociale, questo centralismo regionale e comunale appare contraddittorio, ma soprattutto rivela un trasformismo specialmente da parte di chi, prevedendo il più integralistico dei poteri, vuole evitare di correre il rischio di non poter sempre meglio controllare le strutture che gravano sul cittadino-suddito.

Mentre è comprensibile, quindi, la soddisfazione del partito comunista italiano, appare molto difficile capire la logica e la filosofia degli altri partiti — della DC, in particolare — che tale indirizzo hanno accettato.

Per convincersi della fondatezza di questo rilievo, d'altra parte, basta rileggersi quello che le sinistre, ed il PCI in particolare, chiedevano in passato. Scriveva sul *Paese Sera* del 21 giugno 1977 Ferdinando Terranova, ricercatore sanitario, in difesa della riforma sanitaria così come proposta dal partito comunista italiano: « Tutto questo significa colpire uno dei pilastri fondamentali del sistema »; e lo scriveva in relazione alle proteste della intersindacale medica, che aveva preso posizione contro la ipotesi di una convenzione unica nazionale, che sostanzialmente ritroviamo in questo testo.

Il nostro gruppo, onorevoli colleghi, non intende divenire un punto di riferimento, di strumentalizzazione di qualsivoglia categoria che avanzi richieste sproporzionate, soprattutto in relazione al bene della comunità. Questa dovrebbe essere una regola fondamentale, sulla quale basare ogni norma legislativa. Ma quando una legge, anziché assicurare un miglioramento del bene della collettività, ne aggrava invece pesi ed oneri (come accadrà con l'attuazione di questo servizio sanitario nazionale), ed inoltre diventa ingiustamente punitiva nei confronti di categorie che pure hanno contribuito e contribuiscono al miglioramento della salute pubblica, ed allo stesso progresso civile ed umano, allora è legittimo farsi portavoce di questi stati d'animo se non altro per cercare di modificare una normativa sbagliata.

Ma, dicevo, basta leggere quello che chiedeva il partito comunista italiano per vedere come questa sia una riforma con un'impostazione politica ed economica chia-

ramente di sinistra. Esiste infatti una sinistra economica, oggi molto più forte e presente nel paese di quanto non si voglia ammettere, dal momento che tutto l'asse portante dell'economia che conta — l'economia di Stato, o di partecipazione o di finanziamento statale — pende, pencola, è condizionata dalla sinistra che conta, cioè dal partito comunista italiano.

Scriveva *l'Unità* del 22 aprile 1977, commentando alcune dichiarazioni degli onorevoli Di Giulio e Triva: « I pregi fondamentali della nostra proposta si possono così individuare: a) puntare ad una costruzione democratica dal basso per una nuova concezione della tutela della salute che abbia nel ruolo dei comuni un suo obiettivo fondamentale; b) capovolgimento della attuale prestazione sanitaria a partire dal lavoro medico. Anche qui, come al punto a), a differenza del disegno di legge governativo, che ripropone la dannosa scissione tra prevenzione da una parte e cura e riabilitazione dall'altra. A questo proposito, a differenza sempre del disegno governativo, la nostra proposta respinge la possibilità di attività libero-professionali per quei sanitari che lavorino all'interno delle strutture del servizio sanitario nazionale ». Proposte, queste, che ritroviamo quasi puntualmente recepite dal testo al nostro esame.

Si spiega così perché un po' tutte le categorie professionali abbiano preso e stiano prendendo posizione contro questo indirizzo più politico che economico. E a questo punto il discorso si allarga, e non può non allargarsi, sia pure per inciso, per andare a toccare il concetto stesso della libertà della professione. Colpire la libera professione significa colpire lo stesso concetto di libertà. Nei paesi a regime socialista (di quel socialismo reale che è l'unico esistente nella storia, non potendosi certo fare riferimento a quel socialismo utopico o diverso di cui parlano alcuni, volendo accreditare l'esistenza di questo socialismo, negato da 60 anni di realismo storico, e dall'esperienza di tutti gli Stati in cui il socialismo si è realizzato), uno dei primi e mortali colpi è sempre stato inferto alla libera iniziativa, alla libera professione, alla libera attività di arti e di mestieri, proprio al fine di togliere il grande respiro di fondo che anima l'elevazione e la dignità umana nelle libere società.

Onorevoli colleghi, una ulteriore attenzione merita poi la parte relativa alla de-

stinazione sia delle farmacie, sia della fornitura e della vendita dei prodotti farmaceutici. Dalla lettura della norma specifica sembra implicito il principio che tutte le farmacie private verranno convenzionate, dal momento che l'unità sanitaria locale eroga la propria assistenza farmaceutica attraverso le farmacie pubbliche e le farmacie private convenzionate. E si prevede che le unità sanitarie locali potranno fornirsi sia direttamente sia tramite le regioni dei medicinali per poi rifornire le farmacie e gli altri centri medici, secondo un'apposita normativa regionale da emanare.

Rimane pertanto sempre aperto il problema dei prezzi dei farmaci, e non si capisce bene la ragione per cui i farmaci debbono effettuare un doppio giro per arrivare dal produttore al consumatore, se non inserendola in quel quadro di accentramento e di controllo sull'attività privata, a vantaggio di organismi locali che agiranno in relazione ai rispettivi poteri politici.

Ci auguriamo che la emananda legge razionalizzi anche il sistema dei prezzi dei farmaci, ivi compresi gli sconti a favore degli ospedali, operando la eliminazione di tutti gli sconti ed intervenendo sulla riduzione dei costi all'origine. È noto che il costo sempre più elevato dei farmaci trova la sua spiegazione — ma solo in parte — nell'aumento del costo della ricerca, della materia prima e del lavoro. Quindi, il Parlamento dovrà operare su questi punti se vorrà eliminare il costo eccessivo dei farmaci.

Sempre in ordine all'eccessivo consumo farmaceutico, che ha fatto del nostro paese il più alto consumatore di sostanze farmaceutiche spesso superflue ed inutili, va ribadita l'opportunità del mantenimento del *ticket* farmaceutico, previsto dal disegno di legge n. 963, presentato al Senato per la sua approvazione: ciò per evitare contraddizioni con la norma al nostro esame che, prevedendo l'assistenza farmaceutica gratuita, sembrerebbe escluderlo. Certo questo non è un principio antisociale, producendo l'effetto psicologico di scoraggiare l'acquisto facile di prodotti spesso inutili, ma agendo anche da calmiera alla produzione e quindi alla vendita di prodotti non necessari. Per cui, soprattutto in relazione al prontuario terapeutico nazionale, ci auguriamo che questo venga contenuto nei limiti di quei farmaci essenzialmente necessari che, secondo un rapporto

delle Nazioni Unite, non dovrebbero essere più di 200-250. Ciò anche in relazione all'ormai generale orientamento in tal senso esistente negli altri paesi.

In Francia, di recente, il consiglio dei ministri ha aumentato notevolmente le contribuzioni degli assistiti — già esistenti — per ogni tipo di prestazione; e la Francia ha un reddito *pro capite* doppio di quello italiano. Ciò non significa, ovviamente, che per alcune particolari fasce sociali non si possa o non si debba derogare.

Un'altra parte della normativa che merita particolare attenzione è quella relativa alla costituzione delle unità sanitarie locali. Questo organismo, che è il complesso di tutte le strutture sanitarie preventive e curative di un dato territorio, oltre ad essere manchevole per la non prevista elettività, è altresì manchevole, a nostro avviso, nella parte in cui non prevede la obbligatoria costituzione, al suo interno, di distretti sanitari di base per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento in favore di gruppi di popolazione intorno ai 10 mila abitanti.

Sarebbe stato preferibile che alla discrezionalità fosse sostituita la obbligatorietà. Non si dimentichi che la unità sanitaria locale è delimitata in base a gruppi di popolazione compresi tra i 50 e i 200 mila abitanti.

In relazione al particolare frastagliamento dei nuclei di residenza, in Italia, sparsi tra campagne e zone montane, diventerà molto difficile la immediata utilizzazione della stessa unità sanitaria locale da parte di cittadini residenti magari a decine di chilometri di distanza; la creazione di distretti sanitari locali ogni 10 mila abitanti faciliterebbe, invece, sia la prestazione del medico sia la cura del paziente.

Onorevoli colleghi, al di là di questi analitici e singoli richiami, il problema di fondo rimane sempre il costo di questa riforma in relazione ai vantaggi che offre.

Come dicevamo all'inizio, ogni spesa può essere giustificata in relazione soprattutto al beneficio che ne può conseguire. Come ciascuno di noi rinuncia ad un po' di libertà in cambio di un maggiore ordine e di una maggiore sicurezza, così in questo campo si può anche spendere, ed anche più di quello finora previsto, pur di ottenere una migliore tutela della salute.

Se è vero che, per dirla con Kant, la nostra libertà come categoria morale trova

il suo limite dove comincia l'altrui libertà, è altrettanto vero che la tutela della salute, come dovere dello Stato e spesa del cittadino, trova un limite nella proporzionalità tra efficienza, costi e rispetto delle altrui libertà.

Qualcuno ha scritto, esprimendo una dura critica, che da una economia di carità non può nascere una economia di salute. Il richiamo non sembri eccessivamente pessimistico.

Il disegno di attuare la riforma sanitaria va difeso e sostenuto. Il problema è di definire una riforma sanitaria realistica e di creare quella coscienza sanitaria nazionale senza la quale non ci può essere rispondenza tra Stato, leggi e cittadino. Creare una coscienza sanitaria nazionale significa dare la prova che lo Stato agisce realisticamente, non promettendo ciò che poi non può mantenere, perché così facendo si agirebbe proprio in senso opposto.

Questa contraddizione tra il promesso e il realizzabile emerge anche da una lettura attenta della relazione del CNEL, il quale ha ricordato come l'instaurazione del servizio sanitario nazionale non si esaurisca con un atto isolato di volontà legislativa, ma sia un processo di adattamento graduale e costante nel tempo, in relazione alle esigenze espresse dalle forze sociali interessate al processo stesso. Un processo, quindi, che deve confrontarsi con il vincolo delle disponibilità economiche, senza restringere la soddisfazione dei bisogni, grazie ad un uso sempre migliore e razionale delle limitate risorse a vantaggio di tutti; e sempre nel rispetto della salvaguardia di quei margini di libertà che ogni iniziativa estesa all'intera società nazionale deve avere anche a favore di quelle categorie di operatori della salute che non possono essere ridotti a burocrati del servizio sanitario, umiliati nella loro capacità professionale, disconosciuti nei loro meriti, nella loro qualificazione.

Questo è possibile solo mantenendo la assistenza sanitaria indiretta, eliminando ogni atteggiamento punitivo nei confronti dei medici a tempo definito, rinunciando ad ogni tentativo di coercizione in direzione del tempo pieno, confermando la disponibilità a contrattare il lavoro del medico ospedaliero nel rispetto dei principi, delle competenze e della consensualità contrattuale, anche nel campo economico.

Saranno in grado le regioni e gli enti locali di salvaguardare questo principio es-

senziale che, prima di essere sociale e politico, è un principio di libertà? Non si corre il rischio, come già in parte sta avvenendo, di trovarsi domani davanti a situazioni contrastanti e contraddittorie, magari contrassegnate e finalizzate dai diversi orientamenti politici e di potere dei singoli enti? Ecco perché era ed è necessario prevedere la elettività delle unità sanitarie locali e la creazione dei distretti sanitari locali, quali momenti di controllo sanitario capillare da perfezionare per mezzo di leggi regionali.

Avviandomi alla conclusione, cercherò di evidenziare quali siano in sintesi i maggiori difetti che riscontriamo in questa legge.

Il primo è quello relativo ad una visione integralistica ed onnicomprensiva della legge, che vorrebbe garantire l'assistenza sanitaria al cittadino « dalla culla alla bara ». Molta acqua è passata sotto i ponti dal giorno in cui *sir* Beveridge concepì questa idea come un toccasana. La realtà della vita, la realtà sociale hanno messo in evidenza la precarietà di questo principio, che è stato un po' dovunque riveduto, attraverso una maggiore partecipazione e responsabilizzazione del cittadino.

Il secondo difetto di fondo va ricercato nel populismo demagogico in nome del quale si assume che si sarà in grado di dare a tutti i cittadini un efficiente, completo e gratuito servizio sanitario.

Il terzo difetto di impostazione — discendente dai primi due — consiste nella contraddittorietà tra la spesa prevista per l'attuazione di questa legge e la politica economica e finanziaria del Governo in merito al contenimento della spesa pubblica, anche in relazione alle indicazioni del Fondo monetario internazionale, cui per altro si richiama la nostra lettera di intenti.

D'altra parte, la stessa impostazione generale del Fondo monetario internazionale in questo campo rispecchia la convinzione, ormai diffusa in tutti i sistemi occidentali, secondo cui il concetto dell'assistenza completamente gratuita non è più valido né dal punto di vista politico, né da quello tecnico-economico; e questo è soprattutto vero proprio nei paesi che hanno realizzato riforme molto meno complete di quella che noi vorremmo introdurre.

Pertanto, insistere per l'approvazione di questa riforma senza i necessari contemperamenti (e di principio e di spesa) significherebbe soltanto continuare in una morbosa pratica illusionistica. Dire che la preven-

zione e l'assistenza sanitaria del cittadino sono ormai un fatto compiuto senza rappresentare al paese le reali difficoltà, significa continuare ad alimentare quella sfiducia nelle istituzioni che già ampiamente serpeggia a seguito delle prove negative già fornite in tante e tante altre occasioni. La corrosione del sistema discende anche e soprattutto dalla corrosione delle libere professioni e della fiducia del cittadino verso le istituzioni.

Ci è stato testimoniato che Rousseau, allorché scrisse *Il contratto sociale*, era animato da tanta buona fede e da tanta illusione nelle capacità ottimali dell'uomo solo perché scrisse nel momento in cui l'uomo stava rompendo catene secolari. È vero, ma l'uomo non è certo diventato migliore solo perché Rousseau ha scritto *Il contratto sociale*. E non vorrei che anche noi, nel momento in cui stiamo rompendo le arcaiche catene di una superata concezione assistenziale, imperfetta ed ineguale, commettessimo lo stesso errore: la fabbrica delle illusioni — ha scritto Pareto — ha sempre e soltanto distrutto, mai creato.

Onorevoli colleghi, questa legge va rivista, modificata, corretta; va riportata nell'ambito del vero e del reale, nell'ambito di quel sistema di libertà e di progresso che è proprio di un sistema democratico parlamentare, quale continuazione di una visione storica che affonda le sue radici nei momenti stessi dell'evoluzione dell'uomo europeo, così come si è realizzata nel corso di secoli di conquiste, di lotte, di affrancazione.

Questa legge non deve essere il fiore all'occhiello di un sistema che non riesce ad uscire dalle contraddizioni che caratterizzano tutte le società in profonda crisi; un sistema che, attraverso questa legge, voglia salvare la propria coscienza: non tentiamo di contrabbandare, con la riforma del servizio sanitario, merce diversa, magari ideologica, in nome della quale aumentare poi, nel momento della non applicazione, la disperazione dell'animo umano, già estremamente teso e volto alla sfiducia.

È stato scritto che l'ira peggiore è sempre quella del « buono » e il cittadino italiano ancora oggi vuole ritrovare la fiducia nello Stato e nelle sue leggi, per ritrovare se stesso. Per questo abbiamo il dovere di dargli una legge giusta ed efficiente.

Se così non faremo, non solo avremo chiesto al « buono » un ulteriore sacrificio non compensato da un miglioramento di

servizi e di assistenza, ma avremo anche ulteriormente ristretto l'area politica ed economica della libertà, sia dei singoli sia delle categorie sociali.

E l'area della libertà in Italia, onorevoli colleghi, è già oggi un vestito troppo stretto per un popolo troppo gonfio di sfiducia e di smarrimento (*Applausi dei deputati del gruppo Costituente di destra-democrazia nazionale*).

Presentazione di un disegno di legge.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Chiedo di parlare per la presentazione di un disegno di legge.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Mi onoro presentare, a nome del ministro degli affari esteri, il disegno di legge:

« Ratifica ed esecuzione della convenzione tra l'Italia e la Svizzera concernente la protezione delle acque italo-svizzere dall'inquinamento, firmata a Roma il 20 aprile 1972 ».

PRESIDENTE. Do atto della presentazione di questo disegno di legge, che sarà stampato e distribuito.

Si riprende la discussione.

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

FORNI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, la discussione in Assemblea del testo unificato predisposto dalla Commissione igiene e sanità sulla riforma sanitaria rappresenta uno degli avvenimenti politici più significativi ed importanti di questa legislatura.

Il dibattito sulla riforma sanitaria ha visto come protagonisti, accanto alle forze politiche, le regioni, gli enti locali, le organizzazioni degli operatori sanitari, ma soprattutto i lavoratori che, fin dal 1968, avevano indicato, come obiettivo primario, una più democratica e partecipata gestione dei problemi della salute. Non è senza significato che alle aspettative di tanti anni, che già cominciavano a generare un certo scet-

ticismo, sia stata data una prima risposta positiva nel momento in cui le forze democratiche del nostro paese sono impegnate, in Parlamento, a tradurre in atti concreti un programma politico-economico concordato.

Pur non essendo la riforma sanitaria uno dei punti previsti dall'accordo programmatico del luglio scorso, il suo avvio è stato favorito indubbiamente dall'intesa raggiunta, anche per le strette connessioni esistenti tra questo problema ed il riassetto dei poteri locali all'interno dello Stato, oggetto dei provvedimenti attuativi della legge n. 382.

Il lavoro della Commissione igiene e sanità ha preso le mosse dal disegno di legge di iniziativa governativa e da varie proposte di legge di iniziativa parlamentare, sui quali si è operato un confronto approfondito, che ha permesso la costruzione paziente di un testo unificato che, lungi dal rappresentare un aggiustamento fra le varie posizioni, realizza un disegno di riforma sanitaria organico, coerente con l'impianto istituzionale in via di attuazione, chiaro negli obiettivi, preciso nelle indicazioni dei meccanismi di applicazione.

Vorrei qui ricordare al collega onorevole Cerquetti che le scelte fatte a proposito dell'affidamento delle funzioni ai comuni nascono proprio dal rispetto di una norma già in vigore nel nostro paese: mi riferisco al decreto del Presidente della Repubblica n. 616. Non era quindi possibile alla Commissione operare scelte diverse. Pertanto, le posizioni di qualsiasi forza politica, non possono essere contrabbandate come cedimenti, ma devono essere considerate come scelte responsabili.

Il testo all'attenzione della Camera prevede un nuovo assetto dell'assistenza sanitaria, superando gli inconvenienti della precedente legislazione in materia che, pur intrinsecamente valida, non produceva conseguenze pienamente soddisfacenti poiché, disciplinando singoli aspetti, metteva in crisi il sistema preesistente, senza prevederne un effettivo superamento. Si pensi alla legge 17 agosto 1974, n. 386 sull'avvio della riforma sanitaria, che ha affidato le competenze in materia ospedaliera alle regioni senza prevedere un adeguato finanziamento, e soprattutto senza poter garantire un collegamento con l'attività degli enti mutualistici, responsabili di servizi di medicina di base e di medicina specialistica, con un conse-

guente scoordinamento sul piano operativo che, di fatto, ha portato ad un aumento sensibile della spesa ospedaliera nel nostro paese.

Anche la fissazione di un termine per lo scioglimento degli enti mutualistici, se è stata positiva come affermazione di una volontà politica effettiva di cambiamento, ha aperto, di fatto, un periodo di transizione in cui gli stessi enti, per una serie di preoccupazioni anche comprensibili, hanno finito per dequalificare ulteriormente le loro prestazioni. Di conseguenza, lo stato di disagio tra i lavoratori e tra i cittadini è andato aumentando, anche per l'incertezza del futuro riguardo alla possibilità di passare ad un nuovo sistema. Il timore del protrarsi a lungo del periodo di transizione è diminuito, però, con l'approvazione della legge n. 349 del giugno scorso, che ha deciso tra l'altro, in modo definitivo, lo scioglimento delle mutue e il passaggio delle competenze alle regioni, cui sono stati riconosciuti i poteri di coordinamento delle strutture dei servizi sanitari sul territorio.

La pubblicazione, infine, nel luglio scorso del decreto del Presidente della Repubblica n. 616, fissando il termine del 1° gennaio 1979 per il passaggio delle funzioni amministrative in materia sanitaria alle regioni ed agli enti locali, ha reso urgente l'approvazione di una legge-quadro che, con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, garantisca su tutto il territorio un indirizzo unico nella gestione dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, anche al fine di assicurare ai cittadini livelli assistenziali uniformi.

L'impegno con cui la Commissione sanità ha operato è rispondente pertanto anche alla urgenza della situazione presente, che non consente ritardi, pena il prolungarsi dello stato di provvisorietà, che resta carico di contraddizioni e tende a produrre tensioni sia tra gli operatori del settore, sia tra gli utenti.

Il maggior pregio del testo al nostro esame sta nel modo del tutto nuovo e diverso rispetto al passato di gestire i problemi della salute. Si è pensato talvolta che fosse sufficiente accrescere il volume delle prestazioni o tendere alla loro qualificazione per ottenere risultati positivi, dimenticando che essenziale era invece la modifica del sistema e dei meccanismi con cui le prestazioni erano erogate.

Una estraneità effettiva degli utenti dalla gestione dell'assistenza sanitaria ha avuto

come conseguenza che questi, considerandosi esclusivamente degli assistiti, hanno portato avanti richieste in termini di aumento quantitativo degli *standards* assistenziali, di cui non si sentivano responsabili né nella gestione, né nella quantificazione dei costi. La carenza di coordinamento tra gli interventi sul territorio degli enti locali, delle mutue e degli ospedali e la mancanza di una corresponsabilizzazione degli utenti nella gestione dei servizi hanno prodotto, pertanto, un sistema costoso e non soddisfacente.

Il progetto di legge in esame, invece, si pone in modo innovativo e richiede un cambiamento della mentalità, a cominciare dalla individuazione degli obiettivi del servizio. La promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica dei cittadini devono essere assicurati prima di tutto dalla formazione di una moderna coscienza sanitaria, sulla base di una adeguata educazione del cittadino e della comunità. L'enunciazione è chiara ma la sua attuazione non facile, perché comporta un lavoro immane che deve recuperare tempo perso, superare concezioni errate, paure radicate in larghi strati della popolazione.

Si tratta, infatti, non solo di favorire una educazione sanitaria soddisfacente, ma di rendere consapevole ciascuno del proprio corpo, perché possa capire tutto ciò che riguarda la propria salute. Si tratta di far assumere alle comunità di base, ed alla scuola in particolare, funzioni di educazione e di responsabilizzazione nel campo della salute.

Tra gli obiettivi primari del sistema viene giustamente posta la prevenzione, intesa non solo nel suo aspetto sanitario, ma come complesso di interventi sull'ambiente di vita e di lavoro, allo scopo di assicurare più elevati *standards* di vita. Già queste due enunciazioni, premesse agli obiettivi tradizionali dell'assistenza sanitaria, danno il senso esatto del nuovo « taglio » culturale che la riforma vuole portare avanti.

La prevenzione, la cura e la riabilitazione tengono conto del periodo di vita di ciascun cittadino (dal bambino all'anziano), per cui debbono essere interessati alla loro attuazione la famiglia, la scuola, la fabbrica e l'ente locale. E qui si innesta, pertanto, il discorso sul nuovo assetto del sistema sanitario. La funzione di garantire l'assistenza sanitaria viene attribuita dal testo in esame ai comuni: si tratta di una scelta politica di grande rilievo, coerente — lo ripeto — con il decreto del Presidente

della Repubblica n. 616, che è stata operata non senza oscillazioni.

Da qualche parte ci veniva suggerito che l'efficienza del sistema avrebbe richiesto la attribuzione delle funzioni amministrative in materia alle sole regioni, che avrebbero poi articolato il servizio sul territorio, garantendo con un indirizzo unitario una organizzazione efficace. I comuni potevano essere corresponsabilizzati, sì, ma nella fase della proposta e del controllo, attraverso propri rappresentanti negli organi di gestione territoriale. La subalternità dei comuni, in questo caso, era evidente, ed altrettanto evidente era il pericolo di una burocratizzazione e di un accentramento del sistema in sede regionale. Le regioni, inoltre, avrebbero svolto funzioni organizzative anche minute, a tutto scapito delle funzioni di indirizzo, coordinamento ed alta amministrazione dei servizi e del personale. Ne conseguiva un ulteriore impoverimento politico dei comuni che finivano per divenire essi stessi organi burocratici, privi di capacità autonoma.

La scelta fatta, certamente, non è senza rischi, sia per l'attuale frammentazione delle realtà comunali, sia per l'impoverimento che talvolta si nota nei quadri dirigenziali, politici ed amministrativi dei comuni, sia infine per la tendenza a delegare le funzioni ad entità sovracomunali, senza garantire poi un collegamento stretto tra i comuni e le entità stesse (comprensori, consorzi e comunità montane). La scelta è però l'unica possibile se si vuole assicurare il contesto di autonomie volute dalla Costituzione, in attesa di una nuova legge delle autonomie locali che risolva molti problemi aperti fra cui quello dell'aggiornamento delle competenze e quello dell'ente intermedio tra regione e comune.

I comuni e le comunità montane eserciteranno le funzioni amministrative loro attribuite attraverso le unità sanitarie locali che assicureranno presenza ed efficienza del servizio su tutto il territorio, anche con la opportuna articolazione in distretti sanitari.

Le regioni definiranno gli ambiti delle unità sanitarie locali con riferimento a parametri di popolazione fra 50 mila e 200 mila abitanti, come previsto dall'articolo 14 del testo in esame, ed emaneranno norme sul funzionamento delle unità stesse e sulle competenze e composizioni dei relativi organi di gestione.

Ciò che mi preme sottolineare è il fatto che, prevedendo le unità sanitarie locali come strumenti operativi dei comuni e come

complessi di strutture e di servizi, si sia evitato di creare nuovi enti e si sia invece garantito che il rapporto tra gli organi di gestione delle unità sanitarie locali e gli organi elettivi del comune sia strettissimo, in modo da evitare una deresponsabilizzazione dei corpi amministrativi comunali in una materia tanto importante.

Anche per l'associazione tra comuni, compresi nell'ambito di un'unica unità sanitaria locale, non si è voluto espressamente fare riferimento allo strumento del consorzio, così come è disciplinato dal testo unico del 1934, ma si è lasciata alla legislazione regionale la possibilità di individuare nuove forme di associazione, più rispondenti alle attuali esigenze di partecipazione. Egualmente non si può non sottolineare la positività del coinvolgimento nei grandi centri, per la gestione delle unità sanitarie locali, dei consigli di circoscrizioni che ai sensi della legge n. 278 del 1976 sono organismi democratici, eletti a suffragio universale, dotati di funzioni proprie e delegate dal comune per il loro territorio.

L'attribuzione delle funzioni sanitarie e di gestione delle unità sanitarie locali alle comunità montane ha anch'essa una sua precisa logica: mira ad evitare la disomogeneità di ambiti territoriali relativi alla gestione di servizi tra loro collegati. A questo proposito, sarà necessario che le regioni, in ottemperanza a quanto stabilito dal terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616, unifichino sul territorio la gestione dei servizi sociali con quelli di assistenza sanitaria e con quelli relativi al diritto allo studio, facendo coincidere con l'unità sanitaria locale non solo le comunità montane, ma anche i distretti scolastici, che hanno tra l'altro compiti in materia di medicina scolastica e di assistenza psicopedagogica.

L'organizzazione dei servizi, gestiti dagli appositi comitati, dovrà vedere anche la partecipazione diretta degli utenti, degli operatori del settore e delle forze sociali, come è prescritto dall'articolo 13. Non si è voluto — a mio avviso opportunamente — individuare nella legge di riforma schemi rigidi per la partecipazione, ma si è preferito lasciare la definizione degli strumenti alla legislazione regionale e agli enti locali, anche per rispettare le modalità previste dai singoli statuti regionali.

Resta fermo, però, che la partecipazione diretta degli utenti è finalizzata a dare pareri e suggerire criteri per la program-

mazione a livello locale dei servizi sanitari e a controllare la loro efficacia e rispondenza agli obiettivi della programmazione sanitaria, sia regionale sia nazionale. Non si tratta di promuovere forme di assemblarismo, ma di trovare mezzi efficaci per responsabilizzare utenti, forze sociali e operatori in uno dei settori più delicati della vita del paese. Poiché nell'articolo 13 si fa riferimento anche alla legge n. 278 del 1976 sul decentramento amministrativo, si può pensare anche all'opportunità di una elezione diretta di questi organismi, per evitare che essi ripetano meccanicamente le rappresentanze politiche degli organi elettivi comunali e dei comitati di gestione.

Essi devono avere una effettiva capacità di collegarsi agli organi gestionali nella fase di programmazione e di controllo, promuovendo una, responsabilizzazione dei componenti per non frustrare la volontà partecipativa che non è difficile ritrovare nel nostro paese, ma è purtroppo facile anche scoraggiare, quando la partecipazione stessa è vanificata in una democrazia solo formale ed incapace di produrre effetti, come stanno a dimostrare esperienze poco consolanti presenti sia negli organi di decentramento sia in quelli di gestione della scuola. Pensare oggi di sollecitare i lavoratori a responsabilizzarsi senza dare un peso effettivo alla loro presenza, significa far perdere credibilità alle nostre istituzioni democratiche.

Questo disegno istituzionale non solo è logico, non solo è corretto, ma — a mio avviso — è in grado di migliorare il sistema. L'unificazione sul territorio di tutti i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione consentirà di collegare la prevenzione con la medicina di base e specialistica, e queste con l'assistenza ospedaliera e riabilitativa.

In particolare, la gestione degli ospedali da parte delle unità sanitarie locali servirà a dare una qualificazione più alta a questi presidi, assicurando più accurati filtri, si otterrà poi una riduzione dei ricoveri, con la possibilità per gli ospedali di svolgere un lavoro specializzato nel settore della cura, divenendo nell'ambito territoriale punti di riferimento anche per le altre attività, con una utilizzazione migliore di strutture e di personale.

Per quanto riguarda ancora gli ospedali e gli altri presidi sanitari, il progetto in esame non ha voluto sottrarre alla gestione delle unità sanitarie locali competenti per territorio i presidi multizonali (ospedali

provinciali e regionali, generali e specialistici, laboratori, eccetera), prevedendo invece forme particolari di gestione, fra cui una integrazione dei comitati di gestione e procedure di consultazione delle unità sanitarie locali interessate.

La scelta è difficile, ma è l'unica possibile se non si vogliono, surrettiziamente, ricostituire gli enti ospedalieri; né in questo momento di incertezza l'affidamento della gestione all'ente intermedio poteva ritenersi una soluzione logica e coerente con il disegno istituzionale previsto.

Con il coordinamento territoriale si tende a far sparire doppioni, evitando una utilizzazione parziale di mezzi e apparecchiature ed una presenza non programmata di operatori sanitari. La possibilità di funzionamento del sistema è condizionata dalla esistenza di una efficace programmazione a livello nazionale e regionale. Il testo in esame prevede correttamente gli strumenti della programmazione a livello nazionale, che deve essere costruita con l'apporto diretto del Consiglio sanitario nazionale — in cui sono rappresentate tutte le regioni — e degli organi centrali dello Stato, e che deve stabilire i livelli minimi di assistenza su tutto il territorio nazionale e i mezzi per garantirli, evitando che regioni e comuni si trovino destinatari di deleghe e funzioni che poi non sono in grado di esplicare.

Non voglio qui addentrarmi nel problema del finanziamento del servizio sanitario nazionale, perché altri lo faranno dopo di me portando dati precisi; ma è certo che il sistema a cui vogliamo dar vita può consentire una utilizzazione migliore dei fondi che oggi vengono spesi. Si tratta di 10.500 miliardi, cui si aggiungono 900 miliardi degli enti locali che oggi sono utilizzati non sempre razionalmente e che potranno produrre un servizio qualitativamente migliore se spesi in un quadro programmatico con obiettivi precisi, fra i quali merita particolare attenzione quello della eliminazione degli squilibri fra situazioni territoriali diverse. La programmazione, attraverso piani biennali, dovrà assicurare, infatti, che le regioni economicamente depresse non siano anche quelle dove il servizio è più carente e inadeguato.

Nella fase di attuazione, al fine della programmazione, dovrà — a mio avviso — essere garantito un censimento delle strutture pubbliche di prevenzione, cura e riabilitazione, un censimento delle convenzio-

ni in atto con strutture non pubbliche, una ricognizione del personale operante nelle strutture attuali, sia con rapporto di dipendenza sia con rapporto di convenzione, in modo che le regioni possano predisporre, fin da ora, delle ipotesi di piano triennale, per il 1979-1981, che veda una razionale ed adeguata utilizzazione dell'esistente.

Per quanto riguarda le convenzioni, ritengo che si debba verificare l'efficienza e la qualificazione delle strutture convenzionate per valutare il loro apporto nell'ambito del piano sanitario regionale. Sappiamo che, specie nel settore della riabilitazione, in carenza di strutture pubbliche, si dovrà ricorrere a strutture di proprietà di enti. Ritengo urgente che, prima dell'entrata in vigore della riforma, il Ministero della sanità, di intesa con le regioni, predisponga una classificazione delle strutture, anche per adeguare l'entità delle rette agli *standards* di riabilitazione e di assistenza che vengono assicurati dai singoli istituti. Non si può, infatti, avviare un nuovo metodo di gestione se non si pongono le strutture convenzionate, per quanto riguarda il finanziamento, alla pari con quelle pubbliche, pena il loro decadimento, e quindi la loro non rispondenza alle finalità del servizio sanitario.

Non voglio qui affrontare altri aspetti della questione che saranno trattati con molta competenza dai miei colleghi. Desidero, in conclusione, esprimere un giudizio globalmente positivo sul testo di riforma al nostro esame. La democrazia cristiana non può che riconoscersi pienamente — specie per l'assetto istituzionale — nelle proposte formulate, che sono coerenti con la sua tradizione di difesa e promozione delle autonomie locali; così come si riconosce in tutte quelle scelte che mirano a promuovere e tutelare la salute dei singoli cittadini, nel pieno rispetto dei diritti della persona umana.

Il progetto può essere ulteriormente precisato e migliorato; occorre però la volontà politica (e la democrazia cristiana ha dimostrato di averla) di condurre in porto la riforma in tempo utile per la sua entrata in vigore il 1° gennaio 1979. I tempi che le regioni devono utilizzare per legiferare nelle materie di loro competenza, e che il Governo deve impiegare per l'esercizio delle deleghe previste, non possono essere così ridotti da impedire l'espletamento di fasi essenziali per la riforma.

Auspico, pertanto, che le forze politiche favoriscano la sollecita approvazione del provvedimento in esame e si impegnino, nel frattempo, a mobilitare l'opinione pubblica sui problemi che esso implica. La riforma sanitaria ha bisogno, infatti, di una legge-quadro, ma ancor più di amministratori competenti e cittadini sensibili e pronti a tradurre in atto uno dei più importanti provvedimenti legislativi della storia della nostra Repubblica (*Applausi al centro*).

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

TRIVA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il collega Morini ha iniziato la sua relazione al testo di legge oggi in esame richiamando, in una corretta successione, alcuni articoli della Carta costituzionale. Ha ricordato preliminarmente l'articolo 32, e successivamente gli articoli 2, 3 e 41, per sottolineare i valori, i diritti, le libertà che la Costituzione riconosce e proclama, ed ha richiamato gli articoli 5, 117 e 118, per ricordare quale deve essere l'ordinamento del potere se non vogliamo che vi sia scarto e contraddizione tra l'affermazione di un diritto e la condizione politico-istituzionale che ne deve consentire il concreto esercizio.

Abbiamo apprezzato, e condividiamo pienamente, questo principale quadro di riferimento; anzi, di più: la nostra parte politica ritiene che uno dei valori principali del testo che l'Assemblea si accinge oggi a discutere (di certo perfettibile nel merito, come è perfettibile ogni testo) risieda proprio nella coerente e rigorosa saldatura che è stata voluta, praticata e realizzata tra gli obiettivi e le finalità del servizio sanitario — tra i contenuti, cioè, della riforma — e l'ordinamento dei poteri, la ripartizione e la collocazione ai diversi livelli dell'ordinamento centrale, regionale e locale, dei compiti e delle funzioni pubbliche che devono garantire obiettivi e finalità.

Riteniamo giusto sottolineare subito questo aspetto della riforma, per il suo significato generale, per la sua efficacia moltiplicatrice e per le conseguenze che ne deriveranno, oltre che per gli impegni nuovi che siamo chiamati ad assolvere come forze politiche su terreni ed in momenti ed aspetti della vita nazionale diversi da quelli specifici che riguardano la salute come fondamentale diritto dei cittadini.

Al testo predisposto riconosciamo quindi due fondamentali e contestuali meriti: da una parte, di dar corso finalmente alla costruzione di un sistema di sicurezza sociale, in alternativa al disordine attuale, rivolto a promuovere e garantire il benessere fisico e psichico dei cittadini; dall'altra, il merito di far fare un importante passo avanti allo Stato-ordinamento, decentrato e partecipato, come vuole la Costituzione; e di far fare, quindi, un passo indietro allo Stato-ente, allo Stato della giungla degli enti burocratici, che sono figli e pretoriani del centralismo, allo Stato della confusione istituzionale e dello spreco, che la Costituzione rifiuta ma che ha resistito per tanti anni nella nostra realtà nazionale.

Da questo giudizio generale discendono alcune riflessioni che riteniamo di sottoporre alla valutazione dei colleghi. La prima riguarda il significato che assume il fatto che l'intero arco delle forze costituzionali abbia raggiunto una sostanziale intesa quando si è trattato di individuare, di fronte al marasma, al disordine e alla intossicazione mercantile e consumistica, dei quali è carico il settore, la causa prima e principale di tutto questo.

Non è stata un'impresa facile, né è stato un compito semplice: le spinte e gli stimoli a ricercare soluzioni tecnicistiche od efficientiste, anche per l'urgenza di fermare spirali crescenti della spesa, o a prevedere minuziosamente tutto, dimenticando che è legge di riforma ma anche legge di principi per la legislazione regionale, o a distinguere tra efficienza e democrazia, o a dare risposte amministrative a problemi che sono e che restano politici, o a propositi di disegnare rigidi modelli organizzativi, validi *urbi et orbi*, sono pericoli che esistevano dietro l'angolo di ogni articolo. Dobbiamo riconoscere che tali pericoli sono stati, nella sostanza, sventati.

Diamo atto — e siamo soddisfatti di farlo — che la esistenza di molti testi ha significato una pluralità di apporti e di contributi e non ha rappresentato mai, o quasi mai, lo stimolo per acritici ed esasperati « patriottismi di proposta ». Riconosciamo che il testo licenziato dice, senza ombra di dubbio, che per uscire dalla condizione attuale e spendere meno e meglio, per elevare il livello delle prestazioni, per far crescere la coscienza sanitaria del paese e per dare valori nuovi e veri alla pro-

fessionalità e al ruolo di tutti gli operatori, medici e non medici, deve essere agitata e liquidata la « causa delle cause », che si è identificata, nella nostra realtà, per tanti anni, in una scelta politica che riteneva di poter tenere separati e che considerava separabili gli obiettivi della crescita sociale da quelli della riforma istituzionale, oltre ad un modo democratico di concepire i rapporti tra tutte le forze costituzionali.

Questo collegamento, invece, questa intima e intrecciata correlazione, rappresenta uno degli aspetti più qualificanti della intesa programmatica intervenuta nell'estate scorsa; ed insieme, l'impegno a praticare questa intesa, con il metodo del confronto e del rapporto franco, sul concreto, tra le forze politiche, che rappresenta il supporto generale dell'intesa, hanno dato e danno il quadro di riferimento della realtà nella quale si è collocato il nostro dibattito.

La legge n. 349 che, approvata a luglio, ha sciolto le mutue (mentre i partiti dell'arco costituzionale si incontravano per raggiungere l'accordo che è stato successivamente sottoscritto) e la legge n. 382, decisa subito dopo la firma dell'accordo, che ha corposamente completato l'ordinamento regionale degli enti locali (anche se non mancano oggi tentativi di recupero centralista sul terreno della destinazione delle risorse) rappresentano i due antefatti politici, entrambi collegati con la nuova (anche se ancora per noi inadeguata) condizione politica, che hanno aperto la strada alla soluzione che stiamo discutendo.

Penso che tutti riconosciamo che non si trattava di un problema semplice ed agevole e neppure di un settore libero da privilegi, clientele, incrostazioni e posizioni corporative. Se quindi l'intesa produce e ha prodotto su questo versante, mentre è meno produttore su altri qualificati ed essenziali versanti per il rinnovamento del paese, nonché per combattere la crisi, ciò significa in alternativa che o, negli altri casi, è scarsa o manca la volontà politica; ovvero può significare che l'intesa per quei problemi, per quanto importante, è ancora inadeguata, come noi affermiamo. Colleghi che avete partecipato e concorso alla formulazione di questo testo, pensiamo che una sollecita approvazione di questa riforma potrebbe rappresentare un contributo serio ed importante al superamento positivo dell'una o dell'altra inadeguatezza.

La seconda riflessione concerne l'esigenza che per ciascuno di noi si pone, se vogliamo comprendere pienamente i caratteri di fondo della riforma e valutare il grande impegno che ci attende in ogni sede istituzionale e nel paese: abiurare lo esistente, abiurare la condizione nella quale siamo vissuti, talvolta anche come utenti dell'attuale organizzazione sanitaria.

Tale condizione, se non rifiutata, potrebbe anche incidere sul nostro modo di affrontare il problema e giudicare la soluzione che è stata unitariamente licenziata dalla Commissione sanità. La riforma che ci accingiamo a discutere, onorevoli colleghi, è sostenuta da tre logiche principali e da quattro principi. Delle logiche la prima è rappresentata dall'unificazione, generale e totale, della materia: dalla prevenzione alla cura, alla riabilitazione di tutte le malattie, di qualunque causa ed origine, fisiche e psichiche. La seconda è rappresentata dalla riconduzione di tutta la funzione pubblica in materia (senza esclusioni) all'interno delle assemblee elettive. La terza, dalla semplicità e chiarezza dell'impianto istituzionale che sorregge il servizio sanitario nazionale.

I quattro principi (concordo con il collega Morini) sono dati dalla globalità delle prestazioni; dall'universalità dei destinatari; dall'eguaglianza di trattamento; dalla tutela del diritto alla dignità ed alla libertà della persona umana.

Come tutti comprenderete, il salto qualitativo nei confronti dell'attuale situazione è netto e secco: concerne non solo la risposta nuova che così viene fornita alla domanda che su questo problema, da tanto tempo, ha posto il paese; ma investe anche il carattere ed il ruolo nuovi che verranno ad assumere, dopo la riforma, le regioni ed i comuni; così come investe le modifiche che dovranno intervenire pur nel nostro modo di legiferare su queste materie e di assolvere i compiti di direzione politica generale da parte dei corpi dello Stato, al fine di accrescerne l'autorevolezza e di rafforzare l'unità della Repubblica, salvando e sviluppando il ruolo delle regioni e la funzione delle autonomie.

Ciò interessa ed investe la posizione e la funzione degli operatori sanitari; si rifletterà sui caratteri cui dovrà ispirarsi la stessa riforma dell'assistenza, specialmente dopo che il decreto n. 616 ha stabilito per legge l'esigenza di identificare ambiti territoriali unici per l'esercizio delle fun-

zioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e sociale; interessa ed investe l'esercizio di ogni altra funzione o potere, collegati o collegabili nel territorio, nella produzione, nella alimentazione, nel vivere complessivo, con i problemi del benessere fisico e psichico dei cittadini, perché realizza la riforma e dà spazi nuovi a quel carattere di interdisciplinarietà che è proprio della materia sanitaria; interessa ed investe la programmazione di numerosi settori produttivi, chiama in causa l'ordinamento universitario e la ricerca scientifica, propone e colloca in una nuova meccanica istituzionale il problema gravissimo della spesa, della sua riqualificazione, della sua riduzione e di un suo rigoroso controllo.

Ecco perché, colleghi, ho detto prima che siamo in presenza di una riforma che reca in sé una grande carica moltiplicatrice di effetti di rinnovamento. Su molti di questi problemi il testo della riforma interviene direttamente, per alcuni prevede successivi atti legislativi, per altri ancora il servizio sanitario rappresenterà uno stimolo ed un acceleratore. Non intendo certo soffermarmi su ognuno di questi aspetti della riforma; reputo però necessario, in questa sede, richiamare l'attenzione dei colleghi su alcune risposte che sono state date ad intrecciati e complessi interrogativi che la riforma poneva e pone, mentre su altri problemi si soffermeranno alcuni colleghi del mio gruppo. La prima riguarda le modalità ed i tempi con cui il provvedimento prevede di ricondurre ad unità ciò che oggi è frazionato e settorializzato, di rendere orizzontale ed aperto quello che oggi interviene in modo verticale e chiuso; e come la legge prevede di cambiare tutto senza fermare niente. La seconda riguarda le modalità con cui la legge si propone di elevare la qualità e l'efficacia del servizio senza aumentare la quantità delle risorse che già oggi vengono assorbite dal settore sanitario in misura troppo rilevante.

Al primo degli interrogativi la legge risponde con la chiarezza e la semplicità dell'impianto istituzionale: ogni livello istituzionale ha compiti chiaramente definiti e precisati; chiara e precisa quindi è la sede di responsabilità in ordine a questa o a quella funzione di ogni livello istituzionale. Il servizio sanitario nazionale, colleghi, non è concepito come un corpo separato e distinto, come una sorta di azienda autonoma o di ente nazionale. Il servizio sanitario nazionale è, molto più semplicemente — ma

si tratta di una semplicità essenziale — l'esercizio ordinato e coordinato dalle funzioni che nella materia competono, secondo la Costituzione e le leggi della Repubblica, ai diversi livelli istituzionali (organi centrali dello Stato, regioni, comuni). Allo stesso modo l'unità sanitaria locale non è un'azienda municipalizzata o un qualcosa che sia in rapporto di alterità nei confronti del comune ma, molto più semplicemente, è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni singoli ed associati i quali, in un ambito territoriale determinato, realizzano la finalità del servizio sanitario nazionale, come dice appunto la legge. Da questa impostazione discendono e derivano organi centrali preposti alla legislazione nazionale di principio, all'indirizzo ed al coordinamento, alla programmazione, quindi alla direzione politica generale; una regione liberata da ogni funzione gestionale, destinata al suo ruolo di corpo politico legislativo e programmatico, una regione, cioè, che governi e non amministri; un comune collocato appieno nel suo ruolo di sede naturale di esercizio di tutte le funzioni amministrative e di gestione che riguardano il servizio. Tutto quello che cala oggi sul territorio in modo distinto, per categorie, per malattie, per compiti, tutto quello che è separato ed incomunicante, e tante volte concorrente — basti pensare alla concorrenza di interessi tra ospedali e mutue, soprattutto in presenza di una diffusa spedalizzazione —, tutto quello che è diviso viene condotto ad una unica sede di esercizio del potere e di assunzione delle relative responsabilità, comprese quelle della spesa; alla categoria viene sostituito il territorio, alla diversità della malattia la generalità dei cittadini.

Portare tutto questo a regime, come si usa dire, con brutta espressione, non è un'impresa semplice. La riforma, però, non parte dall'anno zero, in primo luogo perché si riferisce all'ente comune, che già opera nella materia e che per sua natura opera in termini generali nel territorio ed in senso orizzontale; in secondo luogo perché il processo di aggregazione intercomunale è già stato avviato dalle regioni quasi in ogni parte del paese; in terzo luogo perché l'assistenza ospedaliera è già oggi prestata orizzontalmente, e perché le mutue sono già state sciolte ed è iniziato il processo di impiego razionale di tutti i presidi e di tutte le strutture mutualistiche; ed infine perché la soluzione data tende a

mobiliare tutte le energie istituzionali, chiama in causa tutti i comuni e i loro organi di partecipazione e di decentramento, si avvale degli apporti di tutta l'esperienza del personale che ha operato nel settore, lascia aperti gli spazi al volontariato e si fonda sulla partecipazione degli operatori e dei cittadini.

Un aspetto particolare di questa complessa ma, se mi consentite, entusiasmante operazione, è quello che riguarda il personale medico e non medico che da una infinita serie di enti e di condizioni contrattuali o di convenzione affluirà nel servizio. Interverrà su questo problema un altro collega di gruppo. Io voglio solo dire in questa sede che si tratta di un grosso problema, essenziale per la riforma, e per il quale il testo prevede soluzioni rivolte non solo a non disperdere alcuna frazione di tutto il patrimonio di conoscenze che è stato accumulato, ma ad attribuire e ad assicurare un ruolo qualificante a tutti gli operatori del servizio, una valorizzazione della professionalità, una estesa responsabilità.

Il secondo interrogativo riguarda il modo di qualificare la spesa: come spendere meno e come spendere meglio. La Commissione sanità ha dedicato a questo problema una viva ed impegnata attenzione. La situazione di partenza, come è noto, è pesante e disordinata, carica di sprechi e di costi inutili; non solo, ma non ha funzionato da regolatore parziale, come avrebbe dovuto e come è urgente che avvenga a far tempo dal 1978, lo stesso fondo ospedaliero. Non ripeterò i dati sulla spesa (sono ormai arcinoti), e neppure disaggregherò il volume complessivo. La premessa che ha guidato il nostro gruppo (e, devo dire, anche altri) è che la soluzione non può essere affidata ad un articolo, per quanto minuzioso e severo, o, tanto meno e tanto peggio, ad una indiscriminata pioggia di *tickets*. La soluzione, piuttosto, deve essere ricercata — ed è stata ricercata e trovata — in una scelta ed in una coerenza che devono sostenere da una parte tutto l'articolato, ma che dobbiamo ritrovare, dall'altra, nei comportamenti di tutti, e qualsiasi livello istituzionale. Dare una soluzione o un'altra al problema dei farmaci significa aumentare o diminuire la spesa; chiedere un contributo per i farmaci, ma prevedere soluzioni che impongono enormi carichi burocratici, pesanti e costosi, significa mettere la palla al piede alla riforma ed al servizio, e non

migliorarne la condizione; protestare per la dimensione complessiva della spesa sanitaria e non essere rigorosi nelle trattative contrattuali e per le convenzioni mediche significa lavorare contro e non per la riforma. Stiamo attenti, su questo terreno, perché la strada di monetizzare l'esigenza di ottenere consenso e partecipazione non ha mai portato a conclusioni positive e non porterebbe a conclusioni positive neppure in questa occasione. Pagare nel 1977 quanto mancava nel fondo ospedaliero del 1976, ma rinviare al 1978 il pagamento di oltre 2 mila miliardi che mancano nel 1977, significa aumentare la spesa di circa 300-400 miliardi per interessi dovuti a banche o fornitori, e significa rendere praticamente impossibile ogni controllo serio ed efficace. La riforma unifica, colleghi, in tempi ravvicinati, i centri di spesa: e questa è la prima ed essenziale condizione per fare ordine e per praticare sul serio un controllo che sia democratico, affidato cioè alla partecipazione e alle assemblee elettive; ed è anche la prima condizione per razionalizzare, per formare gli investimenti inutili, per concentrare nel Mezzogiorno le risorse necessarie ad unificare sul piano nazionale il livello delle strutture e dei servizi e per utilizzare appieno le strutture e i servizi esistenti.

Il servizio può migliorare ed estendersi negli spazi della prevenzione senza spendere in più una sola lira, ma una più efficace prevenzione agisce come riduttore e non come moltiplicatore della spesa.

La seconda condizione è quella che il fondo sanitario nazionale sia ordinato secondo una logica diversa da quella seguita per il fondo ospedaliero, fino alla fiscalizzazione ed indipendentemente da questa. Il bilancio dello Stato deve prevedere nella parte spesa l'intero importo di quanto destinato al servizio sanitario, secondo le previsioni del piano programmatico disposto dal Parlamento, e deve fare propri, nella parte entrate, tutti i contributi dovuti dai diversi rapporti assicurativi.

La terza condizione, contestuale alle altre — ed io direi la prima delle condizioni —, è la programmazione triennale nazionale e regionale che l'articolato prevede nella parte della legge che disciplina l'attuazione del servizio. Abbiamo previsto un tetto di spesa, convinti che i meccanismi di controllo e gli sbarramenti che sono stati previsti consentano di rispettarlo. Abbiamo anzi

previsto, nel primo triennio, una riduzione della incidenza percentuale della spesa sanitaria sul prodotto nazionale lordo. Sono stati disposti come atti obbligatori controlli trimestrali della spesa ed un obbligo di pareggio dei bilanci delle unità sanitarie locali.

Tutto questo vale ed è importante, a condizione, però, che vi sia coerenza di comportamento sia per quanto si riferisce alla esigenza di procedere rapidamente, subito dopo approvata la riforma, alla elaborazione del primo piano nazionale triennale, sia nelle trattative contrattuali che sono attualmente in corso. È stato inoltre affidato alla programmazione stessa il compito di individuare le fasi della graduale unificazione dei livelli delle prestazioni e di indicare le fonti per la necessaria copertura della spesa.

Onorevoli colleghi, un collega del Senato, che nella passata legislatura si è occupato qui alla Camera, con indubbio impegno, della riforma sanitaria, dando un positivo apporto alla conclusione dei lavori della Commissione sanità, ha scritto questa mattina sull'organo della democrazia cristiana: « Il disegno di legge, approvato dalla Commissione sanità della Camera in sede referente, oggi, entra, finalmente, in aula. Tale fatto potrebbe essere considerato un momento della normale procedura legislativa, mentre esso assume un alto significato perché, per la prima volta in questi trent'anni, la riforma passa, compiutamente, dal paese al Parlamento ».

Siamo d'accordo con queste affermazioni del collega senatore Rampa, anche se sarebbe giusto chiedersi perché siano stati necessari tanti anni per portare avanti una riforma importante non solo sul piano sociale, economico ed istituzionale, ma anche su quello della affermazione e della realizzazione nel paese di valori di grande peso civile, umano e sociale, di grande peso per la nostra società, per il quadro dell'azione politica, dello sviluppo economico e dei rapporti fra i cittadini.

Il senatore Rampa conclude il suo articolo con una affermazione estremamente significativa; egli sottolinea che « se una riforma democratica ha successo soltanto se garantita da un generale consenso, fondato su coerenti e coraggiose scelte personali, più che mai per la riforma sanitaria la partecipazione organizzata delle forze politiche e sociali e la partecipazione profondamente responsabilizzata di ciascuno e di tut-

ti, restano condizione vitale per il successo del cambiamento che perseguiamo. In questo quadro» — dice Rampa — «di precisa consapevolezza e di riaffermata volontà politica, siamo convinti che dobbiamo costruire insieme la riforma».

Ebbene, colleghi, il gruppo comunista ha costruito insieme ad altre forze il testo che è all'esame dell'Assemblea. Parteciperà con lo stesso spirito e con lo stesso impegno alla discussione e all'approvazione di questo testo, e parteciperà con lo stesso impegno e con lo stesso spirito all'attuazione della riforma nelle istituzioni e nel paese (*Applausi all'estrema sinistra — Congratulazioni*).

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

TIRABOSCHI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, dirò subito che, a giudizio dei socialisti, il testo elaborato dalla Commissione igiene e sanità è da considerarsi largamente positivo. Voglio aggiungere, a questo proposito, che non era facile, su una materia tanto complessa e aggrovigliata e di così vasta incidenza sulle condizioni sociali della popolazione, raggiungere una intesa politica e offrire uno sbocco alle lunghissime attese del paese.

Anche se la riforma sanitaria giunge all'approvazione del Parlamento con anni di ritardo — anni di ritardo che, diciamo francamente, hanno pesato e pesano sulla evidente degradazione dell'attuale sistema — è per noi socialisti motivo di soddisfazione, dopo tante lotte e dopo aver dato in questo settore un contributo primario dal punto di vista culturale e politico, constatare che una legge-quadro ha superato lo scoglio della XIV Commissione per giungere al vaglio dell'Assemblea.

Questa premessa, che è un solido punto di partenza ed ha per noi un indubbio valore politico, deve, però, essere seguita da un giudizio compiuto e dettagliato sul testo licenziato dalla Commissione, giudizio dal quale emergono zone d'ombra piuttosto marcate e non secondarie.

Non c'è alcun dubbio che nel testo al nostro esame — e noi lo vogliamo dire con estrema chiarezza — vi è traccia della sopravvivenza di vecchie mentalità, della concezione che si può e si deve riformare senza, tuttavia, trarre tutte le conclusioni logiche e necessarie di una seria azione riformatrice, del tentativo di ricercare un con-

senso generale e generalizzato che non sempre, anzi quasi mai, corrisponde alla chiarezza delle norme e alla loro efficace e nitida applicazione.

Il rilievo, per esempio, è pertinente in rapporto alla soluzione che è stata data alla questione dell'attività prevenzionale che, a nostro giudizio, è, o dovrebbe essere la novità più rilevante e di maggiore significato sociale del nuovo servizio sanitario nazionale; ma su questo tema tornerò dopo, così come parlerò successivamente delle spinose questioni del personale medico e non medico.

Intanto appare importante sottolineare che, a nostro giudizio, tre sono i punti base del nuovo assetto sanitario, punti che, come è stato ricordato (ma va sottolineato), pongono enormi questioni di gestione, specie nella cosiddetta fase di passaggio dal vecchio al nuovo sistema.

Il primo punto riguarda il nuovo impianto istituzionale, che spazza via, secondo la vecchia impostazione dei socialisti, la molteplicità di enti e di competenze centralizzate, e che, assegnando alle unità sanitarie locali funzioni primarie, sia nel campo della cura sia nel campo della prevenzione (anche se, a quest'ultimo proposito, in modo incerto) e della riabilitazione, dà sostanza al disegno del decentramento delle funzioni e dei poteri.

Da questo punto di vista, la riforma sanitaria è coerente con la tematica costituzionale (come ricordava il collega Triva), che corposamente prese avvio (anche in questo caso con molto ritardo) con l'avvento delle regioni, e successivamente si irrobustì con una serie di provvedimenti, dei quali l'ultimo, in ordine di tempo ma non di importanza, è la legge n. 382 del 1975 con il conseguente decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977.

Il decentramento, che è garantito nell'impianto della riforma dalle unità sanitarie locali, espressione dei comuni, singoli o associati, ma dotate di autonomia funzionale, dovrà, attraverso le previste leggi regionali, essere accompagnato (ecco un altro punto importante per noi socialisti) da misure idonee dirette ad assicurare l'effettiva partecipazione (non soltanto dunque a titolo meramente consultivo) degli utenti e dei cittadini in generale alla gestione sul territorio della politica della salute.

È questo un aspetto che coglie l'esigenza, nello sforzo incessante e importante di

conseguire gli obbiettivi della riforma, di costruire, attraverso una permanente presa di contatto diretto dei cittadini con i problemi del funzionamento del servizio sanitario e con gli operatori del servizio medesimo, una nuova mentalità ed una nuova coscienza sanitaria, della quale abbiamo largo bisogno; nonché di favorire forme di verifica e di controllo delle scelte che mano a mano dovranno essere fatte.

Sappiamo che, come ha ricordato e sottolineato il relatore, sarebbe stato preferibile inserire e inquadrare il servizio sanitario nazionale in una realtà locale diversa da quella attuale. La mancata riforma della legislazione sugli enti locali, la mancata definizione del nuovo assetto delle autonomie e dei poteri locali, specie in relazione al comprensorio e all'ente intermedio, non facilitano il compito affidato alle regioni, che concerne l'applicazione — se volete, la ricostruzione — dell'assetto sanitario del paese.

Tali carenze però (lo vogliamo dire perché questo fatto ha rilievo politico) in nessun caso avrebbero potuto giustificare un ulteriore rinvio della riforma sanitaria; anzi, a nostro giudizio, proprio dalla sollecita approvazione della riforma in esame riprenderà forza l'esigenza di giungere ad una rapida azione legislativa che investa le autonomie ed i poteri locali in vista di una loro profonda riorganizzazione.

Il secondo punto che è alla base del nuovo assetto sanitario riguarda la scelta del metodo della programmazione: cosa non nuova, specie per noi socialisti; tema sul quale abbiamo tenacemente e lungamente insistito e che (e non soltanto in questo caso) non ha valore soltanto di per sé, ma acquista un enorme significato nel momento in cui l'attuale sistema sanitario si è allargato ed espanso in modo caotico e disordinato, come tutti oggi riconosciamo, anche se alcune forze politiche sono giunte tardi ad ammetterlo. E, aggiungo, si è espanso senza alcuna selezione negli interventi, determinando così sprechi e disservizi, sui quali la nostra pur forte denuncia non è stata mai proporzionata alla reale entità del fenomeno.

L'introduzione dei piani triennali nazionali e regionali è fondamentale per un duplice scopo: razionalizzare — questo è possibile — la spesa, rendendola produttiva ai fini collettivi della difesa della salute, e riequilibrare i servizi e le prestazioni, attualmente estremamente diversificati da re-

gione a regione e all'interno dello stesso ambito regionale. Gli squilibri e le sperequazioni attualmente esistenti nella quantità e nella qualità dei servizi causano aumenti della spesa complessiva per la sanità; determinano forti ed inammissibili costi sociali, consistenti per altro nello spostamento di centinaia di migliaia di cittadini da una parte all'altra del paese, dalle zone disservite e povere alle zone ove si sono concentrati, creando, come sappiamo, problemi organizzativi non secondari, strutture, presidi e servizi, specie di carattere ospedaliero.

La norma da noi voluta, volta a riservare, sulla base di un rilevamento nazionale e dei piani socio-sanitari regionali, per almeno due trienni gli investimenti in conto capitale alle aree geografiche che oggi sono al di sotto della media nazionale dei servizi e dei presidi sanitari ha, a nostro giudizio, una indubbia efficacia nel quadro del raggiungimento, sia pure graduale, dell'obiettivo di porre fine ai macroscopici squilibri attuali che, come sappiamo, penalizzano soprattutto le aree del Mezzogiorno.

Il terzo punto qualificante della riforma consiste nell'affermazione dell'unità e della globalità della politica della salute, nonché dell'unità e globalità del complesso della gestione delle strutture esistenti nel territorio. Non si tratta, come alcuni hanno osservato fuori di quest'aula, di una semplice ed abusata formulazione cara ai socialisti, ma di una precisa scelta funzionale, che deve essere la logica conseguenza della fine del sistema mutualistico, avviato con la legge n. 349 del 1977, e che deve portare, come è previsto dal provvedimento in esame, alla perdita dell'autonomia giuridico-amministrativa degli ospedali.

L'unità e la globalità comporteranno la fine delle attuali separazioni all'interno del servizio. Di grande rilievo è quella relativa all'assistenza psichiatrica che, con l'entrata in funzione delle unità sanitarie locali, porterà al trattamento delle malattie mentali all'interno del servizio sanitario nazionale, decretando la fine delle strutture manicomiali che, come è noto, sono segreganti, regressive ed emarginanti. Questa unità consentirà la costruzione di una rete integrata e collegata di servizi, con particolare riferimento a quelli di prevenzione.

Con l'entrata in funzione delle unità sanitarie locali abbiamo voluto l'uniformità delle prestazioni, siano esse ospedaliere, far-

maceutiche, generiche o specialistiche. Anche se a questo proposito la norma non è del tutto esplicita, pensiamo che dal 1° gennaio 1979 le prestazioni erogate dovranno essere uguali per tutti i cittadini (non potendosi pensare ancora ad un momento di diversità) ponendo fine quindi all'inaccettabile regime attuale, secondo il quale, come si sa, le prestazioni sono profondamente diversificate fra categoria e categoria, tra cittadino e cittadino e, più complessivamente, liquidando l'odioso fenomeno per il quale chi ha maggiori redditi meglio si difende, meglio si cura e si riabilita.

Ho ricordato che a giudizio dei socialisti il testo in esame presenta alcune zone d'ombra rispetto alle quali non ci sembra giusto, soprattutto in questa sede, tacere, o mettere una specie di sordina. Mi riferisco, in particolare, al problema dell'attività prevenzionale, rispetto alla quale noi riteniamo che il provvedimento, per alcune parti non marginali, offra risposte insufficienti e sbagliate.

Se siamo d'accordo nel ritenere che la attività prevenzionale non è mai, o quasi mai, una prescrizione medica disposta a tempo debito rispetto alle condizioni psicofisiche di un cittadino, ma è un programma finalizzato a raggiungere l'obiettivo di rimuovere le cause che provocano, o possono provocare, l'insorgenza di malattie; se siamo d'accordo sulla valutazione che prevalentemente l'attività prevenzionale non è rivolta al singolo cittadino, bensì riguarda gli aspetti sociali, produttivi, ambientali e di risanamento all'interno delle comunità e dei posti di lavoro, per giungere al risultato (che è quello che conta) di difendere il più possibile lo stato di salute delle popolazioni e dei lavoratori, non si può a nostro giudizio separare la prevenzione medica da quella tecnico-ingegneristica.

Dai fenomeni, intrecciati e complessi, studiati ed esaminati congiuntamente e collegialmente dal servizio preventivo, composto da medici e da tecnici specialisti non medici, sarà possibile ricavare quelle idonee misure di sicurezza e di risanamento che gradualmente potranno essere applicate.

Nel testo in esame si compie, invece, l'operazione della separazione. Si accetta di sciogliere l'ENPI e l'ANCC e al loro posto si fa sorgere (attribuendo a tal fine una delega al Governo) un superistituto nazionale — come ho avuto modo di chiamarlo —

dipendente dalla Presidenza del Consiglio e quindi staccato dal servizio sanitario nazionale e non strettamente collegato con le esperienze delle unità sanitarie locali. Il risultato probabilmente — vorrei dire sicuramente (ma non voglio fare profezie di sciagura) — sarà quello di far camminare per strade diverse il servizio sanitario e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, dipendente dalla Presidenza del Consiglio, e di rendere impossibile una coordinata ed univoca politica prevenzionale.

Non vi è stata chiarezza — voglio aggiungere — sulla ripartizione delle funzioni di prevenzione tra organi centrali dell'amministrazione statale e unità sanitarie locali, per cui si rischia di mettere in piedi tre organismi che, se pure a livelli diversi, dovranno tutti occuparsi di prevenzione: il richiamato Istituto superiore, facente capo alla Presidenza del Consiglio, le unità sanitarie locali (secondo quanto previsto dall'articolo 14 del testo in esame) ed infine — fatto a mio avviso grave — enti periferici dello Stato, che dovrebbero continuare a funzionare non essendo stato chiarito, almeno fino ad ora, se il collaudo e la omologazione di macchine ed impianti siano funzioni da attribuire ai servizi preventivi multizonali delle unità sanitarie locali.

C'è chi, io credo, pur non rendendosene conto, prefigura il nuovo Istituto superiore come composto da un esercito di tecnici, in movimento da Roma verso il resto del territorio nazionale (poi dovranno rientrare a Roma) per effettuare le operazioni di collaudo e di omologazione. Non si vuole chiaramente riconoscere che allo Stato devono residuare soltanto le funzioni di ricerca, sperimentazione ed omologazione dei prototipi, mentre il resto dei compiti va affidato ai servizi multizonali delle unità sanitarie locali.

Le proposte socialiste che la Commissione ha respinto avevano (ritengo anche a giudizio del gruppo comunista) il pregio della chiarezza e della linearità; esse tenevano conto di quanto è stato pensato, dibattuto, elaborato e proposto in questi anni dai congressi di medicina del lavoro, dalle associazioni culturali che si sono occupate di questa materia e, soprattutto, dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori, dagli enti locali e dalle regioni.

Anche se le indicazioni contenute nel nostro testo, cosiddetto alternativo, su que-

sta materia non sono state accolte dalla Commissione, noi non rinunceremo a ripresentarle in questa sede, convinti che su questi punti (e non è una convinzione dell'ultima ora) si giuochi una parte notevole della validità della riforma sanitaria.

Crediamo che si abbia il dovere di tener conto di quanto di tragico e di disumano (senza bisogno di fare eccessiva retorica) è accaduto in questi ultimi anni nel nostro paese; l'ultimo episodio clamoroso e tragico è avvenuto a Brindisi. Dobbiamo tener conto però non solo dei casi clamorosi, che scuotono la coscienza nazionale, ma anche dei fenomeni gravi — pur se meno conosciuti dalla maggior parte dell'opinione pubblica — che sistematicamente provocano malattie professionali, lesioni, infortuni ed invalidità permanenti.

La tesi che è stata opposta alle nostre proposte si basa sul fatto che noi vorremmo « sanitarizzare » la prevenzione, trascurando l'importanza dei processi produttivi, e non pensando ad un loro possibile condizionamento od inceppamento. Questa considerazione l'abbiamo sentita, anche se non è stata formulata in maniera schietta e precisa. La verità è che la proposta socialista non vuole « sanitarizzare », ma congiungere e saldare gli interventi sanitari con quelli tecnici, avendo coscienza che la attività produttiva è un bene prezioso, ma sapendo al tempo stesso che si tratta di doverose misure graduali ed equilibrate da prendere (come del resto ricorda anche la legge Brodolini) con il concorso e la partecipazione dei lavoratori per conseguire lo obiettivo possibile e socialmente giusto della sicurezza del lavoro.

Non abbiamo poi compreso un altro punto, per la verità non eccessivamente importante: esso riguarda la sopravvivenza del Consiglio superiore di sanità, di cui all'articolo 49 del testo in esame. A nostro giudizio è sbagliato ripercorrere la strada che tende a creare molti consigli inutili, come una specie di « cassa di risonanza » e come possibili veicoli di confusione e di paralisi. L'istituzione del Consiglio sanitario nazionale, quale organo di consulenza e di proposta, non avrebbe dovuto giustificare — e non giustifica — la permanenza del Consiglio superiore di sanità; tanto meno questa presenza può essere giustificata, quando all'interno dello Istituto superiore di sanità (quale organo tecnico-scientifico del Ministero della sanità) vi è, oltre ad un consiglio di ammi-

nistrazione, un comitato tecnico-scientifico costituito da esperti medici e non medici. Il Consiglio superiore di sanità è quindi un doppione, del quale non vi era e non vi è alcun bisogno.

Voglio aggiungere che è importante lo aver regolato, in attesa della riforma universitaria, i rapporti tra servizio sanitario nazionale e università, con ovvio e particolare riferimento alle facoltà mediche. Nessuno — e tanto meno noi — vuole intaccare l'autonomia dell'ordinamento universitario, prevista dall'articolo 33 della Costituzione, anche se io non ne do l'interpretazione che è stata fornita in Commissione dal ministro della pubblica istruzione. Ma avevamo il dovere — a fronte della spropositata espansione dell'assistenza sanitaria, effettuata, specie dai policlinici, ben oltre le comprensibili esigenze didattiche e di ricerca — di far rientrare nella programmazione sanitaria regionale l'assistenza organizzata dagli istituti e dalle cliniche universitarie.

A nostro giudizio, questa non può essere una norma di « facciata », da interpretare come una semplice volontà di registrazione di quanto verrà deciso dalle università e dalle facoltà di medicina, ma è una norma che deve servire, sia pure fino alla riforma universitaria, a porre rimedio alle espansioni incontrollate e — perché no? — interessate, che obiettivamente nulla hanno a che vedere con una necessaria ed opportuna rivalutazione dell'insegnamento universitario.

Sul personale molto è stato detto, e la Commissione ha prodotto un testo accettabile, soprattutto se pensiamo a quali fossero le posizioni di partenza. Dobbiamo dire, tuttavia, con chiarezza che il testo licenziato non costituisce una soluzione ottimale.

Noi socialisti abbiamo scartato ogni ipotesi punitiva nei confronti del personale medico; anzi, si trattava e si tratta di valorizzare la funzione del medico, specie dopo l'impovertimento che il sistema mutualistico ha compiuto nei confronti dei medici con rapporto di lavoro dipendente, utilizzati prevalentemente in compiti burocratici.

Non sfuggono alla nostra attenzione le caratteristiche peculiari dell'attività medica. Abbiamo accolto con favore la dipendenza del personale dalle unità sanitarie locali; la definizione di uno stato giuridico del personale del servizio sanitario nazionale; l'apertura dell'insegnamento universitario al

personale medico del servizio sanitario nazionale; la valorizzazione del tempo pieno rispetto alla sostanziale ambiguità del tempo definito.

Ma il personale medico ha (proprio mentre proclama ingiustificate e intempestive azioni sindacali, per altro non condivise da tutti i medici, che dovrebbero avere inizio il 9 gennaio) di fronte a sé il problema di comprendere le novità sostanziali del nuovo sistema sanitario, che reclamano il concorso e l'apporto pieno e non corporativo dei medici.

Dopo aver ricordato le questioni sulla peculiarità della professione, senza negare che esiste il problema della disciplina dell'attività professionale, con le limitazioni e le incompatibilità che sono necessarie, a nostro giudizio, e che, secondo altri, sono egualmente indispensabili, credo che debba essere ricordato il tema della formazione e della riqualificazione del personale, specie di quello paramedico.

Senza una politica che a breve termine comporti una diversa formazione del personale ed una riqualificazione di quello esistente non saranno compiutamente raggiunti gli obiettivi riformatori. Da questa convinzione deve discendere, di conseguenza, la necessità di esaminare, e quanto prima approvare, in sede parlamentare, la proposta di legge avanzata su questa materia dalle regioni, di intesa con le organizzazioni sindacali dei lavoratori.

È rimasta in sospeso la disciplina delle prestazioni medico-legali. Da una parte si è compiuta la scelta positiva, segnatamente con l'articolo 14 del testo in esame, di affidare le competenze complessive di medicina legale alle unità sanitarie locali, e successivamente si è stabilito di lasciare l'esercizio delle funzioni, fino alla riforma del sistema previdenziale, agli enti che oggi ne sono titolari. Anche qui bisognava probabilmente avere più coraggio, pur se ci rendiamo conto che questo tema dovrà comunque essere ripreso e non potrà certamente da alcuno essere sottovalutato.

Da parte nostra avremmo voluto, così come era chiaramente previsto nella nostra proposta di legge, mettere ordine senza indugio in un settore delicato che, in relazione agli accertamenti, alle certificazioni, ai riconoscimenti di invalidità temporanea o permanente, ha visto il proliferare di pratiche e di comportamenti clientelari e burocratici, con aggravio del *deficit* pubblico e

con una gestione che certamente è stata negativa.

Infine larga influenza avrà sul funzionamento del nuovo servizio la soluzione data al problema della spesa e del finanziamento, tema sul quale si è a lungo in questa sede soffermato, con accenti che condivido, il collega Triva.

A nostro giudizio, il nuovo sistema sanitario è in grado di razionalizzare la spesa e di conseguire nel tempo significativi risparmi rispetto alla spesa storicamente consolidata. Tuttavia due sono le premesse da fare: il rigoroso rispetto delle scelte prioritarie e selettive dei piani sanitari nazionali e regionali; la puntuale erogazione — questo voglio sottolinearlo — delle somme per il funzionamento del sistema.

Abbiamo ottenuto di riservare il 6,50 per cento del prodotto lordo nazionale alla spesa sanitaria. Si è trattato di un indubbio successo (ricordiamo le resistenze del ministro del tesoro); ma, date le travagliate esperienze vissute in rapporto al fondo nazionale ospedaliero (esperienze che sono anche oggi di attualità), dobbiamo sottolineare che c'è un modo per far fallire o per menomare il nuovo servizio sanitario nazionale: quello di fargli mancare i fondi o di ritardare la erogazione degli stessi, con ciò, per altro, determinando un ulteriore aggravio del *deficit* pubblico dovuto al ricorso al credito ordinario, con il pagamento degli alti interessi che tutti conosciamo.

Per questa ragione è per noi fondamentale che i fondi siano iscritti nel bilancio di previsione dello Stato.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, siamo consapevoli che stiamo esaminando una legge di grande rilievo sociale e politico e che in questa delicata materia compiti attuativi di enorme portata spetteranno alle regioni e agli enti locali. Da questa consapevolezza prendiamo lo spunto per rivolgere alle altre forze politiche democratiche l'invito a considerare l'opportunità di migliorare in questa sede, per alcuni aspetti, il testo licenziato dalla Commissione.

Ricordavo all'inizio del mio intervento che il lavoro compiuto in sede di Commissione è stato faticoso, ma positivo. Vi sono però — questa è la nostra convinzione — ulteriori sforzi da compiere, senza perdere tempo, per elaborare un testo che sia più decisamente corrispondente alle esigenze dei destinatari della riforma, finalmente uscita allo scoperto e che dovrà rapidamente dive-

nire legge della Repubblica (*Applausi dei deputati del gruppo del PSI — Molte congratulazioni*).

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

QUIETI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, credo non si possa iniziare un discorso su questo importante provvedimento senza rendere testimonianza all'egregio lavoro pazientemente svolto dal relatore, onorevole Morini, e da tutti coloro che hanno collaborato in sede di Comitato ristretto e di Commissione plenaria. Il progetto di legge in esame costituisce, certamente, un notevole passo in avanti per la piena attuazione della Costituzione, non solo in termini di enunciazioni di principi, ma anche in termini di concreta attuazione ed applicazione pratica.

Il mio è — quindi — un giudizio positivo, al quale aggiungerò alcuni rilievi critici, posti magari in forma problematica, nell'intento di migliorare — ove possibile — il testo in esame. Ci troviamo di fronte ad un provvedimento che pone ordine nella complessa varietà delle strutture assistenziali esistenti, che provvede alla loro perequazione, sia sotto il profilo della organizzazione nel senso più lato della parola, sia sotto quello delle prestazioni erogate, nonché dei metodi di erogazione. Si tratta di condurre avanti un processo già iniziato e che va proseguito, seguendo il disegno complessivo già delineato, che potrà subire, cammin facendo, i suoi necessari aggiustamenti, ma non dovrà essere abbandonato, cedendo alla tentazione, che talvolta incombe, di rimettere sempre tutto in discussione.

Il disegno strategico che la riforma sanitaria ha tracciato produrrà inizialmente — è facile prevederlo — una serie di inconvenienti, anche perché puntando — come punta — su una nuova prospettiva che ribalta completamente l'ottica precedente (mi riferisco soprattutto alla prevenzione), deve tener conto della mancanza di una organizzazione, allo stato attuale, del sistema mutualistico. I veri frutti della riforma, quindi, si avranno tra diversi anni. E si avranno se saranno rispettate molte condizioni: innanzitutto, quella di integrare il momento sanitario con altri momenti dell'azione dei pubblici poteri, per esempio la legislazione in materia

edilizia e, in generale, in materia urbanistica e dei lavori pubblici; ed ancora la legislazione nei settori industriali, commerciali e così via. Basti pensare alla importanza della legislazione in materia di controllo sugli alimenti.

Si tratterà, quindi, di comporre un ampio mosaico nel quale interagiscono competenze a livello centrale, regionale e locale, che vanno coordinate. Si tratterà di un primo appuntamento con la capacità dello Stato di far funzionare bene, cioè rapidamente e armonicamente, organismi tra loro sinora non sempre collegati.

Immaginate, onorevoli colleghi, la difficoltà di armonizzare l'intervento dei diversi soggetti competenti, almeno per quanto concerne gli organi cui farò riferimento. Innanzi tutto il Parlamento, attesi i numerosi rinvii (forse troppi) che vengono fatti ad ulteriori provvedimenti legislativi. È mio parere che alcuni degli stessi potessero essere evitati. Vi sono poi il Governo, il CIPE, il Ministero della sanità, il Consiglio sanitario nazionale, l'Istituto superiore di sanità, il Consiglio superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro, le università, il Consiglio nazionale delle ricerche, altri Ministeri (per la parte contabile), il comitato centrale di cui alla legge n. 349, le regioni, le province, i comuni, le unità sanitarie locali.

Si tratta, quindi, di un'enorme macchina che si mette in movimento e nella quale, evidentemente, il coordinamento assume una enorme importanza. Se si inceppa uno di questi meccanismi, si inceppa probabilmente l'intero sistema. Attenzione, quindi, ai conflitti di competenza! Occorre una precisa pianificazione dei compiti, nonché una nuova *forma mentis*. Quando si punta — come si fa con questo provvedimento — decisamente sulla prevenzione, non si può non tener conto della necessità di una nuova impostazione, ad esempio, degli studi di medicina; così come della necessità di instaurare un nuovo rapporto medico-cittadino, autorità amministrative-cittadino come singolo e come comunità.

Occorre una rivalutazione degli osservatori epidemiologici nazionali e regionali: il mio parere è che bastino pochi osservatori, purché siano validi ed attrezzati. Questi, contrariamente a quanto taluno continua a pensare, non si occupano solamente di malattie infettive ma anche di quelle degene-

relative e del lavoro. Al riguardo mi permetto di segnalare la necessità di potenziare, signor ministro, gli istituti per il controllo dei prodotti ittici, che assumono una crescente importanza. Non so quanto sia fondata la notizia di una regionalizzazione di questi istituti: credo, invece, che si dovrebbero potenziare quelli esistenti attrezzandoli adeguatamente. Il principio deve essere quello di assicurare pochi istituti ma buoni, perché solo istituti altamente specializzati possono determinare validi orientamenti non dico solo in materia di inquinamento (sarebbe ovvio), ma anche nel campo degli insediamenti industriali, sotto il profilo, ad esempio, dello studio dei venti, delle falde freatiche, della geologia e meteorologia, se siamo convinti che un insediamento industriale (quando si parla di prevenzione, parlare di industrie è automatico) non è soltanto un problema urbanistico.

Questo discorso vale anche per la raccolta dei dati, che non possono non confluire se non in pochi organismi, e non possono non essere elaborati in pochi enti a livello centralizzato. È un discorso, come dicevo, di *forma mentis* o — se vogliamo — di riforma *mentis*: la riforma sanitaria è soprattutto questo, infatti; è una riforma di mentalità cui deve contribuire un personale di alto livello medico e, soprattutto, l'educazione sanitaria. Attribuisco un'importanza estrema a quest'ultima e desidero aprire, in proposito, una breve parentesi sulle istanze dell'Associazione italiana informatori scientifici del farmaco, che desidera richiamare l'attenzione della Camera sulla opportunità che l'informazione scientifica sul farmaco — compito del servizio sanitario nazionale — sia curata anche dalle aziende titolari delle autorizzazioni all'emissione in commercio dei medicamenti, sotto il controllo del Ministero della sanità.

Sebbene sia a tutti noto che troppi farmaci risultano nocivi, in ogni casa esiste una piccola farmacia, e voglio ricordare, in proposito, questo emblematico episodio. Una riunione di assessori alla nettezza urbana (fonte, quindi, del tutto insospettabile), tenutasi alcuni anni or sono, rilevava come una buona parte dei rifiuti solidi urbani fosse costituita da confezioni farmaceutiche ancora intatte. In definitiva è provato questo spreco enorme, cui si potrebbe ovviare con una appropriata educazione sanitaria, con la compartecipazione degli assistiti al pagamento dei farmaci ed anche, signor

ministro, prescrivendo più ridotte confezioni farmaceutiche, con la brevettabilità dei farmaci. Indubbiamente, la brevettabilità favorisce gli Stati che conducono una notevole ricerca scientifica. Mi auguro che in Italia l'introduzione della brevettabilità miri ad incentivare la ricerca, a ridurre l'eccessivo numero di specialità e, conseguentemente, il relativo consumo. Ma bisogna dire — per dovere di onestà — che ne conseguirà un effetto negativo: la brevettabilità danneggerà le piccole industrie farmaceutiche che non possono svolgere, per ovvi motivi, una vasta ricerca. È chiaro però che questo dilemma tra esigenze occupazionali ed esigenze di tutela della salute non può che risolversi nel senso di una decisa prevalenza di queste ultime.

Per quanto riguarda la pubblicità dei farmaci ritengo di insistere su quanto affermato nel parere che la Commissione industria ha fornito alla Commissione di merito, cioè sulla raccomandazione di valutare l'opportunità di introdurre una normativa meno rigida in tema di divieto di pubblicizzare i farmaci, al fine di consentire, anche in linea con gli orientamenti che stanno emergendo in sede CEE, una deroga, sia pure limitata alla fase transitoria e subordinata ad autorizzazione del Ministero della sanità, « per i medicinali non soggetti a prescrizione medica e di sicura non causa iatrogena ». Questa raccomandazione mi sembra accettabile, in quanto non si vede perché medicinali che non sono soggetti a prescrizione medica, e che quindi possono essere acquistati liberamente dal cittadino, non possano essere pubblicizzati, sotto l'accurato controllo del Ministero della sanità.

Vorrei indicare ora alcuni ulteriori rilievi sul complesso del provvedimento, sempre nell'intento di apportare un contributo positivo alla sua elaborazione. A tal fine prendo lo spunto da una mia esperienza di mutualità. In proposito è bene rilevare che, se in questo momento stiamo decretando il definitivo superamento del sistema mutualistico, ciò non vuol dire che tutto quello che le mutue hanno fatto sia da giudicarsi in modo completamente negativo. Non mi sembra negativa, ad esempio, l'esperienza delle mutue di più recente istituzione, come quelle dei commercianti, di cui alla legge 27 novembre 1960, n. 1397, per quanto attiene ai problemi della libera scelta, della assistenza indiretta, dell'assistenza integrativa, della democraticità della gestione. Si

tratta di esperienze positive che hanno portato ad una regolarità di gestione, ad una regolarità di riscossioni e di pagamenti, ad un sostanziale pareggio di bilancio, ad una alta qualificazione assistenziale, ad una partecipazione attiva degli assistiti.

Ebbene, non credo che tutte queste conquiste, tutti questi fatti positivi siano stati recepiti nel testo al nostro esame. La gestione delle unità sanitarie locali, infatti, riproduce sostanzialmente l'articolazione politica dei consigli comunali: sarebbe stato forse preferibile prevedere una elezione diretta degli amministratori. Né è stata prevista una rappresentanza composita delle diverse categorie, sia pure nel quadro di precisi criteri. Anche il principio della libera scelta è affermato in termini tali da renderlo praticamente vanificato, in quanto « i servizi sono organizzati — così afferma l'articolo 18 — compatibilmente con le esigenze obiettive dell'assistenza, in modo da consentire ai cittadini la libera scelta del medico e del luogo di cura ». Come si vede, c'è una limitazione rappresentata dal fatto che gli assistiti sono iscritti nella propria unità sanitaria locale e solo in caso di urgenza o di temporanea dimora nella giurisdizione di altra unità sanitaria locale possono usufruire dei relativi presidi.

In questo modo, io mi domando come faccia un cittadino — in una grande città come Roma — a farsi visitare da un medico inquadrato in una unità sanitaria locale diversa dalla sua soltanto perché ha lo studio in un'altra strada. Non si può quindi dire, in tutta coscienza, che la libertà di scelta del medico e del luogo di cura sia effettiva, nel senso più pieno della parola. Così pure c'è da temere la scomparsa dell'assistenza indiretta, in quanto rimessa alle leggi regionali: al riguardo, però, vorrei raccomandare un certo criterio di larghezza nella adozione — appunto — delle leggi regionali, in modo da consentire un ampio ricorso a tale forma di assistenza.

Positivo è senz'altro il riferimento alle associazioni di volontariato — cioè alle mutue volontarie — in quanto, specialmente nella fase di avvio, esse potranno servire ad alleggerire l'enorme carico di lavoro che le strutture pubbliche dovranno assumersi.

Qualche considerazione vorrei svolgere anche in ordine ad una scelta di fondo, che con ogni probabilità, ed anzi direi certamente, non sarà modificata. Mi riferisco alla scelta del ciclo di fiducia per ciascun medico — di cui all'articolo 41 del testo in

esame — che, se ha il vantaggio della prevedibilità della spesa, collega Morini, ha senz'altro lo svantaggio della incidenza negativa sulla qualità dell'assistenza e fa sorgere — questo non credo possa essere contestato — un enorme problema organizzativo: si pensi, ad esempio, ai problemi che si creeranno nelle grandi città per la tenuta degli elenchi degli assistiti da parte dei medici.

Mi avvio rapidamente alla conclusione trattando della questione del personale. Vorrei rivolgere al ministro della sanità una raccomandazione perché vengano individuate, al più presto, le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, e gli altri enti e pubbliche amministrazioni non espressamente indicati nell'articolato in esame, e venga definito il numero dei posti disponibili per il trasferimento del personale degli enti mutualistici eccedente le necessità accertate del servizio sanitario nazionale. Quanti sono i posti liberi nelle varie amministrazioni? Non lo sappiamo, anche tenuto conto del blocco delle assunzioni operato con il recente decreto. Vorrei anche prospettare al signor ministro la opportunità di prevedere un eventuale abbuono di anni per un esodo anticipato, per il personale sia maschile sia femminile.

L'ultimo argomento sul quale vorrei soffermarmi è quello dell'affidamento della riscossione all'INPS. Vorrei pregare il relatore di fornire, in sede di replica, una spiegazione a questo proposito. Come fa l'INPS, ad esempio, a compiere l'accertamento per gli enti autonomi, che sono soppressi dal 1° gennaio 1979?

MORINI, *Relatore per la maggioranza*. Lo farà considerando l'ordinamento di ciascun ente.

QUIETI. Un momento: gli enti avranno cessato di esistere, a quel punto. L'INPS potrà semmai fare da esattore, ma la difficoltà sorgerà nel momento dell'accertamento: si creerà, forse, un ufficio stralcio? L'INPS riceverà dalla commissione elenchi le variazioni, le aggiunte, le cancellazioni, le nuove iscrizioni? Farà riferimento alle leggi istitutive dei singoli enti?

MORINI, *Relatore per la maggioranza*. Esatto!

QUIETI. Ma non credo che questo possa farlo l'INPS; lo farà, semmai, la regione. L'INPS potrà fungere da esattore — ripeto

— e basta. L'accertamento sarà invece affidato alla regione, sulla base della legislazione sui singoli enti, tenendo conto, probabilmente, dell'ultimo bilancio, perché qui si tratta di determinare il loro fabbisogno. I bilanci degli enti autonomi, cioè, vengono impostati in base al fabbisogno, e poi la ripartizione di questo fabbisogno avviene attraverso meccanismi che sono diversi per ciascun ente. Bisognerà quindi fissare precisi criteri in proposito.

Teniamo presente, poi, che le regioni dovranno compiere questo accertamento non su base nazionale, ma su base provinciale, per non creare sperequazioni enormi tra regione e regione. Anche operando su base regionale, però, si può creare una grossa sperequazione tra provincia e provincia, in quanto gli enti che hanno un'organizzazione a base provinciale possono avere disavanzi di bilancio diversi. Io pongo la questione — si badi — in termini problematici: non intendo fare una critica, ma contribuire affinché su questo argomento non si creino successivamente grossi equivoci. Le scadenze sono molto ravvicinate (si parla del 1° gennaio 1979).

Concludo, signor Presidente, riaffermando che ci troviamo dinanzi ad una grande riforma di struttura che, nel suo obiettivo di coinvolgere tutti i cittadini, presuppone profonde modificazioni istituzionali sia nel comportamento degli stessi cittadini che fruiscono del servizio sanitario, sia in quello degli operatori sanitari e degli organi di gestione.

Questo sforzo concorde è — a mio parere — il presupposto per il successo della stessa riforma; una riforma sulla quale il mio giudizio è positivo, con i suggerimenti ed i rilievi che, sempre con intendimento costruttivo, ho testè formulato. Ringrazio ancora una volta per il loro operato il relatore Morini, il presidente della Commissione sanità e tutti coloro che hanno collaborato affinché questa riforma segni un incisivo passo avanti per il progresso socio-economico del nostro paese. (*Applausi al centro*).

Trasmissione dal Senato di un disegno di legge e sua assegnazione a Commissione in sede legislativa.

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza il seguente disegno di legge:

« Modificazioni alla disciplina dell'imposta sul reddito delle persone giuridiche e

al regime tributario dei dividendi e degli aumenti di capitale, adeguamento del capitale minimo delle società e altre norme in materia fiscale e societaria » (*già approvato dal Senato, modificato dalla VI Commissione della Camera e nuovamente modificato dalla VI Commissione del Senato*) (1852-B).

In relazione alla sua particolare urgenza, ne propongo, a norma del primo comma dell'articolo 92 del regolamento, l'assegnazione alla VI Commissione (Finanze e Tesoro) in sede legislativa, derogando altresì al termine di cui al predetto articolo 92.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Pinto. Poiché non è presente, s'intende che vi abbia rinunciato.

È iscritto a parlare l'onorevole Baghino. Ne ha facoltà.

BAGHINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, mi spiace veramente di non essere entrato in possesso prima della relazione e del testo unificato, perché la relazione è così meticolosa ed attenta che avrebbe meritato, diligentemente, di essere annotata e commentata. Certo, essa tende ad esaltare il testo unificato, ed anche se la mia posizione è del tutto antitetica rispetto a questa esaltazione, devo dire che essa è studiata veramente e dimostra di aver avuto un estensore attento, tanto attento che mi ha messo in difficoltà. Se avessi avuto tempo, sarei riuscito — lo confesso — a commentare un po' diversamente tale relazione, sin dal suo inizio, cioè dal richiamo alla Costituzione. Il relatore si riferisce inizialmente all'articolo 32 della Costituzione, che riguarda proprio la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, con conseguente obbligo dei pubblici poteri di porre in essere tutti i mezzi e gli strumenti necessari per rendere concreta questa tutela. L'onorevole Morini fa riferimento a questo articolo per dimostrare che occorre una riforma sanitaria, cioè per evidenziare l'interesse diretto che ha lo Stato nella materia sanitaria. Io avrei invece interpretato il richiamo alla salute in una

maniera molto più ampia e non soltanto in senso fisico di malattia.

Il relatore si è poi richiamato all'articolo 2 (sviluppo della persona umana) e all'articolo 3, concernente l'uguaglianza dei cittadini, per cui qualche oratore ha insistito con il dire che finalmente queste provvidenze sanitarie saranno erogate in modo uguale per tutti i cittadini.

Noi siamo contro ogni privilegio (e se uno ne abbiamo esso è quello di essere contrastati perché siamo l'unico gruppo all'opposizione), però l'uguale trattamento non deve portare ad un livellamento verso il basso; eppure, di fatto, la riforma sanitaria sacrificherà certi settori e abolirà certe organizzazioni che erano riuscite a dare a determinate categorie di cittadini dei notevoli vantaggi nell'ambito sanitario, adempiendo così proprio a quei precetti costituzionali citati dal relatore, nonostante magari il danno che già avesse arrecato la riforma ospedaliera.

Quindi, in sostanza, il problema è se l'uguaglianza che si vuole stabilire significhi o no un livellamento verso il basso. Voglio essere molto prudente, ripeto, perché ho avuto il testo all'ultimo momento (e quindi ritengo di poter poi intervenire articolo per articolo) ma temo fortemente che questo « uguale per tutti » voglia portare a un livellamento, per eliminare vantaggi ottenuti, norme di cui usufruisce già una parte della popolazione, senza però dare agli altri, che magari non riescono ad usufruirne, un vantaggio maggiore.

Quando si è di fronte a chi sta bene e a chi sta male, chi sta bene deve saper porgere la mano a chi sta male per portarlo al suo livello: non è chi sta bene che deve essere portato al livello di chi sta male. Questo è il punto! Bisogna migliorare verso l'alto, verso il livello maggiore, non uguagliare ad un livello minore, peggiore. Questo è un rischio, a mio avviso, che è presente nel testo in esame e lo evidenzieremo attraverso l'analisi degli articoli.

Il relatore ha poi citato le autonomie locali, la competenza delle regioni in materia sanitaria, e quindi gli articoli 5, 117 e 118 della Costituzione. Ad un dato momento, nella sua esposizione il relatore ha citato anche l'articolo 41, cioè quell'articolo che riguarda l'iniziativa economica privata.

Con questa riforma — io mi domando — non si viene in realtà a soffocare proprio l'iniziativa privata nell'ambito sanitario?

MORINI, *Relatore per la maggioranza*. C'è un articolo specifico, l'articolo 39.

BAGHINO. Sì, ma nell'ambito delle norme dettate da chi? Da consigli comunali interamente politicizzati; cioè in base alle direttive dettate dalla regione e non per iniziativa autonoma, perché proprio in questo campo è l'autonomia che viene soffocata. Si esalta a parole l'autonomia e poi la si soffoca, per un altro verso, nei fatti.

Ma a parte la citazione di articoli della Costituzione e a parte il livellamento verso il basso, ho sentito che allo stato attuale vi è una enorme quantità di sprechi e di spese inutili. Si dice che questo sistema comporterà minori sprechi, minori spese.

Se dovessi pensare all'esempio offerto dalle altre riforme, dalle nazionalizzazioni all'attuazione dell'ordinamento regionale dovrei dire che, invece, quegli sprechi e quelle spese di cui ci si lamenta sono aumentati, dando luogo a fenomeni di clientelismo e a scandali. Non vi è ormai, infatti, settore economico che non sia colpito dagli scandali!

Allora io mi spavento e dico che dobbiamo stare attenti, perché le dichiarazioni, le affermazioni di principio sono tutte belle cose, ma quando nella realtà si hanno esempi contrari, dobbiamo muoverci lentamente e con prudenza.

Noi dovevamo prima di tutto, come ho sentito dire dal relatore di minoranza onorevole Rauti, impegnarci nel tentativo di sanare il male che esiste in questo campo, cercando di salvare ciò che vi è di buono; poi procedere alla unificazione ed al miglioramento del servizio. Ma in un ambiente sano, non in un ambiente malato! Voi volete porre mano alla riforma di questo settore; ma se esso è malato rischiate di infettarvi invece di sanarlo e di purificarlo.

Volendo poi toccare qualche argomento particolare, potrei chiedere qualcosa a proposito del Consiglio sanitario nazionale: tra le rappresentanze che lo costituiscono, ve ne sono di tecniche, di politiche e di amministrative, per così dire. Ma i medici, cioè gli autentici operatori del campo, restano fuori della porta.

Ma allora, se così stanno le cose, vuol dire che, almeno per quanto concerne il Consiglio sanitario nazionale, questa riforma non tiene veramente conto di tutte le componenti, non vuole corresponsabilizzarle

tutte, non vuole valorizzare il ruolo primario di chi è il principale responsabile della effettiva tutela della salute, specie se opera nel campo della prevenzione. No, costui rimane fuori della porta.

Mi si dirà che probabilmente l'Istituto superiore di sanità si farà rappresentare da un medico o da un libero docente: io penso che incaricherà sicuramente un funzionario, ma comunque staremo a vedere e in ogni caso quand'anche inviasse un medico sarebbe sempre ben poca cosa per un Consiglio sanitario nazionale. Devo quindi porre in dubbio che si voglia veramente realizzare tutto quanto è indicato nell'articolo 2 del testo in esame; che si voglia cioè raggiungere tutti gli obiettivi messi sulla carta. Perché, se non è il medico a poter garantire il raggiungimento di un qualsiasi positivo obiettivo in questo settore, chi altri può essere? Lo vedremo tra poco, quando parleremo delle unità sanitarie locali.

All'articolo 11 del progetto di legge si dice — parlando delle competenze regionali — che le regioni legiferano in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi dello Stato e cioè, in pratica, da questa stessa legge di riforma. Però, nel momento in cui si dà mandato alle regioni di legiferare e soprattutto di programmare (perché lo stesso articolo 11 stabilisce che le regioni devono svolgere la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale, oltre a quello della più ampia partecipazione democratica), ci si limita ad aggiungere che esse, per predisporre tale programmazione, devono semplicemente « consultare » (non di più: come se si trattasse di una delle nostre audizioni in Commissione) gli enti locali competenti, le università eventualmente presenti nel territorio regionale, le forze sociali, gli operatori sanitari. Si tratta di una dizione così generica, tale da non chiarire certamente se fra gli operatori sanitari debba essere compreso soltanto l'infermiere, oppure anche il medico, o magari anche chi si occupa dell'organizzazione di un ospedale.

Se dall'articolo concernente le competenze regionali, che tanti dubbi ci infonde, passiamo a quello riguardante le unità sanitarie locali, troviamo che queste ultime hanno tante attribuzioni e competenze che l'articolo è costretto ad esprimersi usando le parole « provvede fra l'altro », intenden-

do quindi che esistono tante altre incombenze non enunciate nell'articolo stesso.

Dunque, « l'unità sanitaria locale provvede fra l'altro: all'educazione sanitaria; all'igiene dell'ambiente; alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche; alla protezione sanitaria materno-infantile e all'assistenza pediatrica; all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado; all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali; alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive; all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale; all'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare per le malattie fisiche e psichiche in forme che consentano anche la riduzione della spedalizzazione » (qui si prevede addirittura un caso specifico); « all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche; alla riabilitazione; all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie » e, sempre fra l'altro, l'unità sanitaria locale provvede ancora « all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande; alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo; sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario »; e ancora « agli accertamenti, alle certificazioni e alle prestazioni medico-legali spettanti all'autorità sanitaria pubblica a norma della legislazione vigente, con esclusione di quelli di competenza dell'organizzazione sanitaria militare ». Tutto questo... fra l'altro.

MARTINI MARIA ELETTA, *Presidente della Commissione*. Questo è quanto già esiste. L'altro è da inventare.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Tutto questo è già nei compiti delle mutue.

BAGHINO. Non volevo certo dire che avete inventato qualcosa. Non pensavo certo che questo articolo potesse rappresentare un contributo di originalità. Sia ben chiaro. Mi sono permesso di leggere l'arti-

colo 14 per sottolineare che la sub-unità sanitaria locale di 10 mila abitanti o la unità delimitata in base a gruppi di popolazione fra 50 mila e 200 mila abitanti dovrebbero avere una formidabile organizzazione, una straordinaria capacità di azione, per poter dare attuazione a tutte queste competenze « fra l'altro ».

A questo punto io mi domando: come saranno formati gli organi tecnici? Come sarà fatta l'organizzazione? Leggo l'articolo 15, in base al quale si definiscono le strutture dell'unità sanitaria locale, « prevedendo in particolare la creazione di un organo collegiale di gestione nel quale sia garantita la presenza delle minoranze e che sia espressione del consiglio comunale ». Avremo cioè l'impostazione politica di maggioranza e minoranza che esiste nel consiglio comunale, per realizzare tutto questo « fra l'altro » che è di natura strettamente sanitaria, niente affatto politica. Un organo di gestione evidentemente politico avrebbe, quindi, la funzione di educare, di prevenire, di decidere per quanto riguarda la medicina dello sport, fare accertamenti, eccetera. Ecco, dunque, la mia preoccupazione; anzi, ritengo che tutto si risolverà in un buco nell'acqua, perché, avendo eliminato tutto ciò che è preesistente e non potendo realizzare quanto è previsto dalla legge, si andrà incontro certamente al caos.

Vorrei tra l'altro osservare che le regioni, proprio in questi giorni, hanno avuto il riconoscimento — conseguenza della legge n. 382 — di notevoli poteri derivanti da tre decreti del Presidente della Repubblica (i nn. 616, 617 e 618). Vi sarà pertanto un rilevante aggravamento di problemi, con i comuni che dovranno attrezzarsi e organizzarsi per realizzare quanto deriva da questi decreti. Ebbene, noi a questi comuni e a queste regioni diamo questo « malloppo », questa riforma, diamo queste funzioni, questi compiti. E allora, mi domando — sorridendo ironicamente da antiregionalista quale mi sono sempre dimostrato — volete che le regioni funzionino, o volete distruggerle? Addossando alle regioni questi compiti, intempestivamente, per poter dire che questo Governo ha saputo realizzare una importante riforma, voi le appesantite enormemente. E se la situazione andrà sempre più deteriorandosi, ancor più di quanto non lo sia ora, sarete stati voi ad affossare queste autonomie, non certo noi.

Queste osservazioni certamente non possono essere condivise da chi ha lavorato diligentemente ed attentamente a questa riforma ed ha imposto una scelta in base ad un proprio orientamento politico; costoro non condivideranno nemmeno le osservazioni che potremo fare in sede di esame degli articoli.

Per concludere, sia lecito fare una raccomandazione: stiamo attenti, poiché, per voler dare agli italiani una garanzia di salute, rischiamo di determinare una sorta di continuità di malattia ed una impossibilità di cure. Si abbia questa preoccupazione, e forse potremo trovare insieme la giusta strada che potrebbe anche dar luogo a gradualità di realizzazioni (*Applausi dei deputati del gruppo del MSI-destra nazionale*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

Proposta di assegnazione di un disegno di legge a Commissione in sede legislativa.

PRESIDENTE. È in corso di trasmissione dal Senato il seguente disegno di legge, testé approvato da quella VI Commissione:

« Modificazione delle norme sulla registrazione degli atti da prodursi al pubblico registro automobilistico e di altre norme in materia di imposte di registro » (1937).

Dati i motivi di particolare urgenza, ne propongo, a norma del primo comma dell'articolo 92 del regolamento, l'assegnazione in sede legislativa alla VI Commissione (Finanze e tesoro), con il parere della IV e della X Commissione.

La suddetta proposta di assegnazione sarà posta all'ordine del giorno della prossima seduta.

Approvazione in Commissione.

PRESIDENTE. La I Commissione (Affari costituzionali) nella riunione di oggi, in sede legislativa, ha approvato il seguente disegno di legge:

« Attribuzione di giornate di riposo ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni » (*approvato dal Senato*) (1903), con modificazioni.

**Per la fissazione della data
di discussione di una mozione.**

DEL PENNINO. Chiedo di parlare per chiedere la fissazione della data di discussione di una mozione, ai sensi dell'articolo 111 del regolamento.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DEL PENNINO. A norma del primo comma dell'articolo 111 del regolamento, chiedo che venga fissata la data di discussione della mozione presentata dai colleghi Biasini e Mammi e da me il 18 ottobre sui problemi del pubblico impiego.

Riteniamo urgente che l'Assemblea sia investita di questo problema, dal momento che le trattative tra Governo ed organizzazioni sindacali in materia sono giunte alla stretta finale, e dal momento che la risoluzione votata dalla I Commissione la scorsa settimana non ha rappresentato, a nostro avviso, una indicazione sufficientemente chiara e precisa per fermare il Governo sulla scellerata strada che ha imboccato nella introduzione della qualifica unica e della progressione orizzontale per anzianità senza demerito per tutto il comparto del pubblico impiego.

Crediamo, quindi, che sia necessario che la Camera venga investita in questa sede dell'intero problema, pronunciandosi prima che il Governo concluda le trattative con le organizzazioni sindacali.

Chiedo, quindi, che venga fissata per lunedì 19 dicembre l'iscrizione all'ordine del giorno della discussione della nostra mozione.

PRESIDENTE. Il Governo?

BRESSANI, *Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri*. Il Governo è disponibile ad affrontare la discussione sulla mozione presentata dagli onorevoli Biasini, Mammi e Del Pennino nella seconda quindicina del mese di gennaio, quindi nella seconda settimana di attività parlamentare dopo le ferie natalizie.

PRESIDENTE. Onorevole Del Pennino, accetta la data indicata dal Governo?

DEL PENNINO. La risposta del Governo non mi soddisfa, signor Presidente.

PRESIDENTE. Quindi, ella chiede che la discussione della mozione venga iscritta all'ordine del giorno della seduta di lunedì prossimo?

DEL PENNINO. Sì, signor Presidente, ed intendo brevemente motivare la mia richiesta.

La discussione della mozione alla data richiesta dal Governo renderebbe la mozione stessa del tutto ultronea. Ci troviamo infatti in una fase estremamente avanzata delle trattative tra il Governo e le organizzazioni sindacali, e una discussione effettuata nella seconda metà di gennaio interverrebbe quando il Governo potrebbe avere già assunto nei confronti delle organizzazioni sindacali degli impegni in relazione all'ordinamento delle carriere e alle classi di stipendio. Si tratta di una materia su cui il Parlamento dovrà tornare in sede di discussione del relativo disegno di legge, ma vi tornerebbe in una condizione in cui le possibilità di scelta sarebbero sostanzialmente, anche se non formalmente, vincolate dalle intese raggiunte tra il Governo e le organizzazioni sindacali.

La data di lunedì prossimo, che noi chiediamo venga fissata, è l'ultima data utile per consentire al Parlamento di esprimersi prima che il Governo concluda (come ci sembra di poter dedurre dalle nostre informazioni) con le organizzazioni sindacali un accordo che noi riteniamo rappresenterebbe l'ultimo colpo allo sfacelo dello Stato.

PRESIDENTE. Sulla richiesta testé avanzata dall'onorevole Del Pennino, udito il Governo, ad ai sensi dell'articolo 111, primo comma, del regolamento, può essere concessa la parola a non più di due oratori, uno a favore e uno contro.

Poiché nessuno chiede di parlare, desidero ricordarle, onorevole Del Pennino, che per domani è prevista una riunione della Conferenza dei capigruppo: in quella sede ella potrebbe sollevare la questione, ed eventualmente, in caso di esito negativo, chiedere alla Camera, al termine della seduta di domani, di fissare la data di discussione della mozione in questione.

DEL PENNINO. Signor Presidente, insisto sulla mia richiesta.

PRESIDENTE. A norma del primo comma dell'articolo 111 del regolamento,

pongo allora in votazione la proposta dell'onorevole Del Pennino di discutere la mozione del gruppo repubblicano sul pubblico impiego nella seduta di lunedì 19 dicembre.

(*E respinta*).

Rimane quindi stabilito che la mozione sarà discussa, come richiesto dal Governo, nella seconda quindicina del mese di gennaio.

Annunzio di interrogazioni e di interpellanze.

STELLA, *Segretario*, legge le interrogazioni e le interpellanze pervenute alla Presidenza.

FRASCA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FRASCA. Signor Presidente, chiedo che venga iscritta all'ordine del giorno della seduta di lunedì prossimo la mia interpellanza n. 2-00272 del 10 novembre 1977, riguardante la « licenza per uccidere » concessa ad un noto mafioso del circondario di Lamezia Terme.

Chiedo altresì che venga iscritta all'ordine del giorno della seduta di lunedì prossimo un'altra mia interpellanza, presentata almeno sei mesi fa al ministro della sanità, sull'uso della pillola anticoncezionale in Italia.

Chiedo, infine, che venga iscritta all'ordine del giorno, ai sensi dell'articolo 129 del regolamento, una mia interrogazione riguardante la scarcerazione di cinque mafiosi da parte del giudice del tribunale di Locri, rei di aver ucciso anche un valoroso compagno del partito comunista italiano in una azione di rappresaglia di vera marca mafiosa.

PRESIDENTE. Onorevole Frasca, la sua richiesta sarà valutata ai sensi degli articoli 129 e 137 del regolamento, con due condizioni.

In primo luogo, deve essere accertata la sussistenza dei requisiti di cui agli articoli succitati.

In secondo luogo, con specifico riguardo alle interpellanze, il Presidente della Camera dovrà valutare comparativamente il grado d'urgenza dei vari documenti indicati dai singoli gruppi, proprio ai fini di quell'applicazione rigorosa dell'articolo 137 del regolamento che è stata richiesta alla Presidenza in tema di iscrizione di tali strumenti del sindacato ispettivo all'ordine del giorno dell'Assemblea.

FRASCA. Signor Presidente, la prima interpellanza è certamente di grave urgenza. È strano ed assurdo che il ministro ancora non abbia risposto. Un magistrato — non un magistrato come lei — ha concesso ad un mafioso la possibilità di uscire dal carcere, di costituire una *gang* con gente dedita all'estorsione, che si è resa responsabile di chissà quali reati, compresi un omicidio ed un tentato omicidio: vogliamo conoscere il punto di vista del Governo al riguardo.

Ordine del giorno della seduta di domani.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di domani.

Giovedì 15 dicembre 1977, alle 11.

1. — Assegnazione di progetti di legge alle Commissioni in sede legislativa.

2. — *Seguito della discussione dei progetti di legge:*

Istituzione del servizio sanitario nazionale (1252);

TRIVA ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (971);

GORLA MASSIMO ed altri: Istituzione del servizio nazionale sanitario e sociale (1105);

TIRABOSCHI ed altri: Istituzione del Servizio sanitario nazionale (1145);

ZANONE ed altri: Istituzione del servizio sanitario pubblico (1271);

— *Relatori:* Morini, per la maggioranza; Rauti, di minoranza.

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 14 DICEMBRE 1977

3. — Seguito della discussione della proposta di legge costituzionale:

Senatori BRANCA ed altri: Modifica dell'articolo 1 della legge costituzionale 9 febbraio 1948, n. 1, recante norme sui giudizi di legittimità costituzionale (*approvata dal Senato in prima deliberazione*) (1441);

— *Relatore*: Labriola.

ERRATA CORRIGE

Nel resoconto stenografico del 9 novembre 1977, a pagina 12115, seconda colonna,

deve intendersi soppresso il titolo « Trasmissione dal ministro della difesa » e la relativa comunicazione del Presidente, dalla riga diciannovesima alla riga ventisettesima compresa.

La seduta termina alle 19,40.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DEI RESOCONTI

Avv. DARIO CASSANELLO

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. MANLIO ROSSI

**INTERROGAZIONI E INTERPELLANZE
ANNUNZiate****INTERROGAZIONI
A RISPOSTA IN COMMISSIONE**

D'ALESSIO, POCHETTI E BERLINGUER GIOVANNI. — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere — tenuti presenti i numerosi rilievi mossi dalla stampa; considerati insoddisfacenti i chiarimenti dati nelle comunicazioni del Governo alla Commissione di difesa della Camera dei deputati (seduta del 10 novembre); richiamata la decisione del Ministero di sospendere il giudizio di avanzamento degli ufficiali generali medici e conseguentemente la nomina del capo del servizio sanitario dell'esercito — più pertinenti risposte in merito alla congruità e alla attendibilità degli accertamenti compiuti, a più riprese e in varie sedi, sulla malattia del detenuto evaso Kappler e in particolare per conoscere le precise responsabilità di ciascuno dei medici militari che hanno visitato il detenuto, che hanno attestato il suo precario stato di salute, che hanno avuto la responsabilità dei controlli, e come essi spiegano:

1) perché nel malato affetto da tumore non è stata riscontrata metastasi;

2) perché secondo quanto risulta dai documenti trasmessi alla commissione di difesa, la « massa addominale » riferentesi al tumore compaia e scompaia alternativamente;

3) perché non è mai stato eseguito il clisma opaco, esame radiografico che con buone possibilità avrebbe messo in evidenza la natura della massa addominale;

4) quali dati certi sussistono per provare che il campione prelevato nel febbraio del 1976 per l'esame istologico sia stato il medesimo su cui si è svolto l'accertamento che ha portato alla diagnosi di adenocarcinoma.

Per conoscere infine se il ministro riterrà opportuno esibire alla Commissione difesa la cartella clinica del paziente.

(5-00968)

LUCCHESI. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per conoscere quali sollecitazioni intenda fare nei con-

fronti della RAI (Radiotelevisione Italiana) perché venga finalmente risolto il problema della ricezione dei programmi televisivi (primo e secondo canale) in una vasta zona delle province di Pisa e Livorno denominata Val di Cecina.

In detta zona, da Saline di Volterra a San Pietro in Palazzi, il segnale televisivo arriva in maniera imperfetta e gli apparecchi di ricezione sono quasi sempre condizionati da un continuo e fastidioso « effetto neve ».

I cittadini della zona (e particolarmente quelli di Saline di Volterra, Ponteginori, Casino di Terra e delle frazioni del Comune di Riparbella) stanno da tempo protestando, senza esito, ma non intendono sopportare più a lungo questa situazione, tanto che si prospetta l'eventualità (già sperimentata in altre zone del paese, in circostanze analoghe) di non provvedere al rinnovo del canone e consegnare i relativi libretti.

L'interrogante si augura che l'intervento del Ministro riesca a dare adeguata e definitiva risposta a questa giusta rivendicazione.

(5-00969)

BERLINGUER GIOVANNI, CARDIA, COCCO MARIA, MACCIOTTA, MONTELEONE E LAMANNA. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere —

considerato che è stato annunciato il prossimo smantellamento degli impianti dell'Italproteine e della Liquichimica Biosintesi, prima ancora dell'inizio della produzione, e che questo potrebbe anche determinare difficoltà agli impianti collegati;

preso atto che il Consiglio superiore di sanità ha disposto ulteriori accertamenti —:

a) quali siano gli stabilimenti che producono bioproteine in altri paesi, in quali quantità, con quali ceppi microbici, con quali controlli;

b) se risultino importazioni in Italia di animali da paesi produttori di bioproteine, e in tal caso quali garanzie esistano sulla loro alimentazione;

c) quali siano stati i calcoli economici sui processi di produzione, anche in termini di tempi di sperimentazione, fatti al momento del parere di conformità, e quali siano adesso le previsioni di costi e ricavi;

d) quale linea intenda seguire il Governo per garantire la duplice e contemporanea esigenza della tutela della salute e dell'occupazione dei lavoratori, anche attraverso misure di riconversione degli impianti. (5-00970)

FAENZI, PANI MARIO, FORTE E DA PRATO. — *Ai Ministri dei trasporti e del turismo e spettacolo.* — Per sapere se sono a conoscenza della situazione esistente nella CIT, della agitazione in corso fra i dipendenti, delle dimissioni dal consiglio di amministrazione dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali unitarie, nonché dello stato di malessere esistente nelle direzioni e negli uffici esteri.

Rilevano altresì i pericoli che potrebbero derivare dal protrarsi dell'attuale stato di cose anche per il noto interesse di alcuni gruppi privati i quali, dopo essersi saldamente inseriti nella società « Valtur », puntano all'obiettivo di privatizzare anche la Compagnia Italiana Turismo.

Per tali motivi gli interroganti chiedono che i Ministri interessati informino il Parlamento:

1) sui motivi della agitazione e sulle misure che si intendono assumere per riportare la CIT ad operare in un quadro di correttezza e di normalità;

2) sulla situazione finanziaria e i programmi futuri della Compagnia anche nel quadro della prevista ristrutturazione funzionale delle partecipazioni pubbliche che operano nel settore turistico;

3) sulle intese avviate con le Regioni anche allo scopo di concretare una più qualificata iniziativa italiana verso i mercati turistici europei e mondiali. (5-00971)

PAGLIAI MORENA AMABILE, DE GREGORIO E BARBAROSSA VOZA MARIA IMMACOLATA. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere — considerato che:

l'articolo 70, comma secondo del decreto del Presidente della Repubblica n. 417 del 31 maggio 1974 prescrive, in caso di contrazione di posti in una scuola o in un istituto, che la determinazione della graduatoria degli insegnanti perdenti il posto si tenga conto « della complessiva anzianità di servizio di ruolo »;

l'ordinanza ministeriale del 20 dicembre 1976 prescrive di scegliere come criterio prioritario la titolarità nella scuola (articolo 2, comma secondo) —

se non ritiene illegittimo il dettato dell'ordinanza ministeriale in quanto in contrasto col decreto del Presidente della Repubblica n. 417 (l.c.) e determinante discriminazioni nei riguardi di insegnanti la cui anzianità di servizio di ruolo dovrebbe, a parità di situazione familiare, essere pienamente riconosciuta. (5-00972)

BARTOLINI, CIUFFINI, SCARAMUCCI GUAITINI ALBA E PAPA DE SANTIS CRISTINA. — *Ai Ministri delle partecipazioni statali e del lavoro e previdenza sociale.* — In merito al grave provvedimento adottato dalla direzione aziendale della SIT-SIEMENS di Terni nei confronti dell'operaio Fabrizio Conti sottoposto ad un provvedimento di licenziamento pur non sussistendo motivi tali da giustificare una misura del genere.

La gravità del provvedimento risulta in tutta la sua evidenza in conseguenza del fatto che il predetto operaio è delegato di reparto e membro dell'esecutivo del Consiglio di fabbrica.

In tali condizioni il licenziamento dell'operaio Fabrizio Conti assume il carattere di un atto intimidatorio e fortemente lesivo delle libertà politiche e sindacali dei lavoratori ed è configurabile come una manovra volta ad ostacolare il normale decorso della vertenza sindacale in atto in tutto il gruppo SIT-SIEMENS che vede al centro della stessa il problema degli investimenti e dell'occupazione nonché il riordino e la riforma delle Partecipazioni statali.

Gli interroganti chiedono di conoscere se e come il Governo intende intervenire, anche in considerazione che trattasi di una azienda a partecipazione statale, per indurre la Direzione aziendale della SIT-SIEMENS di Terni a revocare il provvedimento di licenziamento nei confronti dell'operaio Fabrizio Conti e per garantire all'interno di tale azienda il pieno rispetto delle regole democratiche. (5-00973)

COLOMBA GIULIO, BARACETTI, MIGLIORINI, CUFFARO E BERNARDINI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri del tesoro e delle finanze.* — Per conoscere — premesso:

che con decreto-legge 18 settembre 1976, n. 648, convertito in legge 30 ottobre 1976, n. 730, veniva istituita all'articolo 42

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 14 DICEMBRE 1977

una imposta straordinaria su veicoli a motore, autoscafi, aeromobili, ecc., da corrispondersi entro il 31 ottobre 1976;

che all'articolo 43 dello stesso decreto-legge veniva istituito un diritto speciale a favore dello Stato di lire 25 per ogni colonna giocata sulle giocate dei concorsi pronostici Totocalcio, Totip ed Enalotto, recentemente soppresso;

che le entrate complessive previste in conseguenza ai suddetti provvedimenti dovrebbero corrispondere a 204.350 milioni complessivi per gli anni finanziari 1976 e 1977, in base all'articolo 44 del decreto-legge succitato —

in quale misura le previsioni contenute nell'articolo 44 del suddetto decreto-legge si siano realizzate;

quale parte dei proventi così introitati dallo Stato siano stati spesi in attuazione dello stesso decreto-legge;

se il Governo ritenga di dover urgentemente erogare le somme disponibili in seguito alle operazioni finanziarie in premessa, a copertura parziale degli impegni assunti al primo comma dell'articolo 1 della legge 8 agosto 1977, n. 546, in deroga a quanto previsto dal decimo comma dell'articolo 33 della stessa legge. (5-00974)

COLOMBA GIULIO, TERRAROLI E BARDELLI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere — premesso:

che con l'interrogazione n. 5-00531 veniva richiesto al Ministro di informare il Parlamento sull'eventuale passaggio della foresta di Tarvisio alla gestione della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia e che a tale interrogazione veniva data una risposta sostanzialmente negativa, nonostante il successivo articolo 68 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, stabilisca, come previsto, lo scioglimento della Azienda di Stato per le foreste demaniali;

che in sede di replica a tale interrogazione in Commissione venivano denunciate presunte irregolarità nell'amministrazione della foresta da parte dell'Azienda di Stato per le foreste demaniali;

che anche successivamente si continuava nell'uso distorto dei mezzi meccanici, come si è fatto recentemente, con l'utilizzo dell'autopompa del servizio antincendi boschivi per ghiacciare il trampolino di salto di Tarvisio;

che si è ricorsi più volte a manovre intimidatorie e persecutorie nei confronti del personale dell'Azienda sospettato di fornire informazioni a parlamentari sugli abusi dell'amministrazione —

quale ente o istituzione dovrà provvedere all'amministrazione della foresta di Tarvisio dal 1° gennaio 1978;

quali iniziative e provvedimenti siano stati adottati o intenda adottare il Governo nei confronti dell'attuale amministratore della foresta di Tarvisio;

quali persone, in libertà e senza procedimenti penali a carico, siano di sconsigliabile frequenza, secondo l'amministrazione della foresta, tanto per le guardie in servizio effettivo, pena il trasferimento (la guardia Giuseppini Alberto è stata recentemente trasferita dall'Ufficio amministrazione di Tarvisio al Comando stazione di Sant'Anna d'Alfaedo), che per quelle in prova, pena la non assunzione in ruolo. (5-00975)

ZOPPETTI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere — premesso che:

il decreto del Presidente della Repubblica n. 2053 del 24 settembre 1963 relativo al riordinamento del servizio di collocamento dei lavoratori dello spettacolo, regola su base nazionale il collocamento degli orchestrali, corali, ballerini, artisti, ecc. affidandone l'esercizio ad un ufficio speciale, operante su scala nazionale e strutturato in quattro Sezioni ubicate a Roma, Milano, Napoli e Palermo, e che inoltre competono a questi uffici speciali il collocamento ordinario degli impiegati, operai e lavoratori in genere ausiliari dello spettacolo, dipendenti da esercizi teatrali, cinematografici, sportivi, ippica, case da gioco, ecc.;

la sezione di Milano che opera per tutto il nord Italia (da Firenze in su) si trova a dover affrontare una mole notevole di lavoro;

nel passato l'ufficio di Milano era dotato di circa 20 unità (anche allora inadeguato), oggi a causa dell'esodo favorito dalla 336 o per la messa in quiescenza, si è ridotto ad operare con sole cinque unità compreso il dirigente, con una attività i cui dati significativi sono i seguenti:

iscrizione e reiscrizione circa 4.500 annue;

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 14 DICEMBRE 1977

avviamento al lavoro circa 130.000 annui, che potrebbero raggiungere le 180.000 e più con l'obbligo a tutte le aziende di osservare le norme di legge;

le imprese che agiscono nel territorio di competenza sono 1.200 circa;

gli iscritti a tutte le categorie sono circa 200 mila;

i dati suesposti non dimostrano a sufficienza la mole di lavoro presente nell'ufficio, è necessario avere presente la faragginosità delle procedure amministrative, per ogni pratica sono previsti una serie di passaggi non evidenziabili;

pertanto si ha buoni motivi di ritenere, che la mole di lavoro attribuita all'ufficio, accompagnata dal vuoto pauroso di organico, riduca l'attività del personale presente a svolgere solo attività amministrativa, senza avere possibilità di intervenire nei confronti di quelle organizzazioni che operano illegalmente;

sembra che ci siano anche in questo settore intermediazioni di lavoro con gravi speculazioni ai danni di lavoratori e della loro dignità, come si constatano pure evasioni dei contributi previdenziali e fiscali (su una retribuzione di 30-40 mila lire giornaliere vengono assoggettate a trattenute paghe nominali di 5.000-8.000 lire e per numero di giornate di gran lunga inferiore a quelle lavorate);

sottolineata la precarietà dell'organico presente all'ufficio di Milano il quale non è in grado di svolgere neanche l'attività ordinaria -

quali urgenti misure ha inteso adottare per potenziare l'organico e quali in attesa della riforma del collocamento per dare un assetto strutturale in grado di far fronte alla domanda che ci proviene dal settore.

(5-00976)

BARACETTI E COLOMBA GIULIO. — *Al Ministro della difesa.* — Per sapere se è a conoscenza che numerose « portatrici » carniche della prima guerra mondiale pur avendo ricevuto la comunicazione del riconoscimento del cavalierato di Vittorio Veneto, non hanno comunque fino ad ora ricevuto né l'onorificenza, né l'erogazione dell'assegno annuo dovuto;

per sapere quali passi ha svolto o intende svolgere per far fronte ai ritardi segnalati, considerata anche l'età avanzata delle signore interessate.

(5-00977)

CONTE ANTONIO, BOTTARELLI, GIADRESCO E CORGHI. — *Al Ministro degli affari esteri.* — Per sapere se sia a conoscenza della insostenibile situazione venutasi a creare nella direzione didattica di Liegi, caratterizzata da disfunzioni organizzative e da continui arbitri originati dal comportamento del direttore didattico e del console generale.

In particolare, poiché risulta agli interroganti che:

a) vengono messi in atto - con deplorabile continuità - interventi di tipo autoritario verso insegnanti progressisti impegnati nel difficile lavoro di formazione dei figli dei lavoratori emigrati, senza rispetto per la libertà di insegnamento ed anzi arrogandosi diritti di « censura ideologica »;

b) si frappongono difficoltà al funzionamento di Centri didattici (segnatamente i Centri di St. Nicolas e di Ans) anche dopo regolari decisioni assunte con la partecipazione del console;

c) si procede con gravi ritardi alla nomina degli insegnanti supplenti, provocando danno economico agli interessati e conseguenze deleterie per il lavoro didattico verso i discenti;

d) si pratica normalmente un metodo di « evasione » dalle proprie personali responsabilità, da parte del console e del direttore didattico, con il risultato di paralizzare le iniziative ed accentuare le già obiettive difficoltà;

e) non si favorisce la responsabile partecipazione dei genitori ed anzi se ne disprezza il contributo positivo;

si chiede quali opportuni interventi, nella autonomia e nella legittimità delle proprie funzioni, si intenda adottare per favorire il lavoro educativo, in un clima di collaborazione e di democrazia, anche in vista della inderogabile riforma della scuola italiana all'estero e della istituzione degli organi collegiali e nel quadro della impostazione politica di impegno ed innovazione per i problemi della emigrazione unitariamente accettata dai partiti democratici.

(5-00978)

INTERROGAZIONI
A RISPOSTA SCRITTA

VALENSISE. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere se ritenga di sollecitare i provveditori agli studi perché provvedano alla nomina presso le scuole medie statali degli insegnanti addetti alle libere attività, prescuola, interscuola ecc., che sono in servizio da oltre 5 anni ed hanno conseguito anche il diploma di perito industriale a suo tempo richiesto; ciò in considerazione del fatto che tali insegnanti, attualmente in servizio con nomine provvisorie dei capi di istituto, dovrebbero, se non nominati dai provveditori, essere licenziati entro il 1980, atteso che una ordinanza ministeriale in materia prescrive per gli insegnanti in parola il requisito della laurea che gli stessi insegnanti non sarebbero in grado di conseguire entro il 1980.

(4-04140)

PRETI. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per sapere quale fondamento abbia la voce, secondo la quale il CNEN avrebbe il proposito di acquistare per una cifra aggirantesi sui 7 miliardi il nuovo inutilizzato seminario di Bologna.

L'operazione non sembra economicamente e tecnicamente utile, in quanto l'edificio dovrebbe essere riattato, e il CNEN potrebbe con spesa minore costruire nel Bolognese, ove gli occorra, un edificio meglio adatto ai suoi scopi.

(4-04141)

PRETI. — *Al Ministro della marina mercantile.* — Per sapere se ritenga di dover disporre, con l'urgenza che la particolare situazione richiede, l'istituzione — in località « Capo Portiere » (Latina) — di una delegazione di spiaggia preposta al controllo continuo, lungo tutto il litorale della provincia pontina, per evitare la pesca a strascico sotto costa.

L'interrogante, mentre osserva che il fenomeno della pesca a strascico sotto costa arreca un gravissimo danno alla fauna marina, provoca danni irreparabili alla fauna stessa, con rilevanti danni per la categoria dei pescatori della zona che dalla pesca ricavano i mezzi di sostentamento per le proprie famiglie, auspica che — oltre alla

immediata istituzione degli uffici della « delegazione di spiaggia » — il Ministero, al fine di salvaguardare gli interessi di tutti i pescatori della zona pontina, accerti la possibilità di creare lungo il tratto di costa interessata idonee barriere artificiali, con l'utilizzo eventuale di carcasse di automobili e copertoni di ruote (così come validamente sperimentato in altre località) che fornirebbe un *habitat* più valido per il ripopolamento della fauna marina fortemente depauperato dall'abuso della pesca a strascico tuttora praticato da speculatori di ogni genere.

(4-04142)

CASALINO, ANGELINI E FORTE. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per sapere quali iniziative intende prendere per evitare gli ingiustificati ritardi (denunciati dalla Federazione sindacale provinciale dei ferrovieri di Taranto, dovuti a disorganizzazione degli uffici compartimentali competenti), che si verificano nella realizzazione degli interventi previsti agli impianti fissi sia dai piani di investimenti delle ferrovie dello Stato che dai conti 219 e 501.

Per sapere, altresì, in particolare, i motivi per cui il piano regolatore del ferro della stazione di Taranto non è stato ancora approvato dal consiglio di amministrazione nonostante che il comitato di esercizio del compartimento di Bari abbia da tempo inviato il relativo progetto approvato, mentre sullo stesso piazzale si stanno eseguendo lavori alla linea di contatto ed alla palificazione in modo disorganico rispetto al progetto di cui sopra con evidente spreco di danaro pubblico.

Per sapere, infine, quali concrete iniziative si intendono prendere, dopo aver consultato le organizzazioni sindacali locali, per realizzare alla Squadra rialzo di Taranto — recentemente ristrutturata per una spesa complessiva di circa tre miliardi di lire — una migliore e diversa organizzazione del lavoro capace di utilizzare pienamente sia i lavoratori addetti che l'impianto.

(4-04143)

PRESUTTI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere le ragioni per le quali non venga ancora aperto al traffico il tratto dell'autostrada A 24 da L'Aquila ad Assergi realizzato da oltre un anno, tratto che potrebbe non comportare alcun onere

di gestione sol che si provvedesse ad istituire il controllo dei pedaggi mediante il sistema a barriera, anziché con gli attuali caselli. (4-04144)

VINEIS. — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere le esatte modalità esecutive del ferimento del fante Nicolò Di Salvo, in forza al 22° Battaglione Fanteria « Primaro » presso la caserma Perotti di Fossano, il quale riportava lesioni gravissime alle due gambe con probabile lesione permanente irreversibile perché colpito da un proiettile calibro 7,62 Nato esploso da una mitragliatrice « MG »;

per sapere se non sia vero che, contrariamente alla versione diffusa alla stampa e fatta convalidare anche dai familiari del giovane secondo la quale l'incidente si sarebbe verificato durante esercitazioni di tiro nel poligono ridotto all'interno della Caserma, in realtà il ferimento avrebbe avuto luogo mentre l'allievo caporale Ferrante Federico, pur non avendone titolo data la sua qualifica, stava svolgendo le spiegazioni di funzionamento dell'arma a ciò irregolarmente comandato dai superiori e l'arma stessa era inspiegabilmente carica per le omesse verifiche quotidiane e settimanali demandate ai responsabili dell'armeria che, evidentemente, non vi avevano provveduto;

per conoscere, pertanto, se esistano responsabilità e se sono state assunte le conseguenti iniziative per perseguire i colpevoli. (4-04145)

VAGLI MAURA, BIANCHI BERETTA ROMANA E PERANTUONO. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per sapere se e in quale misura, per quali aziende e con quali finalità, il gruppo EPA e le singole aziende che lo compongono hanno usufruito di agevolazioni e finanziamenti a qualsiasi titolo da parte dello Stato. (4-04146)

SCALIA. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del centro-nord.* — Per conoscere i motivi che hanno indotto la Cassa per il mezzogiorno a recedere dal vincolo associativo del CSEI (Centro studi di economia applicata all'ingegneria) di Catania.

L'interrogante, in particolare, chiede di sapere quali norme di legge impediscono alla Cassa di far parte in qualità di socio, del predetto Centro, dopo che la stessa era stata socio fondatore e attiva e determinante componente della vita del Centro per vari anni.

Poiché risultano essere soci del CSEI l'università di Catania, il FORMEZ e la SVIMEZ, l'interrogante chiede anche di sapere quali sono le valutazioni del Ministro sull'attività di studio, di ricerca, di progettazione e di formazione che il predetto Centro, nel corso degli ultimi anni, ha svolto, attività che, per quanto risulta allo scrivente, sono state, ogni anno, positivamente valutate dai soci, e tra questi in primo luogo dalla Cassa, e dai numerosi studiosi e allievi che hanno gravitato sul Centro.

L'interrogante chiede anche di sapere se risponde al vero, e quali ne sono i motivi nel caso affermativo, che da oltre cinque mesi sono bloccati presso gli uffici del Ministro programmi di ricerca e di formazione volti ad utilizzare la capacità del CSEI di Catania nell'ambito dei programmi di sviluppo previsti dalla legge n. 183.

Inoltre l'interrogante chiede anche di conoscere se risponde a verità la notizia che al solo CSATA di Bari sarebbero stati versati 500 milioni di lire, per il semestre luglio-dicembre 1977.

Ove questa notizia corrisponda al vero l'interrogante chiede di sapere:

i motivi che hanno indotto la Cassa a versare detto contributo a questo unico Centro;

se il contributo erogato a fine dell'anno sia finalizzato a precise attività e quali esse siano;

quali siano i criteri di valutazione e di controllo tecnici ed amministrativi che assicureranno la validità e la utilità per il Mezzogiorno della somma così impiegata.

Infine l'interrogante richiama l'attenzione e la sensibilità del Ministro affinché riconsideri la situazione del CSEI di Catania — e quella di altri enti che si trovano nella medesima situazione e che hanno utilmente operato per lo sviluppo scientifico e umano delle regioni meridionali — e permetta, in una prospettiva di azione coordinata alla nuova fase di intervento per il Mezzogiorno, il rilancio ed il potenziamento di tale istituzione. (4-04147)

BANDIERA. — *Al Ministro degli affari esteri.* — Per conoscere quali ulteriori iniziative possa intraprendere la nostra rappresentanza diplomatica a Teheran in favore del cittadino italiano Carlo Sangiovanni, detenuto nelle carceri di Zendan Ghassr da un anno.

La famiglia, composta dalla madre dalla moglie e da tre figli, riesce ad avere solo indirettamente, anche tramite la nostra ambasciata, notizie drammatiche sulle condizioni del Sangiovanni, costretto a vivere in condizioni inumane. Egli verserebbe in gravissime condizioni di salute e il suo equilibrio psichico comincerebbe a vacillare.

L'interrogante chiede di sapere se il Ministero degli affari esteri, attese le disperate condizioni economiche della famiglia, priva di altro sostegno, non intenda disporre un patrocinio legale, a cura della nostra ambasciata inteso ad ottenere una sollecita definizione del procedimento penale ed un trattamento analogo a quello dei cittadini iraniani coimputati, che sono stati già rimessi in libertà;

e se non voglia ripetere un pressante intervento presso il Governo iraniano volto ad ottenere un provvedimento di grazia.

(4-04148)

BANDIERA. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per essere informato sulle condizioni di cessione, da parte della GEPI, della SIBEG-Coca Cola Società per azioni operante in Sicilia; se e in che misure siano stati recuperati i finanziamenti concessi dalla GEPI alla predetta società; se era previsto l'impegno del mantenimento dei livelli di occupazione, atteso che questi impegni erano contenuti in altre offerte di cessione degli impianti SIBEG e che questo era, d'altra parte, l'obiettivo dell'intervento della GEPI.

L'interrogante dopo la decisione della nuova gestione di licenziare i dipendenti dello stabilimento di Siracusa e di chiudere gli impianti, chiede di conoscere se non si intenda dare disposizioni alla GEPI, che rimane socio di minoranza della SIBEG, di richiedere il mantenimento in funzione dell'impianto di Siracusa o, quanto meno, lo accoglimento di proposte di gestione che garantiscano il livello di occupazione. (4-04149)

ARMELLA. — *Al Ministro delle partecipazioni statali.* — Per sapere se sia a conoscenza del gravissimo pregiudizio che alle

imprese di autotrasporti della zona di Tortona e Novi Ligure (che concentra il maggior numero di aziende del settore della provincia di Alessandria) deriva dal mancato pagamento da parte dell'Italsider dei servizi resi da diversi mesi.

Al ritardo nel pagamento si aggiunge il rifiuto da parte dell'Italsider di riconoscere i conseguenti oneri finanziari, particolarmente pesanti per gli attuali tassi bancari a carico delle imprese che possono ricorrere al credito.

Per sapere, inoltre, se il Ministro ritenga che la situazione sia rimediabile e in quali tempi e modi e quali provvedimenti intenda prendere, nell'ambito delle sue competenze, per assicurare, con la regolarità dei pagamenti, la continuità della vita delle dette imprese. (4-04150)

VINEIS. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per sapere se non ritiene di dover dare disposizioni interpretative in ordine alla concessione dei permessi di colloquio fra avvocati e detenuti « definitivi » in considerazione della difficoltà applicativa della legge 26 luglio 1975, n. 354, modificata con legge 12 gennaio 1977, n. 1; fa presente che, proprio per la mancata specifica regolamentazione legale del problema, l'Ispettorato distrettuale di Torino ha riduttivamente interpretato le disposizioni vigenti diramando nello scorso mese di settembre una circolare con la quale tali colloqui venivano vietati. (4-04151)

PERRONE. — *Ai Ministri dell'interno e del lavoro e previdenza sociale.* — Per sapere se in presenza della decisione adottata dal tribunale amministrativo regionale del Lazio, sezione III, che con sentenza del 26 settembre 1977 ha annullato per gravissime irregolarità le promozioni a direttore di divisione effettuate dall'INADEL l'11 novembre 1975, non ritengano ciascuno, per la propria competenza, di intervenire con urgenza per impedire che si effettuino nuove illegittime promozioni e di disporre non solo il rinnovo dello scrutinio, ma anche perché sia data la precedenza, in questa circostanza, a quei direttori provinciali, assurdamente ed ingiustificatamente non inquadrati nella dirigenza con il contratto allegato al decreto del Presidente della Repubblica del 26 maggio 1976, n. 411, pro-

prio in conseguenza delle immotivate ed ingiuste discriminazioni attuate nelle promozioni ora annullate dal predetto tribunale amministrativo regionale del Lazio; e se non ritengano altresì opportuno, sempre in presenza della predetta decisione del tribunale amministrativo regionale, impartire precise direttive agli enti di assistenza e previdenza perché includano nella categoria di dirigenti i direttori che pur non avendo avuto, per mancanza di posti in organico, la possibilità di essere promossi a direttori superiori o a direttori principali, hanno comunque svolto nelle sedi periferiche le mansioni di direttore. (4-04152)

PRESUTTI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere per quali gravi impedienti ragioni l'ANAS, subentrata alla SARA a seguito della decadenza della concessione, non abbia ancora provveduto ad appaltare i lavori di completamento dell'asse di penetrazione delle autostrade A 24 e A 25 nella città di Roma, giacché è noto che con la realizzazione di un tratto di soli 800 metri le predette autostrade sarebbero direttamente collegate con le esistenti tangenziali con evidente vantaggio del traffico interno di Roma e di quello proveniente dalle autostrade. (4-04153)

MICELI VINCENZO. — *Al Ministro della difesa.* — Per sapere quale siano state le cause che hanno portato al decesso della recluta aviare Vito Di Troia in forza presso il 60° BAR di Trapani.

Se ritiene, nelle more dell'accertamento delle cause, di intervenire con opportune scelte rivolte in particolare alla garanzia d'igienicità della caserma, per dare quella tranquillità di cui hanno bisogno tutti i militari (circa 1.800) che si trovano nel 60° BAR ed ai loro familiari?

Se ritiene di dover maggiormente garantire i giovani militari, con strutture sanitarie più adeguate e se nel caso dovessero mancare ricorrere con più celerità al ricovero in ospedali, in quanto una cosa ha profondamente turbato la opinione pubblica, per la morte del Di Troia, e cioè il ritardo con il quale il giovane deceduto è stato trasportato in ospedale, dopo 5 ore dal ricovero nell'infermeria della caserma.

Per conoscere quale iniziativa intende prendere, per evitare che un caso così increscioso venga a turbare una struttura ri-

tenuta necessaria dai trapanesi per la stessa sopravvivenza dell'economia della città. (4-04154)

COSTAMAGNA. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere —

dato che l'articolo 65 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, stabilisce che il Ministero deve entro novembre di ogni anno pubblicare l'elenco aggiornato dei sovrintendenti sanitari, direttori sanitari e primari (e separatamente dei professori universitari) che potranno essere sorteggiati per la formazione delle commissioni sia degli esami di idoneità che di assunzione presso gli enti, per sapere il perché il Ministero non osserva tale disposto di legge —

se è a conoscenza che l'ultimo elenco, che è stato pubblicato il 22 marzo 1976, aggiornato quindi alla situazione del novembre 1975, comprende molti sanitari che nel frattempo sono andati in pensione (e non possono quindi partecipare) mentre mancano molti nominativi di sanitari nel frattempo divenuti designabili e di conseguenza, specialmente per alcune specialità, è difficile formare le commissioni mancandovi nominativi di medici reperibili almeno nella regione (si tenga conto che partecipare ad una commissione costituisce ormai un danno economico per i prescelti dati i rimborsi irrisori ed il divieto di compenso per i medici dipendenti ospedalieri);

per chiedere al Ministro quali intenzioni abbia per il rispetto della legge. (4-04155)

CONTE ANTONIO. — *Al Ministro del tesoro.* — Per sapere quando sarà concluso l'iter per la liquidazione della pensione di guerra al signor Colatruglio Salvatore nato a San Bartolomeo in Galdo (Benevento) il 13 aprile 1919. Il numero di posizione è, 1.613715.

L'interrogante precisa che il sunnominato presentò un nuovo ricorso alla Corte dei conti (iscritto a ruolo con il n. 834614) del quale non ha ancora ottenuto notizia. (4-04156)

BONIFAZI. — *Al Ministro del tesoro.* — Per conoscere, premesso che il signor Burroni Osvaldo, residente in Siena (posizione n. 197322) ha richiesto all'ENPAS sin dal 1° giugno 1974 la ricongiunzione del

periodo di servizio prestato nell'Arma dei carabinieri con quello prestato presso l'amministrazione provinciale di Siena, ai sensi delle leggi n. 523 e n. 761, i motivi della mancanza di ogni e qualsiasi risposta da parte dell'ente; e per sapere se non interda intervenire perché l'interessato, ormai prossimo alla pensione, possa veder accolto, dopo tre anni e mezzo dalla richiesta e vari solleciti, il suo buon diritto.

(4-04157)

SPONZIELLO. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere — in relazione all'ordine del giorno approvato dalla Corte di appello di Roma, riunita in assemblea a norma degli articoli 93 e seguenti dell'ordinamento giudiziario (che si ha motivo di ritenere essere stato portato a conoscenza del Ministro);

constatata anche la persistenza delle vacanze nel già insufficiente organico di detta Corte, nella misura di ben 20 posti su 90, che inevitabilmente si aggraverà in conseguenza dei collocamenti a riposo e in aspettativa di altri magistrati —

se ritenga di svolgere, nell'ambito della propria competenza e responsabilità, azione idonea a colmare le denunciate carenze.

Appare opportuno sottolineare che, non provvedendovi come auspicato e, peraltro, dovuto, si va incontro ad una paralisi pressoché totale della Corte di appello di Roma: il che non può non costituire motivo di gravissima preoccupazione non solo per gli operatori del diritto ma anche per i cittadini che finirebbero col perdere la fiducia nella giustizia.

(4-04158)

SPONZIELLO. — *Al Ministro del tesoro.* — Per conoscere quali ragioni ostano perché venga rimessa alla direzione provinciale del Tesoro di Lecce la pratica di reversibilità, già definita, della pensione di cui godeva Tafuro Salvatore (n. di iscriz-

zione 1571257 e posizione n. 951006), in favore della vedova Tafuro Maria e, per essa, successivamente defunta, dei suoi legittimi eredi.

(4-04159)

PERRONE. — *Al Ministro del tesoro.* —

Per sapere — premesso:

che tutte le amministrazioni dello Stato, nel corrispondere al personale dipendente le competenze mensili, che peraltro decorrono dal 1° di ogni mese, consegnano agli interessati una busta o altro documento sul quale vengono riportate tutte competenze dovute e liquidate per quel periodo;

che la decorrenza del trattamento pensionistico mensile non decorre dal 1° del mese, in quanto scaglionato a seconda della categoria di appartenenza;

che agli interessati non viene rilasciato alcun documento dal quale risulti il conteggio delle competenze dovute;

in considerazione anche delle avanzate tecnologie realizzate presso alcuni Enti —

se non intenda impartire le opportune disposizioni perché:

a) sia introdotto un sistema di gestione e di memorizzazione tale da permettere la elaborazione automatica di uno specchio dimostrativo delle competenze liquidate da consegnare agli interessati all'atto del ritiro della pensione;

b) le competenze decorrano sempre dal primo del mese.

Una simile innovazione, oltre alla chiarezza e precisione del servizio permetterebbe ai fedeli servitori dello Stato di controllare puntualmente le loro competenze, eviterebbe il formarsi di lunghe code presso gli uffici provinciali del tesoro, ai quali gli interessati ricorrono sistematicamente per avere delucidazioni in merito, il che in definitiva si ripercuote negativamente sul servizio in quanto parte del personale addetto agli uffici deve essere distolto dal lavoro produttivo per dare le richieste delucidazioni con inevitabile disfunzione del servizio o aggravio dell'erario.

(4-04160)

**INTERROGAZIONI
A RISPOSTA ORALE**

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro degli affari esteri per sapere se abbiano fondamento le voci, secondo le quali esisterebbero forti pressioni per la nomina di ambasciatori politici, e sarebbero candidati a tali nomine anche un paio di ministri, dei quali si giudica opportuna la rotazione. A ciò non si opporrebbero taluni partiti del fronte della astensione, che potrebbero in compenso portare avanti i propri candidati. La tradizione italiana, a parte la giustificata e comprensibile nomina di pochissimi ambasciatori politici nell'immediato dopoguerra, è stata sempre ben ferma nella designazione di funzionari statali a capo delle ambasciate. Non vale chiamare in causa l'esempio degli USA, dove i principali ambasciatori sono di nomina politica. Nel nostro Paese le condizioni sono del tutto diverse, e nell'interesse nazionale va evitato con ogni cura che, anche indipendentemente dalla nomina ad ambasciatori di estranei all'amministrazione statale, la imperversante lottizzazione si estenda pure alla pubblica amministrazione, dove i funzionari vanno promossi in relazione alle sole capacità personali, indipendentemente dalle affiliazioni e protezioni politiche.

(3-02250)

« PRETI, SCOVARICCHI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dei lavori pubblici per conoscere se ritenga indifferibile l'urgente e completo ripristino della transitabilità della strada statale n. 112 Bovalino-Plati-Bagnara in provincia di Reggio Calabria;

per conoscere, inoltre, le ragioni per le quali sulla detta strada statale n. 112 non siano stati effettuati ormai da anni lavori di manutenzione ordinaria e sia stato trascurato il ripristino della transitabilità in occasione della caduta di una frana in contrada Pianori-dello Zillastro, creando condizioni di grave disagio per tutte le popolazioni interessate;

per conoscere, altresì, se ritenga di promuovere la realizzazione di una seconda trasversale a scorrimento veloce della provincia di Reggio Calabria attraverso l'ammodernamento della detta strada statale numero 112 da Bovalino al Tirreno, tenendo

conto dello studio di tale viabilità redatto dall'ingegner Antonio Brath di Reggio Calabria presentato fin dal 1974 ad amministratori locali e rappresentanti politici della zona Ionica e della zona Tirrenica della provincia di Reggio nonché a dirigenti della ANAS, studio la cui realizzazione è auspicata da tutte le popolazioni, da ordini del giorno di consigli comunali e da rappresentanti di forze politiche e sociali che considerano la costruzione ammodernata della detta seconda trasversale a scorrimento veloce della provincia di Reggio Calabria infrastruttura indispensabile per lo sviluppo economico, in particolare turistico ed agricolo della costa Ionica, nonché della costa Tirrenica, zone tutte interessate ad essere urgentemente quanto efficientemente tolte dalla situazione di isolamento viario che caratterizza il tratto più meridionale dell'Aspromonte, con conseguenze gravi anche sulle condizioni di sicurezza pubblica di quelle contrade.

(3-02251)

« VALENSISE, TRIPODI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro di grazia e giustizia per conoscere:

il suo pensiero sulla decisione di unificare l'inchiesta giudiziaria contro 89 cittadini accusati di appartenere ai PID e di svolgere attività volta a favorire il processo di democratizzazione dell'esercito con quella in corso contro il collettivo denominato " Via dei Volsci " di Roma;

in base a quali valutazioni si è ritenuto di procedere in questa direzione dopo che erano stati revocati gli 89 mandati di cattura e un vasto schieramento democratico e di opinione aveva espresso la propria indignazione per l'operato del magistrato Alibrandi, recentemente sollevato dall'incarico di procedere nell'istruttoria contro questi 89 cittadini;

se non ritenga impossibile che 89 cittadini accusati di reati commessi nel 1974 possano essere ora perseguiti anche per la inchiesta contro il collettivo Via dei Volsci; inchiesta recentissima e che niente ha a che vedere con i reati di cui sono imputati gli 89 cittadini;

quali misure intende prendere per riferire al Parlamento su questa nuova e grave iniziativa della magistratura e se non ritenga di dover intervenire per conoscere direttamente le implicazioni della vicenda e la portata delle incriminazioni tenendo

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 14 DICEMBRE 1977

conto delle dichiarazioni di disponibilità svolte alla Camera, lunedì 12 dicembre 1977, in risposta a varie interrogazioni presentate sul caso di questi 89 cittadini incriminati.

(3-02252) « MILANI ELISEO, CASTELLINA LUCIANA, CORVISIERI, MAGRI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri del lavoro e previdenza sociale e del tesoro, per conoscere il loro giudizio sulla situazione di seguito descritta.

« Premesso che l'Ospedale provinciale per lungo degenti di Cuasso al Monte (Varese) è stato costituito con decreto del Presidente della Repubblica n. 1228 del 9 luglio 1970 in Ente ospedaliero e che il medico provinciale di Varese ha provveduto ai sensi e per gli effetti dell'articolo 59 della legge n. 132 del 12 febbraio 1968, mediante decreto n. 2734 del 27 aprile 1971, al trasferimento di tutto il personale della Croce Rossa Italiana al nuovo Ente costituito; che in seguito veniva pubblicata sulla *Gazzetta ufficiale* n. 203 del 2 agosto 1974 la legge n. 303 del 14 giugno 1974 "Trattamento di previdenza e di assistenza contro le malattie del personale delle istituzioni sanitarie dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, dell'Istituto nazionale per assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, della Croce Rossa Italiana e dell'Istituto superiore di odontoiatria, costituiti in enti ospedalieri".

« Poiché il Ministero del tesoro (Cassa previdenza dipendenti enti locali), nella interpretazione della legge n. 303 sopracitata ha chiesto all'Istituto nazionale della previdenza sociale il trasferimento dei contributi previdenziali di vecchiaia, versati, nel caso di questi dipendenti, per il solo periodo di servizio prestato presso le unità della Croce Rossa Italiana; avviene che la legge n. 303, così interpretata, porta a delle conseguenze disastrose per il personale che raggiunge l'età del pensionamento, in quanto del personale prima di essere alle dipendenze della Croce Rossa Italiana aveva lavorato in aziende private, o presso altri soggetti tenuti alla normativa INPS ed in seguito alle dipendenze della CRI aveva continuato a versare all'INPS i propri contributi per la pensione.

« Dalla interpretazione restrittiva dell'articolo 1 della legge n. 303 del 1974 discende che la Previdenza sociale liquida all'assicurato una pensione contributiva per il pe-

riodo precedente al servizio prestato alla CRI ed il Ministero del tesoro una pensione per gli anni di servizio, che non devono essere meno di quindici, alle dipendenze della CRI e dell'Ente ospedaliero, con il risultato che in alcuni casi il dipendente dopo quaranta anni di lavoro viene a percepire due pensioni minime che gli tolgono dalla quiescenza circa una metà di quanto avrebbe maturato.

« Non è concepibile che in uno stato di diritto possano essere promulgate delle leggi che riformano in peggio, ove si consideri che nel caso di specie il passaggio del personale dalla CRI all'Ente ospedaliero non è stato una libera scelta del dipendente, ma un trasferimento obbligato ex decreto del Presidente della Repubblica 9 luglio 1970, n. 1228, per il semplice fatto che nessuna altra attività della CRI esisteva in Cuasso al Monte.

« Rilevato che in situazioni analoghe si trovano i dipendenti di altri ospedali ex CRI, gli interroganti chiedono di conoscere la interpretazione del Governo della citata legge n. 303, al fine di poter riconoscere le legittime richieste dei dipendenti e cioè:

1) che sia riconosciuto loro valido ai fini del trattamento di quiescenza da parte della CPDEL e CPS tutto il periodo di servizio prestato presso l'INPS, in forza dell'articolo 1 della più volte citata legge;

2) che, in alternativa, sia possibile trasferire i contributi CPDEL e CPS alla Cassa pensioni INPS anche se il dipendente ha maturato il diritto al minimo di pensione presso la CPDEL e CPS, al fine di avere una sola pensione.

(3-02253)

« PORTATADINO, TEDESCHI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'agricoltura e delle foreste, per sapere:

1) se risponde a verità la notizia secondo cui il giorno 21 gennaio 1978, l'attuale consiglio della FISE (Federazione italiana sport equestri) abbia convocato l'Assemblea dei soci per procedere alla elezione del solo nuovo presidente federale;

2) nel caso che tale notizia risponda al vero, se non si ritiene che, in tal modo, venga operata una palese e netta violazione delle norme statutarie che regolano la stessa FISE;

3) quali provvedimenti si intendono adottare per evitare una tale violazione al fine di ristabilire in breve tempo una normale gestione della federazione equestre.

« Si chiede, inoltre, se sia veritiera la notizia, pubblicata dai giornali, secondo la quale alla elezione degli organi direttivi federali partecipano appena 150 soci dei 1.200, direttamente tesserati, e se non si ritiene che questo aspetto statutario non sia in profondo contrasto con i più elementari diritti costituzionali e democratici.

(3-02254)

« PRESUTTI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri, per conoscere — in relazione al disastro accaduto l'8 dicembre 1977 all'interno dello stabilimento Montedison di Brindisi, nel quale tre lavoratori sono deceduti nel tentativo di impedire più gravi conseguenze ed altri 50 sono rimasti feriti —:

a) se siano state accertate le cause e le responsabilità del sinistro e quali misure saranno adottate — con riferimento, in particolare, alla verifica delle strutture tecnico-funzionali e alla qualità e ai tempi della manutenzione degli impianti — a salvaguardia della sicurezza del complesso ed a garanzia della incolumità e salute dei lavoratori e delle popolazioni;

b) se non intenda, finalmente, assicurare un impegno concreto e complessivo del Governo adeguato alla rilevanza e gravità dei problemi conseguenti al disastro ed a quelli più generali preesistenti in tutto il Salento ed in particolare nella provincia di Brindisi così che le questioni da affrontare assumono il valore ed il rilievo di un effettivo ed immediato terreno di verifica degli indirizzi di politica meridionalistica del Governo;

c) se non ritenga di dover assumere — previ gli opportuni incontri con le rappresentanze elettive regionali e locali nonché con le componenti politiche e sindacali — tutte le iniziative atte a confermare e salvaguardare il ruolo di polo chimico dell'area industriale di Brindisi, e ciò sia nella congiuntura che nella prospettiva.

(3-02255) « STEFANELLI, DI GIULIO, CIRASINO, REICHLIN, SICOLO, ANGELINI, CASALINO, CONCHIGLIA CALASSO CRISTINA, BARBAROSSA VOZA MARIA IMMACOLATA, CARMENO, DE CARO, GIANNINI, GRAMEGNA, MASIELLO ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare i Ministri della marina mercantile e dei lavori pubblici, per conoscere quali iniziative intendano assumere al fine della realizzazione di un collegamento più economico e più rapido fra la Sardegna e la Toscana, attraverso la Corsica.

« In particolare chiede di conoscere se sia stato acquisito il parere favorevole a tale soluzione che una Commissione della CEE incaricata dello studio del problema ha espresso al riguardo nei giorni scorsi e se si intendano realizzare, in particolare, le nuove strade di comunicazione nell'isola italiana e i nuovi traghetti indispensabili per collegare la Sardegna alla Corsica e quest'ultima alla Toscana.

« L'interrogante chiede infine di conoscere quali tempi di realizzazione siano prevedibili, se siano presi gli opportuni contatti con la Francia per le necessarie opere da eseguire in Corsica.

« L'interrogante rappresenta l'importanza di tale nuovo collegamento che può rivoluzionare il sistema dei trasporti da e per la Sardegna al fine dello sviluppo della Sardegna medesima e della Corsica.

(3-02256)

« PAZZAGLIA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare i Ministri dell'interno e della pubblica istruzione, per avere notizie in ordine ai gravi fatti accaduti a Gallarate durante le elezioni scolastiche al liceo scientifico nel corso delle quali lo studente Carlo Coletti è stato inopinatamente aggredito e percosso da elementi di sinistra con conseguente ricovero in ospedale.

« Ritenuto che l'episodio rammentato si inquadra nel clima di violenza instaurato nella città da una minoranza di facinorosi di cui non viene contrastata l'azione eversiva, all'interrogante interessa di conoscere se, almeno in occasione di una tanto importante prova elettorale, siano state prese adeguate misure per assicurare il regolare svolgimento e, in difetto di ciò quali provvedimenti il Governo intenda adottare a carico dei responsabili con l'ovvio fine di fare intendere a chiunque come la libertà di espressione vada garantita a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro collocazione politica.

(3-02257)

« SERVELLO ».

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 14 DICEMBRE 1977

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, per conoscere se ritenga urgente far cessare la caotica situazione dei prezzi della pasta di semola che avrebbe indotto taluni pastifici (Buitoni a Sansepolcro e a Foggia e tutti i pastifici in Sardegna) a chiudere e ciò attraverso la fissazione di un prezzo unico in Italia, nella piena tutela degli interessi del consumatore.

(3-02258)

« PAZZAGLIA, ROMUALDI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro della sanità, per sapere quale è attualmente lo stato della programmazione regionale ospedaliera prevista dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e sostanzialmente riconfermata dalla legge n. 386 del 1974, e, in particolare quale è lo stato di previsione programmatica e di concreta conseguente istituzione di reparti di chirurgia pediatrica.

« La recente triste vicenda del reparto di chirurgia pediatrica ha evidenziato che senza ombra di dubbi la maggior responsabilità di ciò, che è purtroppo successo, sta nel sovraffollamento del reparto stesso, e il sovraffollamento di degenti provenienti non dalla sola regione Lombardia ma da ogni parte d'Italia era una risposta obbligata sul piano umano alle pressioni esercitate dai parenti dei bimbi affetti da malformazioni cardiache, pressioni che peraltro non potevano trovare totale accoglimento.

« A parere dell'interrogante non può mancare in sede di Parlamento nazionale un'occasione di verifica dei gravi ritardi nella programmazione regionale ospedaliera

e delle negative conseguenze di questa mancata programmazione, tra le quali va senz'altro iscritta la mancanza di una uniforme presenza sul territorio nazionale di una rete di presidi ospedalieri specializzata per la chirurgia infantile.

(3-02259)

« MORINI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro del commercio con l'estero, per sapere se rispondono al vero le notizie pubblicate dall'*Espresso* di una prossima sostituzione del presidente dell'ICE, anticipando così di due anni la naturale scadenza; per sapere, inoltre, se non ritenga opportuno smentire quanto riferito dallo stesso settimanale secondo cui l'ICE sarebbe sempre più funzionale alle grosse aziende, quasi apposito ufficio esteri delle stesse, con ciò, se fosse vero, creando disagio ai piccoli e medi operatori che più degli altri hanno bisogno di avvalersi degli strumenti operativi e conoscitivi di cui l'ICE dispone.

(3-02260)

« MASTELLA, LICHERI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri ed il Ministro dell'interno, per conoscere i provvedimenti che il Governo intende adottare nei confronti dei promotori e degli organizzatori del sindacato di polizia aderente alla triplice sindacale per la violazione della legge attuata come sfida alle leggi dello Stato democratico e al libero Parlamento alla vigilia delle sue decisioni sulla riforma della pubblica sicurezza.

(3-02261)

« DELFINO ».

INTERPELLANZE

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro delle partecipazioni statali, per conoscere — premesso che la direzione dell'ANIC ha presentato, nei giorni scorsi, ai sindacati un piano di ristrutturazione degli stabilimento di Gela fortemente caratterizzato da previsioni di liquidazioni o di marcato ridimensionamento di una serie di impianti esistenti, senza, peraltro, riaffermare la validità degli impegni precedentemente assunti, in varie trattative, per nuove iniziative, determinando di conseguenza gravi e fondate preoccupazioni per la salvaguardia degli attuali livelli occupazionali e per la stessa prospettiva del polo petrolchimico gelese — il punto di vista del Governo sulla proposta di ristrutturazione formulata dall'ANIC.

« In particolare i motivi della proposta di ridimensionamento della Centrale termoelettrica, del settore raffinaria e del settore dell'inorganica.

« Gli interpellanti chiedono di sapere, inoltre, le cause che inducono i dirigenti ANIC a dichiarare antieconomico il nuovissimo impianto di polietilene costruito nel 1971 ed entrato da poco nella fase di prima produzione; ed ancora in base a quali valutazioni si propone di ridimensionare al solo uso interno l'impianto di dissalazione acqua che per accordi formalmente assunti con altri organismi pubblici, dovrà servire alla dotazione idrica per gli usi agricoli e civili del territorio, particolarmente della fascia dei comuni di Gela, Licata, Palma Montechiaro, Porto Empedocle, Agrigento.

« Gli interpellanti chiedono di sapere, infine, i motivi della mancata attuazione degli investimenti sostitutivi, frutto di numerose lotte e di laboriose trattative sindacali, e per cui l'ANIC aveva assicurato ripetutamente l'immediato inizio dei lavori di costruzione degli stabilimenti per il raddoppio dell'impianto di polipropilene e del cosiddetto "Gela-est" e quali assicurazioni il Governo intende fornire al Parlamento per la garanzia di mantenimento e di sviluppo dei livelli occupazionali, per la realizzazione di tutti gli impegni assunti in precedenza, compresi quelli relativi al piano di infrastrutture finanziato dalla Cassa per il Mezzogiorno col progetto speciale n. 2.

« Tutto ciò al fine di tranquillizzare i lavoratori e le popolazioni interessate, fortemente turbate dalle proposte ANIC che per la loro natura e dimensione oltre a far temere gravi contraccolpi per l'immediato determinano forti preoccupazioni per il futuro dell'attività produttiva degli stabilimenti di Gela.

(2-00300) « SPATARO, PUMILIA, ARNONE, SINESIO, VIZZINI, CACCIARI ».

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro delle partecipazioni statali per conoscere — premesso che la Grandi motori Trieste — azienda del gruppo Fincantieri, sorta per concentrare l'attività di produzione di motori marini *diesel* in Italia precedentemente svolta dalla FIAT, dai Cantieri riuniti dell'Adriatico — CRDA (Fabbrica macchine di Sant'Andrea) e dall'Ansaldo — sta attraversando una fase di crisi, evidenziata da vari fattori:

sul piano della composizione del capitale sociale, dall'iniziale pariteticità della partecipazione dell'IRI e della FIAT si è giunti all'attuale rapporto 75 per cento IRI, 25 per cento FIAT;

sul piano della gestione, nonostante un incremento del fatturato nel 1976, si prospettano situazioni di disavanzo sempre più pesanti;

sul piano dei programmi, ove non appaiono ancora ben delineate le linee di una nuova politica commerciale e produttiva, avendo la crisi cantieristica evidentemente modificato le iniziali previsioni —:

1) gli indirizzi produttivi e commerciali che la Fincantieri intende far assumere alla Grandi motori Trieste;

2) se è nei progetti della Fincantieri l'utilizzo della legge sulla riconversione e ristrutturazione industriale per perseguire obiettivi di diversificazione della produzione che sembrano indispensabili sia per il miglioramento dei risultati economici della gestione sia per assicurare continuità di lavoro alle maestranze;

3) se ritenga opportuno collegare alla produzione degli apparati motori a turbina — che presentano evidenti convenienze di gestione, risparmiando altresì in misura notevole combustibile e realizzando un beneficio sulla bilancia commerciale — le commesse statali per il rinnovo della flotta mercantile;

4) se ritenga che sia necessario, al di fuori dello specifico caso della Grandi motori Trieste, di considerare appieno il problema delle strutture cantieristiche del comprensorio Trieste-Monfalcone (che, oltre ad altre aziende comprendono l'arsenale Triestino-San Marco e il cantiere di Monfalcone dell'Italcantieri, a loro volta seguite da un notevole patrimonio di aziende indotte ad altissime specializzazioni).

« Alla luce di quanto sopra si richiede un rilancio delle strutture locali, indispensabile nel quadro di un'economia delle due province (Trieste e Gorizia) che presenta netti segni di declino.

(2-00301) « TOMBESI, MAROCCO, BELCI ».

« Il sottoscritto chiede di interpellare il Governo per conoscere in base a quali linee di politica europeistica e a quali obiettivi di ricerca scientifica, di base ed applicata, intende orientare, attraverso il CNEN, l'utilizzazione del reattore di ricerca ESSOR, situato presso il Centro comunitario di ricerca di Ispra, ma da anni gestito esclusivamente a spese e a beneficio dell'Italia.

« È opinione corrente che il bilancio costi-benefici di ESSOR sia passivo, in quanto a fronte di consistenti investimenti la sperimentazione finora compiuta si limita al circuito CART per prova su elementi CANDU e CIRENE, mentre la realizzazione di altri progetti risulta ancora lontana.

« Il comitato di gestione ESSOR avrebbe individuato tre ipotesi di lavoro:

1) prosecuzione del programma ESSOR, subordinata all'impegno della Commissione CEEA di riprendere a suo carico

le spese di esercizio del reattore a partire dal 1980, data di scadenza del contratto italiano;

2) prosecuzione del programma in base a considerazioni di natura generale, accettando la diseconomia della gestione;

3) esercizio del reattore sulla base delle attrezzature già esistenti, rinunciando al completamento del programma.

« L'interpellante chiede altresì al Governo:

a) quale coerenza abbia la ventilata interruzione di un'attività di ricerca applicata, proprio nel momento in cui il paese s'impegna nella realizzazione di un piano nucleare;

b) quale affidabilità possano dare gli enti e le industrie che non sono riusciti a realizzare nel tempo previsto i programmi di ricerca stabiliti, importanti, ma non ciclopici;

c) quali speranze di realizzare il ritorno del reattore ESSOR alla CEEA rimarrebbero, dopo un'eventuale drastica riduzione dei programmi di ricerca;

d) come si definirebbe la politica italiana nei confronti del centro di Ispra e più in generale dei centri comuni di ricerca, in seguito all'eventuale chiusura dello esercizio di ESSOR;

e) come si potrebbe evitare, in quest'ultimo caso, la dispersione di un non trascurabile patrimonio scientifico-tecnico accumulato dai 200 e più ricercatori e tecnici attualmente addetti ad ESSOR.

(2-00302)

« PORTATADINO ».